

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento
Generación 2013-2015

CONDICIONES SOCIALES QUE DETERMINAN LA RELACIÓN
SALUD/TRABAJO EN PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N°20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
EN CUERNAVACA, MORELOS.

Presenta

Sandra Milena Ibáñez Sastoque

Directora

Mtra. Rosibel Rodríguez Bolaños
Instituto Nacional de Salud Pública de México

Asesor

Dr. Jairo Ernesto Luna García
Universidad Nacional de Colombia

Cuernavaca, Mor., México, Agosto 2015

Contenido

Resumen.....	7
Introducción.....	9
Marco teórico y conceptual.....	11
Modelo de determinación social de la salud	13
Momento de consumo/condiciones de vida	16
Momento productivo/proceso de trabajo	18
Objetivos de investigación.....	23
Material y métodos.....	24
Resultados.....	27
Dominio general	27
Dominio particular	37
Características de la población de estudio	37
Dominio individual	64
Discusión.....	67
Conclusiones.....	75
Recomendaciones.....	76
Referencias.....	78
Anexos.....	85

Índice de tablas

Tabla 1. Modelos explicativos de la relación salud y trabajo	12
Tabla 2. Reformas del periodo 1990 a 2000 y su impacto en los trabajadores de IMSS	30
Tabla 3. Reformas del periodo de 2001 a 2014 y su impacto en los trabajadores del IMSS	31
Tabla 4. Personal médico y de enfermería según clase social	40

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de determinación social de la salud	15
Figura 2. Esquema explicativo de la relación entre proceso de trabajo y salud de los trabajadores	21
Figura 3. Variables del modelo de determinación social y metodología utilizada	25
Figura 4. Principales procesos negativos y positivos de la determinación social de la salud de los trabajadores de la unidad	66

Índice de cuadros

Cuadro 1. Datos sociodemográficos de la población (n=71)	38
Cuadro 2. Población de estudio por puesto de trabajo	39
Cuadro 3. Condiciones de vida en personal médico y de enfermería	42
Cuadro 4. Calidad de vida según sexo	43
Cuadro 5. Actividades del trabajo doméstico entre hombres y mujeres	45
Cuadro 6. Perfil de riesgos derivados del sujeto/objeto y medios del proceso de trabajo	47
Cuadro 7. Perfil de exigencias derivados de la actividad, la organización y división del proceso de trabajo	48
Cuadro 8. Perfil de riesgos según el sexo	49
Cuadro 9. Perfil de exigencias según el sexo	50
Cuadro 10. Principales diagnósticos presuntivos en el personal médico y de enfermería (n=71)	51
Cuadro 11. Perfil patológico del grupo de hombres (n=19)	52
Cuadro 12. Perfil patológico del grupo de mujeres (n=52)	52
Cuadro 13. Desarrollo del salario del puesto del Médico Familiar en el IMSS, 2008- 2014	61
Cuadro 14. Sueldo más prestaciones mensuales de los puestos de médico(a) familiar y enfermera(o) general con antigüedad de 4 años, 2009	62

Índice de gráficas

Gráfica 1. Consulta externa en unidad de consulta externa en el IMSS, Morelos 2006- 2013	59
Gráfica 2. Número de enfermeras(os) y médicos(as), IMSS Morelos, 2006-2013	60

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Jorge y Luz Marina,

por todo el amor y apoyo incondicional que me han brindado durante toda mi vida, para que pueda construir y cumplir mis sueños. Los amo.

A Juan Diego, María Valentina y Juliana,

por las alegrías que día con día me dan al verlos crecer.

A mis hermanos, Carlos Andrés, Luz Mary y Jorge Ignacio,

por su complicidad, apoyo y cariño desde siempre.

A Luis Alberto,

por tu amor, apoyo, comprensión y paciencia en el camino que recorreremos juntos.

A la Mtra. Rosibel de los Ángeles Rodríguez Bolaños,

por el apoyo, compromiso y confianza que siempre me expreso como tutora y directora de tesis. Sin ti nada hubiera sido posible.

A la Mtra. María Adriana Cecilia Cruz Flores,

por su acompañamiento durante mi estancia en la maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.

Al Dr. Jairo Ernesto Luna García,

por tus valiosas e importantes aportaciones que enriquecieron este trabajo.

A la **Dra. Laura Ávila Jiménez** por abrirme las puertas del Instituto Mexicano del Seguro Social. A **todos los trabajadores y trabajadoras de la Unidad de**

Medicina Familiar No. 20, en Cuernavaca, gracias por su tiempo, apoyo y colaboración, por el esmero que ponen en su trabajo diario.

A mis compañeros del Colectivo *La Hortúa*, de la nacho, Mathi, Nicolás, María Alejandra, Javier, César, Cindy, Andrés, Juan David, Liz y David Fabián; a los profesores del Centro de Historia de la Medicina “*Andrés Soriano Lleras*”, de la Universidad Nacional de Colombia, Mario Hernández y Juan Carlos Eslava; a mis compañeros del PST en Colombia y de GSO en México, Josefa, Carmen, Mariano, Aurelio y Luis Alberto; a todas y todos, gracias por las charlas y discusiones que sin duda motivaron en mí una actitud crítica y me trazaron un camino a la medicina social y a la organización y lucha junto a los trabajadores.

A mi familia en el D.F., Sra. Rosario, Jessi y Don José Luis, por tanto cariño y apoyo en estos años.

A Claudia Yereni, Rodrigo, Mari Chuy y a mis compañeras de área de concentración, gracias por tantas lecciones y lindos momentos compartidos. Me enseñaron a trabajar en equipo e hicieron de esta experiencia algo muy enriquecedor.

A la Mtra. Margarita Márquez Serrano y a la Dra. María de Lourdes Alemán, coordinadoras de la maestría, por todo el apoyo que nos brindaron.

A Sandrita Barrera, Juan Guillermo, Cristian y a mis tías, Elsa y Gladys, por el cariño y apoyo, a mí y a mi familia en estos años.

Al Dr. Alejandro Perdomo Rubio y a la Dra. Oliva López Arellano, por enriquecer mi vida académica en México.

A mi alma máter, la Universidad Nacional de Colombia, por el crecimiento profesional y personal que me dio.

Proletarios y proletarios de todos los países, ¡uníos!
Imitando a Carlos Marx, Manifiesto del partido comunista

Resumen

El proceso salud-enfermedad en los trabajadores de la salud, así como en los demás grupos de poblaciones, tiene un carácter social e histórico. Para aprehender y comprender esta naturaleza, la salud de los trabajadores(as) sanitarios se abordó desde el enfoque de la Medicina Social Latinoamericana. A través del modelo de determinación social de la salud, con su categoría central, reproducción social y el análisis del proceso de producción, para explicar la relación salud-trabajo, se procuró identificar los procesos positivos y negativos que favorecen y deterioran la salud de los trabajadores(as) sanitarios.

Objetivo: Analizar la relación entre condiciones de vida, salud y trabajo, con el proceso de determinación social de la salud, en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.20, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Cuernavaca, Morelos, México.

Material y método: Estudio mixto cuantitativo-cualitativo. Realizado en una unidad de primer nivel de atención, de enero a mayo de 2015. Se aplicó un cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo a todo el personal médico y enfermería de la unidad. Se realizaron nueve entrevistas semi estructuradas para explorar la dimensión subjetiva del proceso de trabajo, organización de los trabajadores, conflictos labores y cambios percibidos en las condiciones de trabajo. También se hizo, una revisión de fuentes secundarias que permitió identificar las principales reformas de los últimos veinte años que han impacto en las condiciones de trabajo en los trabajadores del IMSS.

Resultados: Se identificaron como procesos de mayor influencia en el proceso de determinación social de salud, en el dominio general las reformas a la Ley del Seguro Social, ya que estas modificaron las condiciones de jubilación, se aumentó la carga de trabajo y se hicieron más estrictos los procesos de control de calidad. En las condiciones de vida del dominio particular, presentaron mejores condiciones en el modo de transporte el personal médico correspondiente a la clase social I; y por sexo, se identificaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los aspectos de ingresos y transporte, siendo más favorables éstas para los hombres. En relación al trabajo doméstico, las mujeres presentan una mayor participación en

todas las tareas domésticas en comparación con los hombres. Respecto al proceso de trabajo se identificó que las afectaciones negativas derivadas de éste y que más aquejan a los trabajadores(as) son las exigencias. Los principales padecimientos de la población de estudio son el estrés, la conjuntivitis y los trastornos musculoesqueléticos. Por sexo, se identificó una mayor cantidad de padecimientos en las mujeres (várices, cefalea tensional, entre otros). Otros procesos de la dimensión subjetiva del proceso de trabajo, fueron -como negativos- el maltrato de pacientes hacia el personal médico y el trato despectivo de los médicos hacia el personal de enfermería. Entre los procesos positivos se identificaron la motivación, los altos niveles de satisfacción laboral, el control sobre el proceso de trabajo y el apoyo social. En relación al análisis del proceso de trabajo como proceso de valorización, -realizado de fuentes secundarias-, se presenta como un aspecto desfavorable una mayor productividad dada por el aumento en las consultas frente a un escaso aumento en el número de trabajadores, médicos y de enfermería. También se evidenció una situación favorable en las prestaciones de los trabajadores aun teniendo salarios bajos. En relación con los aspectos de organización y conflictos, se identificó la poca participación del personal en los asuntos del sindicato pese a la percepción positiva que tienen del mismo. No obstante, refirieron una alta participación en las coyunturas que los han aquejado.

Conclusiones: La clase social, el género y las políticas que definen la producción de los servicios de salud son las categorías de mayor poder explicativo de los matices en las condiciones de vida, trabajo y salud de los trabajadores sanitarios. La salud de los trabajadores al ser un campo de acción de la salud pública, requiere una visión amplia e integral de las afectaciones positivas y negativas que determinan los perfiles de salud y enfermedad de los trabajadores(as), con el propósito de que las acciones y estrategias aplicadas en este campo transformen positivamente sus realidades y potencien el trabajo como promotor de salud y bienestar.

Introducción

El trabajo puede favorecer o deteriorar la vida y la salud de las personas según las condiciones en las que se realice¹. En el caso de los trabajadores de la salud existe evidencia de las diversas formas negativas en las que el trabajo afecta la salud, desde lesiones físicas hasta el sufrimiento mental².

La Organización Panamericana de la Salud³ indica que los riesgos a los que están expuestos los trabajadores del sector* son: 1) biológicos, como virus, hongos, bacterias o parásitos, 2) ambientales, como aguas contaminadas, residuos sólidos peligrosos y aire contaminado por agentes infecciosos y gases anestésicos, 3) físicos, como radiaciones ionizantes, temperaturas extremas, electricidad, ruido y vibraciones, 4) psicosociales, como turnicidad, nocturnidad, sobrecarga de trabajo y largas jornadas, 5) químicos, como gases anestésicos, óxido de etileno, entre otros, y 6) mecánicos, como pisos deslizantes, equipos inadecuados, etc..

También pueden sufrir daños derivados de las exigencias físicas o mentales, como por ejemplo, posturas forzadas por tiempos prolongados, manipulación de cargas, concentración sostenida, que les pueden ocasionar fatiga y estrés³.

Los accidentes más frecuentes en este grupo de trabajadores son las lesiones con objetos cortantes y punzantes³. Las enfermedades de origen profesional más comunes son las causadas por los diferentes agentes biológicos, físicos o químicos a los que se exponen. Pueden padecer diferentes tipos de hepatitis, VIH, citomegalovirus, entre otros. La exposición a algunos líquidos y gases pueden ocasionarles dermatitis y alteraciones neurológicas respectivamente³. Las radiaciones ionizantes les ocasionan anemia, leucemia, cáncer broncopulmonar, cáncer óseo, cáncer cutáneo y alteraciones reproductivas, entre otras.

* Para disminuir la repetición de la palabra “salud” en el documento se utilizará como sinónimo trabajadores del sector salud o sanitario o trabajadores del sector.

Los trabajadores del sector sanitario también pueden padecer de enfermedades relacionadas con el trabajo, es decir relacionadas indirectamente con el trabajo, tales como hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades musculoesqueléticas, como lumbalgia, dolor de hombro, dolor cervical, enfermedades psicosomáticas, como alteraciones del sueño, del apetito y alteraciones gastrointestinales, además se ha evidenciado que pueden tener un envejecimiento precoz³.

Un estudio comparativo realizado en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, en personal médico y de enfermería, señaló los principales riesgos, accidentes y enfermedades que padecen⁴. Entre los riesgos biológicos, se encontraron los asociados al manejo de residuos patógenos, riesgo de contagio de VIH y hepatitis B; los accidentes más frecuentes fueron los pinchazos con agujas; las enfermedades más comunes fueron las lumbalgias y problemas osteomusculares. Otras enfermedades son el agotamiento físico y mental, asociado con la intensidad, organización y presiones en el trabajo. Este estudio también señaló como un riesgo emergente para el personal de salud, la violencia física ejercida por pacientes, parientes de pacientes y superiores o colegas⁴.

En México, al revisar los datos proporcionados por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social para identificar el perfil de daños sobre accidentes y enfermedades, se encuentra que estos no están desagregados para todas las ocupaciones y están agrupados según actividad económica⁵, por lo cual no se presentan datos específicos de los trabajadores del sector salud.

Al revisar los más recientes estudios realizados sobre la salud de los trabajadores del sector en México, se encontró que la principal temática fue la salud mental. Las alteraciones en la salud mental tienen que ver con los riesgos psicosociales a los que están expuestos los trabajadores del sector y que están vinculadas con la organización y división del trabajo. Estos se expresan en trastornos como depresión,

ansiedad, trastornos del sueño, trastornos psicosomáticos, fatiga, Síndrome de Burn Out, acoso laboral y trastornos musculoesqueléticos⁶.

Según Noriega, el propósito de ahondar en este campo ha sido demostrar la necesidad de reconocer alteraciones en la salud de los trabajadores que no tienen que ver con sus condiciones objetivas sino más con las subjetivas, y que derivan en trastornos psíquicos y psicosomáticos, que no son reconocidos como enfermedades laborales en los marcos legales que rigen en materia de salud laboral en el país⁶.

Otros estudios han tomado como sujetos de estudio a grupos de trabajadores por profesión, personal de enfermería⁷ o personal médico^{8,9,10} y algunos realizaron un análisis por la categoría de género¹¹. Los tópicos frecuentemente tratados fueron el Síndrome de Burn Out^{8,9,10,12}, factores psicosociales^{7,9,13}, condiciones laborales asociados a la organización del trabajo¹⁴ y trastornos mentales relacionados con el trabajo y la vida cotidiana^{15,16}. Cabe resaltar que respecto al lugar del estudio, fueron realizados en la mayoría de los casos en el Instituto Mexicano del Seguro Social^{8,10,14,15,16}.

Marco teórico y conceptual

Se han construido diferentes modelos para explicar la relación entre salud y trabajo, entre estos están, el *Enfoque tradicional de los factores de riesgo ocupacional* promovido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional de Trabajo, el *Modelo Obrero Italiano* formulado por Oddone, el *Modelo Condiciones de trabajo*, promovido en Europa y el *Modelo de la Medicina Social Latinoamericana*¹⁷. Cada uno de estos enfoques presenta diferencias tanto teóricas como metodológicas (ver Tabla 1).

Tabla 1. Modelos explicativos de la relación salud y trabajo

Modelo/Autores	Supuestos	Ventajas	Limitaciones
Enfoque tradicional de los factores de riesgo ocupacional OMS/OIT¹⁷	Vinculan factores o agentes del ambiente de trabajo que se relacionan directamente con los aspectos negativos del trabajo y que impactan la salud del trabajador, estableciendo asociaciones de causalidad.	Explica una de las dimensiones de la relación salud trabajo, en lo biológico y lo ecológico.	Sus resultados son fragmentados y suelen ser reducidos en una dimensión. La salud y el trabajo se conciben ahistóricos. Sólo se privilegian las afectaciones negativas, no así las positivas del trabajo.
Modelo Obrero Italiano Oddone¹⁸	Recupera la subjetividad y experiencia obrera en el proceso de investigación de la salud de los trabajadores. La participación de los mismos es un eje fundamental.	Se reconoce la capacidad transformadora de los trabajadores como agentes de cambio.	La participación real de los trabajadores en el proceso de investigación.
Condiciones de trabajo	Considera tanto los factores involucrados en las actividades o tareas laborales, como el entorno o ambiente en el que se desarrollan.	Introduce los aspectos relacionados con la organización del trabajo como elemento para el análisis de las condiciones de trabajo.	No se reconocen los aspectos sociales que explican las condiciones de trabajo.
Medicina Social Latinoamericana AC Laurell¹⁹, J Breilh²⁰	Los perfiles de salud-enfermedad de los trabajadores tienen una estrecha relación con las condiciones históricas, el modo de producción y las clases sociales.	Incorpora la dimensión histórico-social a los procesos salud-enfermedad y trabajo. Es crítica frente las medidas de prevención y promoción que mantienen el orden social de explotación.	La aplicación de este modelo tiene el riesgo de reducir la realidad a las relaciones sociales y condiciones históricas.

Fuente: Elaboración propia, 2015.

Como se observa en la tabla 1, cada uno de los modelos explicativos se presenta más o menos fragmentado según se privilegien o se incluyan categorías explicativas. Sin embargo, el modelo propuesto por la medicina social latinoamericana se presenta amplio y complejo al reconocer las dimensiones social e histórica de los procesos salud-enfermedad y trabajo.

La medicina social latinoamericana, como corriente de pensamiento tiene sus orígenes en la década de los años sesenta en un contexto donde según Laurell¹⁹,

se dan tres eventos importantes que la impulsan; por un lado el cuestionamiento global a la organización capitalista del trabajo en las décadas de 1960 y 1970, de otro lado, la crisis del modelo médico hegemónico en el campo de la salud, y por último, el surgimiento del marxismo como corriente hegemónica en las ciencias sociales. Es en este momento que la medicina social plantea la necesidad de abordar la salud colectiva como proceso social y político, partiendo de las ciencias sociales no sólo para el análisis del contexto social, político y económico, sino encontrando en ellas el fundamento teórico y metodológico para interpretar el proceso salud-enfermedad como proceso social.

En este trabajo de investigación para poder capturar el objeto de estudio que es la salud de los trabajadores del sector sanitario y los procesos que la determinan, se usaron como guía categorías de análisis de dos enfoques al interior de la corriente de la medicina social: 1) la aproximación sistemática desarrollada por Jaime Breilh desde la epidemiología crítica, para la comprensión de la determinación social de la salud, y 2) el análisis propuesto por Laurell y Noriega, para explicar la relación entre proceso de trabajo y salud.

Modelo de determinación social de la salud

Si bien, con el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud, se reconoció y evidenció que los procesos sociales definen las diferentes formas de enfermar y morir de los grupos sociales, el enfoque de la Medicina Social Latinoamericana, desde su surgimiento, hace más de treinta años, ha planteado de igual forma la importancia del procesos macro sociales en los micro sociales, pero además, ha denunciado que lo que subyace a las inequidades en salud son las relaciones de poder y de propiedad de la sociedad capitalista las que generan la inequidad en salud²¹. Otra divergencia es respecto al sujeto transformador de dichas inequidades, mientras la CDSS atribuye a los gobiernos las capacidades para modificar las inequidades, desde la Medicina Social, se propone que producto de la correlación de fuerzas entre las clases sociales privilegiadas y las clases oprimidas se generarán dichos cambios.

Así, la determinación social de la salud es la categoría propuesta por la medicina social para superar la noción de causalidad (que subyace a la epidemiología clásica, brazo de la salud pública) y explicar la distribución de la salud-enfermedad en las poblaciones, cuyo principal exponente es Jaime Breilh²².

Según Breilh existen *dominios* de la realidad a través de los cuáles es posible explorar de forma sistemática el proceso salud-enfermedad²³. En su dimensión como objeto, ontológica, el proceso salud-enfermedad tiene como posible entrada para su estudio, el *espacio*, y desde esta entrada es posible ubicar tres niveles o dominios: el *general*, en las sociedades, el *particular* en los grupos sociales y el *singular* a nivel de los individuos (ver figura 1).

Para Breilh, en cada uno de estos tres dominios existe un conjunto de procesos determinantes, positivos y destructivos, que en conjunto moldean el proceso salud-enfermedad. En estos tres niveles existe interdependencia, es decir, influyen entre sí pero existe una hegemonía del nivel general hacia el particular y el individual. A continuación se describe cada uno de los dominios.

- **Dominio general**

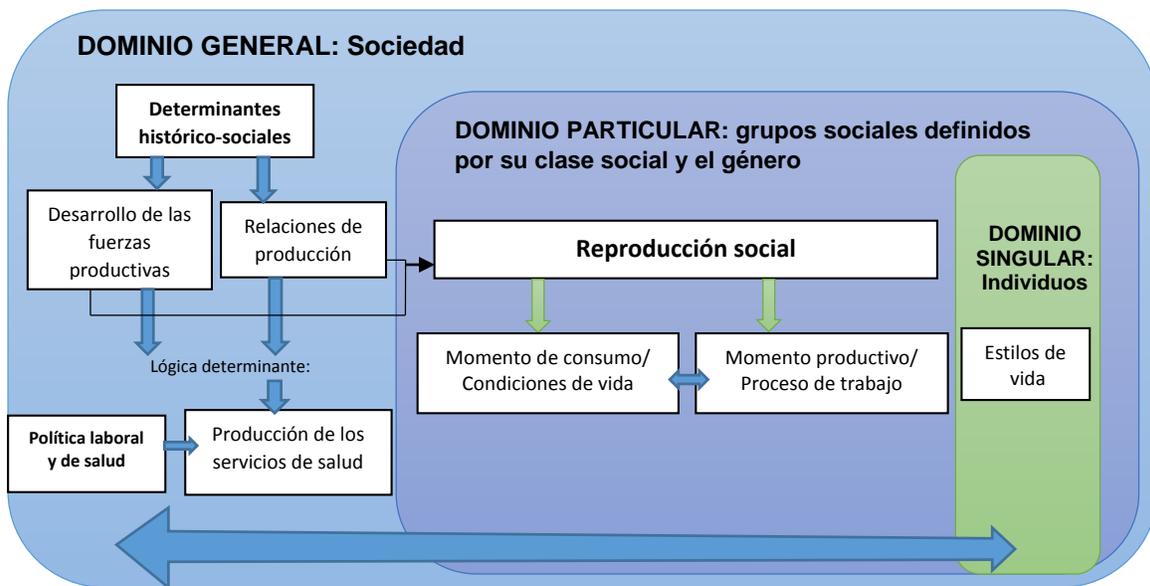
En el nivel general existen dos procesos o determinantes estructurales: el *desarrollo de las fuerzas productivas* y las *relaciones de producción*; sobre estos se construyen en un momento histórico determinado las condiciones sociales, naturales, políticas y de conciencia de una sociedad.

Desde la economía política de Marx, el avance en el desarrollo de una sociedad pasa por la relación que el sujeto establece con la naturaleza para producir riquezas, para esto el sujeto cuenta con su trabajo, los medios de producción, técnicas y herramientas, que en conjunto constituyen las fuerzas de producción²⁴, no obstante, la principal fuerza productiva es el sujeto, pues es quien crea nuevas herramientas y técnicas. El *desarrollo de las fuerzas productivas* genera cambios en la relación sujeto-naturaleza y es el principal motor del avance histórico y está ligado con el surgimiento de cada tipo de sociedad.

Y las *relaciones de producción*, corresponde a la relación que establecen los sujetos entre sí para producir y distribuir los productos dentro de la economía de la sociedad.

De acuerdo a Breilh, la categoría para comprender los dos determinantes histórico-sociales del dominio general: nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones de producción; es la *lógica determinante de la producción*²⁵. Cuando se estudia la salud de los trabajadores, que pertenecen a un determinado centro laboral, es necesario analizar la lógica determinante del sector productivo al cual se insertan²⁵. En el caso de un centro de salud, como es al que pertenecen los trabajadores sujetos de este estudio, la lógica determinante, *se refiere a las políticas de salud, las normas y reglamentaciones respectivas, las políticas públicas de reglamentación laboral y salarial*²⁵, pues es la lógica política y el poder del Estado los que condicionan la producción de los servicios de salud (ver figura 1).

Figura 1. Modelo de determinación social de la salud



Fuente: Adaptado del esquema elaborado por Breilh. *Epidemiología economía política y salud*, 2010²³.

- **Dominio particular**

Siguiendo con el modelo de determinación social de la salud, Breilh indica que la categoría *reproducción social* sirve como conexión teórico-metodológica para unir los determinantes estructurales del dominio general con el dominio particular, estando presente tanto en el dominio general como en el particular. El desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción suponen un proceso de reproducción social típico para cada sociedad, así como para los diferentes grupos sociales que la conforman, a esto se les identifica como las *clases sociales*.

La *reproducción social* o modos de vida, tiene dos momentos constitutivos: el *momento de consumo* y el *momento productivo*. El momento de consumo se expresa en las condiciones de vida²⁶, y se refiere a la calidad y cantidad de consumo de bienes y servicios, mientras que el momento productivo, se refiere a las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado que caracterizan a cada grupo social.

Momento de consumo/condiciones de vida

En este estudio la categoría momento de consumo se asumió como equivalente a condiciones de vida y se exploró en el ámbito de la vivienda y el entorno. También en este mismo ámbito se incluyó el trabajo no remunerado, el trabajo doméstico, por desarrollarse en el ámbito extra-laboral.

Para caracterizar a la población sujeto de estudio por su clase social, se optó por usar la propuesta del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)²⁷. Se eligió esta propuesta dada la dificultad para describir de una forma más precisa a los sujetos de estudio usando la definición Marxista de clase social y por la amplia aceptación que ha tenido la propuesta española en el campo de las ciencias de la salud²⁸.

El Grupo de Trabajo de la SEE propuso una serie de indicadores para medir clase social que fueran válidos, factibles y comparables. Los indicadores son: la ocupación, el nivel de estudios y los ingresos.

En este estudio se usaron los indicadores de nivel de estudios y ocupación. No se usó el de ingresos pues existe una variabilidad de estos en los sujetos de estudio, y al tratar de hacerlos equivalentes a los valores de la propuesta de la SEE podían no corresponder.

Así mismo, además de la categoría de clase social para evidenciar la distribución diferencial del proceso salud-enfermedad en los grupos sociales, también se incluyó la categoría género por la evidencia que existe de que es un determinante social que condiciona y estratifica los procesos que definen los perfiles de salud-enfermedad de hombres y mujeres²⁹, y además, permite identificar los roles por sexo en los momentos de consumo y productivo.

- **Dominio singular**

En el dominio singular, es decir el de los individuos, se ubican como procesos determinantes del proceso salud-enfermedad, las características genéticas, fisiológicas y los estilos de vida. En este estudio se exploró el estilo de vida en los aspectos de consumo de tabaco y actividad física.

Hasta aquí se describe la aproximación sistemática para el estudio de la salud de los trabajadores. Como se puede ver en la figura 1, otro de los componentes del dominio particular se refiere al momento productivo/proceso de trabajo. Para profundizar en el análisis del proceso de trabajo se toman los aportes teóricos de Laurell y Noriega, no sin antes definir cómo se comprendió el proceso de salud-enfermedad.

Momento productivo/proceso de trabajo

- **El proceso de salud-enfermedad**

Junto con Laurell, un grupo de investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (UAM-X), planteo que el carácter social de la salud-enfermedad no es externo, es decir, que los procesos sociales no son causas externas de las expresiones biológicas o físicas de la salud-enfermedad, por el contrario lo biológico de la enfermedad esta *subsumido* en lo social, es decir hace parte de lo social, está sometido a este y se entiende entonces que lo biológico de la salud-enfermedad se produce socialmente. Concluyen que cuando se observa este proceso en los diferentes grupos sociales adquiere formas distintas de acuerdo a su inserción en los procesos productivos.

Para explorar el proceso salud-enfermedad, proponen como puerta de entrada la categoría *proceso de producción* y es así como llegan al estudio de la relación salud-trabajo.

En este sentido, se asume a la sociedad mexicana como una sociedad capitalista, y toman esta categoría como eje rector de toda la vida social. La lógica de acumulación de capital y su medio, determina las formas de trabajo-desgaste y las formas específicas de reproducción. En las propias palabras de Laurell, “*la combinación entre los procesos de desgaste y de reproducción origina el proceso salud-enfermedad*”¹⁹.

Así, en este estudio se comprendió el proceso salud-enfermedad como la síntesis de procesos destructores y procesos protectores de la salud que enfrentan los sujetos en los *momentos productivo y reproductivo* de sus condiciones materiales y espirituales, teniendo estos procesos un carácter social e histórico^{30,31,32}.

Estos procesos se observaban a nivel de los grupos sociales como un conjunto de manifestaciones saludables y de daños, así, los trabajadores del sector salud presentan un perfil de salud-enfermedad determinado principalmente por la forma en la que se insertan en los procesos de producción y reproducción de la sociedad en un momento histórico determinado.

Proceso de trabajo

Se utiliza la categoría *proceso de producción* para explorar el proceso salud-enfermedad como proceso social. El proceso de producción hace referencia a la elaboración de los objetos o medios necesarios para vivir. Con base en el análisis desarrollado por Marx y Engels en el siglo XIX, se reconoce que existe un modo de producción particular en la sociedad capitalista. Bajo éste, el proceso de producción se caracteriza por ser un proceso de valorización y proceso de trabajo al mismo tiempo. Sin embargo, como indica Laurell, desde el punto de vista conceptual es posible separarlos¹⁹.

Carlos Marx define trabajo como un *proceso* mediante el cual el hombre se apropia de la naturaleza bajo una forma que le sea útil para su vida³³. Este proceso se compone de los siguientes elementos: el objeto de trabajo, los medios de trabajo, la actividad que realiza, es decir el trabajo en sí mismo, y se añade a lo enunciado por Marx, el elemento organización y división del trabajo³⁴. A continuación se definen cada uno de ellos, haciendo las consideraciones pertinentes para el caso de los trabajadores de la salud.

Objeto de trabajo: es el elemento principal sobre el cual actúa el trabajador para transformarlo con el fin obtener un producto terminado o servicio. Los trabajadores de la salud, dependiendo de su profesión y actividad laboral, no actúan sólo sobre objetos sino sobre sujetos, seres humanos, por ejemplo para el cirujano el sujeto de trabajo son los pacientes pero para el laboratorista sus objetos de trabajo son muestras de sangre, orina, etc. Por esta razón se denominará *objeto/sujeto* a este componente del proceso de trabajo.

Medios de trabajo: son los elementos que median entre el objeto/sujeto de trabajo y la actividad de trabajo, es decir los instrumentos que le sirven al trabajador para hacer su trabajo. Por ejemplo, el bisturí es un instrumento de trabajo del cirujano.

Actividad: es lo que hace el trabajador, es el conjunto de acciones que hace el trabajador para transformar el objeto/sujeto de trabajo. Por ejemplo, el médico del servicio de urgencias examina, sutura, inmoviliza, prescribe recomendaciones y medicamentos, etc.

Organización y división del trabajo: se refiere a la forma en la que los demás elementos del proceso de trabajo interactúan bajo determinados tiempos, ritmos, intensidad y relación con el trabajador. Para describir la organización y división del trabajo se debe tener en cuenta: el tiempo y horario, la cantidad y calidad del trabajo, y los sistemas de control y vigilancia.

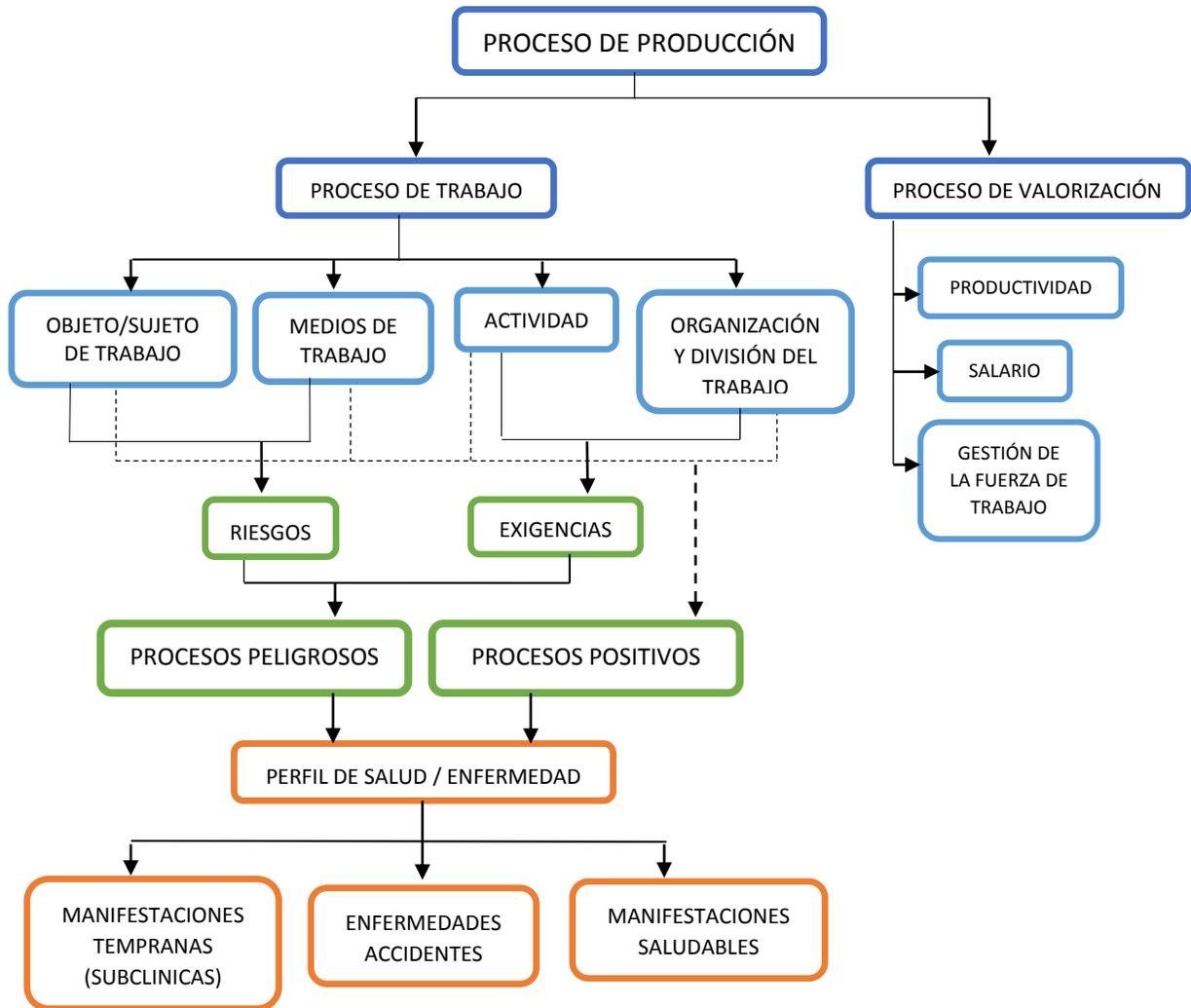
Los componentes descritos hacen referencia al proceso laboral como la actividad que desempeña el trabajador, sin embargo existe otro proceso inherente a este, el *proceso de valorización*. El modo de producción capitalista se caracteriza por la extracción de *plusvalor*, es decir se busca acumular capital. En términos generales el plusvalor es la diferencia entre lo que produce el trabajador y lo que se le paga por esto en forma de salario. Por ejemplo, los trabajadores de la salud perciben un salario por los servicios prestados en la institución o unidad médica y reciben una remuneración en forma de salario, la diferencia en pesos sería el *plusvalor*. Pero ¿de qué depende el valor que adquiere su salario en el mercado?, según Laurell en el análisis de la estrategia de generación de plusvalor hay tres aspectos, el desarrollo de la productividad, el desarrollo de los salarios, y la gestión de la fuerza de trabajo en el lugar de trabajo, en este caso la unidad de salud. Esta última se refiere a la capacidad de negociación de los trabajadores, por ejemplo, en términos contractuales y de conflictos laborales.

A continuación se presenta el marco desde donde se comprenderá la relación entre proceso de trabajo y salud.

La relación proceso de trabajo y salud

Para la comprensión de la relación entre proceso de trabajo y salud se usaron los aportes realizados por Noriega³⁵ y Betancourt³⁶ (ver figura 2). Noriega (1950-2013) lideró por varios años el grupo de investigadores de la UAM-X y se destacó por su lucha por la defensa de los trabajadores en México.

Figura 2. Esquema explicativo de la relación entre proceso de trabajo y salud de los trabajadores



Fuente: Adaptado de los esquemas elaborados por Noriega³⁵ y Betancourt³⁶

En la figura 2 se describen los elementos del proceso de trabajo, como actividad propiamente dicha con sus componentes. El proceso de trabajo implica una serie de riesgos y exigencias para los trabajadores, que en el caso del sector salud son diversos.

Los riesgos tienen su origen en los objetos/sujetos y los medios de trabajo; las exigencias laborales corresponden a las denominadas cargas laborales que son físicas/mentales y se deben a la actividad, organización y división del trabajo.

Los riesgos y exigencias, o como Betancourt los denomina procesos peligrosos del proceso de trabajo, causarán afectaciones negativas a la salud de los trabajadores (manifestaciones tempranas subclínicas, enfermedades y accidentes).

Por otro lado, Betancourt indica que los elementos del proceso de trabajo también suponen una serie de condiciones favorables para la salud de los trabajadores, como por ejemplo, las buenas relaciones con compañeros, valoración positiva del trabajo por parte de compañeros y jefes, actividades que permiten el desarrollo de la creatividad³⁶. Estos a su vez traen como consecuencia afectaciones positivas para la salud, denominadas manifestaciones saludables, por ejemplo satisfacción, alegría, tranquilidad, desarrollo de creatividad y destrezas, entre otros. En conjunto las afectaciones positivas y negativas constituyen el perfil de salud-enfermedad de los trabajadores.

Las categorías proceso de trabajo y proceso de valorización permiten abordar la categoría trabajo en un plano objetivo y su relación con el proceso salud-enfermedad pero no profundiza en la dimensión subjetiva del trabajo, en este estudio también se exploró la dimensión subjetiva del trabajo pues es un vacío que señalan autores cuando se analizan las condiciones de trabajo³⁷.

Dimensión subjetiva del trabajo

Eduardo Menéndez señala que el trabajo tiene la cualidad de categoría objetiva explicativa de la realidad pero también es un proceso subjetivo³⁸. Como se dijo antes el proceso de trabajo es a la vez momento de consumo y momento productivo, en un mismo acto el sujeto elabora productos o servicios necesarios para el mantenimiento de la vida y es también momento de consumo pues se da un proceso de desgaste físico y mental de su fuerza de trabajo, generándose un conjunto de manifestaciones favorables y desfavorables para la salud y vida del trabajador.

Un aspecto muy importante que señala Menéndez es que ambos procesos, el productivo y de consumo, son asimilados subjetivamente por el trabajador. Si el proceso de trabajo tiene afectaciones tanto positivas como negativas para los trabajadores, este autor se pregunta por qué con tanta frecuencia los trabajadores

no luchan por demandas referidas a la salud, prefieren poner precio a su enfermedad en lugar de lograr cambios que transformen el proceso productivo³⁸.

Si bien, en México, en los últimos años, se han realizado estudios con el enfoque de la medicina social, no se han hecho investigaciones que utilicen un marco general explicativo que aborde la asociación entre condiciones de salud, de vida y de trabajo y la relación con los determinantes histórico-sociales (proceso productivo y reproducción social), y que además, consideren la dimensión subjetiva del trabajo.

Por lo que el presente estudio busca integrar las aportaciones teóricas y así tener un panorama integral de la salud de los trabajadores del sector. Con el fin de generar conocimiento que permita promover acciones que contribuyan a mejorar la salud y calidad de vida de los trabajadores del sector salud.

Este proyecto de investigación tomó como población de estudio a personal médico y de enfermería, por la evidencia que entre los trabajadores de salud este es el más expuesto a riesgos y daños³⁹. Se realizó en una unidad de medicina familiar, pues es un escenario donde se concentran transformaciones políticas y económicas de la sociedad que afectan la vida laboral del personal de salud.

Bajo este marco se plantearon los siguientes objetivos de investigación.

Objetivos de investigación

Analizar la relación entre condiciones de vida, salud y trabajo, con el proceso de determinación social de la salud, en trabajadores de la salud: personal médico y de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No.20, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Cuernavaca, Morelos, México.

Para lograr este objetivo se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- 1) Identificar las condiciones de vida, salud y trabajo del personal médico y de enfermería;
- 2) Explorar la dimensión subjetiva del trabajo en el personal médico y de enfermería;
- 3) Identificar las transformaciones en dominio general del proceso de determinación social mediante un análisis documental; y

4) Proponer acciones y estrategias que favorezcan las condiciones de trabajo del personal médico y de enfermería que mejoren su salud.

Material y métodos

Se realizó un diseño de estudio mixto, cuantitativo transversal, descriptivo, y cualitativo explicativo. La población sujeto de estudio estuvo conformada por todo el personal médico y de enfermería, del turno matutino y vespertino de la UMF No.20, del IMSS, ubicada en la ciudad de Cuernavaca, Estado de Morelos. Se incluyeron médicos familiares, enfermeras generales, enfermeras especialistas, auxiliares de enfermería general, auxiliares de salud pública y los jefes de las áreas de enfermería y de medicina familiar, que desempeñara funciones del área clínica, ya fueran asistenciales, de coordinación inmediata, o ambas y que expresara su deseo de participar mediante las cartas de consentimiento informado.

Se excluyeron del estudio los trabajadores que no cumplieran los criterios descritos y que se encontraran en periodo de vacaciones, ausentes o incapacitados al momento de realizar el estudio. De un total de 76 trabajadores, participaron 71, con un porcentaje de no respuesta del 9.3%. Los instrumentos utilizados fueron:

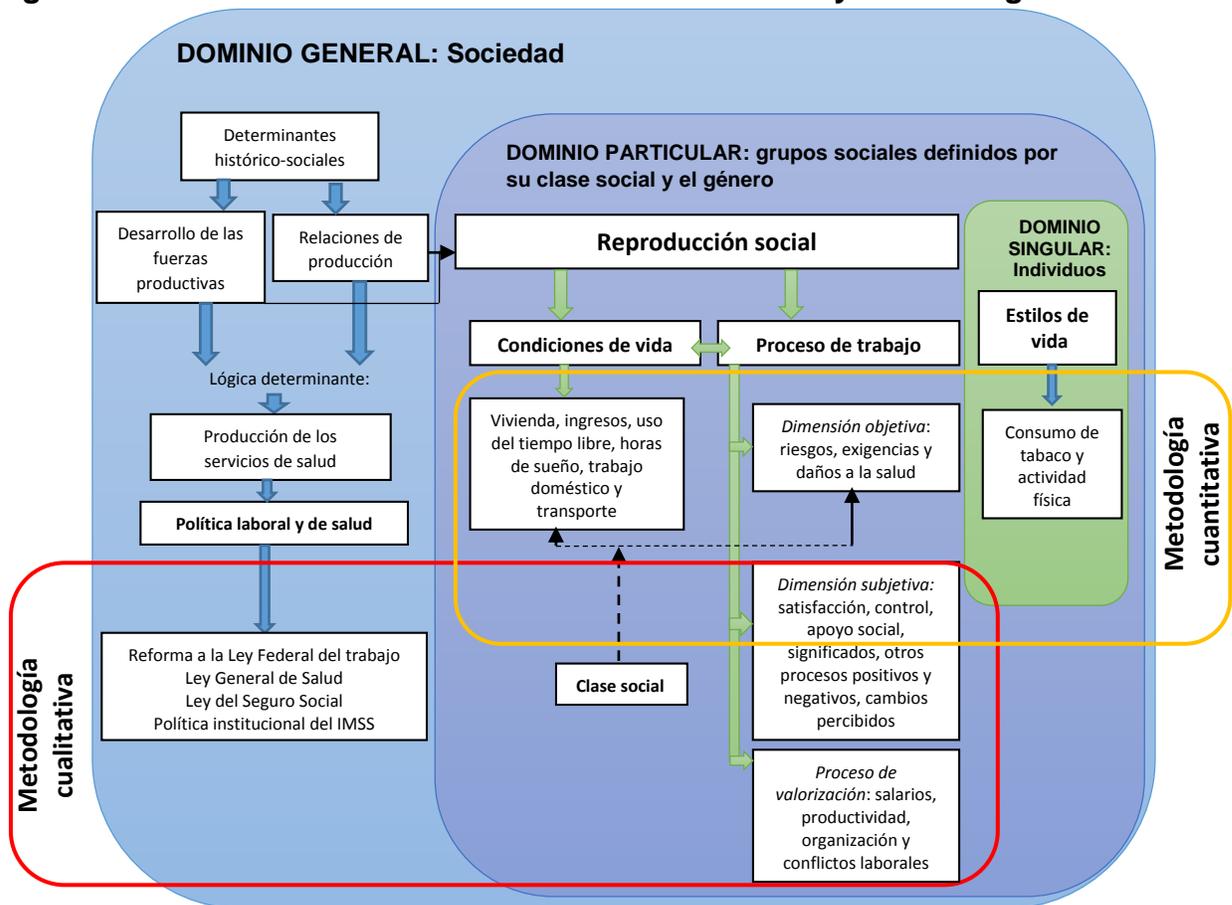
a. Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, el cual es uno de los instrumentos que integran el Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT), desarrollado por investigadores de la Maestría en Ciencias en Salud de los trabajadores de la UAM-X⁴⁰. Está conformado por un total de 264 reactivos, con respuestas dicotómicas que indagan sobre aspectos sobre condiciones de vida, salud y trabajo. Se aplicó a los 71 participantes del estudio.

b. Entrevista semiestructurada, la guía indagó sobre los significados del trabajo, satisfacción y autonomía en el trabajo, organización de los trabajadores, conflictos laborales y cambios identificados en las condiciones de trabajo, en los últimos veinte años. Se realizaron nueve entrevistas, cuatro a personal médico y cinco a enfermería con mayor antigüedad en la unidad.

Para la identificación de los cambios en la política institucional del IMSS y las principales reformas en los marcos normativos que regulan su funcionamiento, se realizó una revisión de fuentes secundarias.

En la figura 3 se resume el modelo de determinación social usado para explorar la salud de los trabajadores y la metodología usada.

Figura 3. Variables del modelo de determinación social y metodología utilizada



Fuente: Elaboración propia. 2015

En el dominio general se revisaron documentos que analizaran las reformas de los últimos veinte años en los siguientes marcos normativos y su impacto en las condiciones de trabajo:

- Ley del Seguro Social
- Ley Federal del Trabajo

- Ley General de Salud
- Informes de labores del IMSS

En el dominio particular, para caracterizar a los trabajadores por su clase social se utilizó la propuesta del Grupo de Trabajo de la SEE. En este mismo dominio se propuso analizar los ámbitos de condiciones de vida, salud y trabajo usando para esto el instrumento de evaluación del PROESSAT, de Noriega, Franco y colaboradores.

Si bien, este instrumento no aborda todos los elementos propuestos por Breilh en la categoría reproducción social, permitió explorar elementos de cada uno de sus momentos constitutivos. En el momento productivo, explorado en el ámbito laboral permitió identificar las afectaciones negativas para salud derivadas del proceso de trabajo (riesgos, exigencias y daños), y en el momento de consumo, que se expresa en las condiciones de vida, permitió explorar la vivienda, el trabajo doméstico, tiempo libre, ingresos y horas de sueño. En la dimensión subjetiva del proceso de trabajo se exploró la satisfacción, control del proceso de trabajo y el apoyo social.

A través de las entrevistas semi estructuradas se profundizó en otros aspectos de la dimensión subjetiva del proceso de trabajo como son los significados, procesos positivos y negativos, manifestaciones saludables y cambios percibidos en las condiciones de trabajo.

Para abordar el proceso de trabajo como proceso de valorización se analizó el comportamiento de los salarios a partir de los tabuladores de sueldos y los indicadores médicos de productividad, a través de los informes de prestaciones personales del IMSS y de los cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Mediante las entrevistas se indagó sobre la organización de los trabajadores y conflictos laborales en los últimos años.

Por último, en el dominio singular, el cuestionario de evaluación permitió explorar el consumo de tabaco y la actividad física.

Los datos recogidos por el cuestionario fueron procesados y analizados en los software PROESSAT y STATA v.13.1. Se realizó un análisis de tipo descriptivo e

inferencial. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables del cuestionario y pruebas estadísticas con ji cuadrada y prueba exacta de Fisher, para establecer asociaciones entre algunas variables de interés. Se hizo un análisis de contenido a partir de las entrevistas, las cuales fueron procesadas mediante el programa Atlas.ti7, versión Demo WIN 7.5. En la descripción de los resultados se realizó triangulación de información de algunas categorías que contaban con datos cualitativos y cuantitativos.

Resultados

Dominio general

El IMSS fue fundado en 1943 en un contexto de industrialización, desarrollo económico y de influencia internacional de las políticas sociales que se desarrollaban en otros países⁴¹. Sin embargo, autores indican que la creación del IMSS fue producto de la coalición entre clases y la necesidad del régimen de mantener el apoyo del sector obrero organizado⁴¹.

El IMSS como una institución cuyo objetivo inicial era proveer de seguridad social a los trabajadores del sector formal, hasta llegar a cubrir a todos los trabajadores, hoy es identificado principalmente por la prestación de servicios de salud. Actualmente cuenta con 71 millones 151,867 derechohabientes/afiliados⁴² y 445,123 trabajadores⁴³, brindando protección en salud al 59.1% del total de personas con algún tipo de seguro de salud en el país.

El IMSS es la institución de salud más grande de Latinoamérica y desde su creación hasta la actualidad ha pasado por diversas transformaciones. No obstante, es a partir de los años ochenta, producto del denominado proceso de modernización del Estado, antes benefactor-Keynesiano⁴⁴ y luego neoliberal-Friedmaniano, es donde se identifican los más grandes cambios.

En el siguiente apartado se presentan las más importantes reformas en los marcos normativos que regulan el funcionamiento del IMSS, sus repercusiones en su política institucional y el impacto en las condiciones de trabajo de sus trabajadores.

El análisis se realizó desde los años noventa, periodo en el cual se ha identificado el inicio de los cambios que recientemente han afectado a los trabajadores del IMSS. El análisis se hizo en dos periodos, la década del noventa y la primera década del 2000 hasta el 2014.

En el periodo de la década del noventa el impacto a los trabajadores del IMSS estuvo dado por la reforma a la Ley del Seguro Social de 1995, durante la administración presidencial de Ernesto Zedillo (ver tabla 2). La reforma otorgó la administración de los fondos de pensión por edad avanzada y vejez a administradoras privadas y cambió algunas de las prestaciones a las que tienen derecho los trabajadores.

Autores indican que durante este periodo se dio un probable desfinanciamiento al IMSS, debido a los insuficientes recursos asignados a pesar del aumento en el número de asegurados y de los costos de atención de las enfermedades crónico-degenerativas⁴⁵, lo cual llevó a un desabasto de medicamentos y materiales. La precaria situación financiera, se atribuyó al régimen de pensiones y jubilaciones, y también al contrato colectivo de trabajo de los trabajadores del seguro social, no obstante, este se mantuvo sin mayores cambios.

Haciendo un paréntesis, una de las modificaciones de la Ley General de Salud de 1984, aunque no se dio en este periodo, es relevante mencionar pues buscó integrar el Sistema Nacional de Salud, con las tres instituciones pilares: la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el IMSS. Esta modificación hace que la política del Estado para el sector salud también afecte al IMSS como se verá más adelante.

Dada la persistente precariedad en la situación financiera del IMSS, en el año 2004 se hace una reforma a la Ley del Seguro Social (ver tabla 3). La crisis financiera se atribuyó de nuevo al déficit en el régimen de jubilaciones y pensiones, y además, a

los de los seguros de maternidad y enfermedades. Su principal resultado fue que condicionó la apertura de nuevas plazas a la productividad y la existencia de recursos para cubrirlas. Esto trajo como consecuencia la disminución de nuevas plazas; que junto a la política de proporcionar servicios a un número cada vez mayor de derechohabientes (alineada la reforma a la Ley General de Salud del 2003), significó un aumento en la carga de trabajo para el personal del IMSS.

La reforma del 2004 también significó un debilitamiento de la estructura del sindicato de trabajadores del seguro social, pues se modificaron por vía legislativa aspectos que estaban contemplados en el contrato colectivo, como la edad de jubilación. Esto debía ser consensado entre las directivas del IMSS y el sindicato.

Tabla 2. Reformas del periodo 1990 a 2000 y su impacto en los trabajadores de IMSS

Ley/Políticas	Periodo de tiempo 1990-2000		
	Ley del Seguro Social	1995: Nueva Ley de Seguridad Social: se disuelve el fondo común solidario de pensiones, se crean fondos individuales para el retiro que serán administrados por los bancos privados (AFORES); se separan los cinco ramos del seguro social por lo que ya no se permite la transferencia entre estos para cubrir déficits ⁴⁶ .	
Política Institucional del IMSS³⁹	1990-1992	1993-1994	1995-1999
	<p><i>Programa de modernización del IMSS para reforzar el modelo de atención con énfasis en la atención primaria.</i></p> <p>Utilización óptima de recursos.</p> <p>Proporcionar servicios con <i>calidad y calidez.</i></p>	<p>Se mantiene la política del periodo anterior.</p> <p>Se reconoce que el IMSS debe operar garantizando su viabilidad financiera y que no sea una carga para las finanzas públicas.</p> <p>El instituto no será privatizado.</p>	<p>Plan para adecuar al IMSS a la reforma de 1995.</p> <p>Se afirma que con la reforma se dotó al IMSS de viabilidad financiera.</p> <p>Se busca avanzar en la modernización, la eficiencia operativa y la calidad del servicio.</p> <p>En 1998 se aprueba un <i>Plan Integral de Calidad</i>. También se reconoce la reforma como un medio para generar ahorro nacional y se justifica la reforma ante el déficit financiero que sufre el instituto.</p>
Impacto en los trabajadores del IMSS	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantuvieron los años para pensionarse por años de prestación de servicio en 27 años para las mujeres y 28 para los hombres. • Se prevé que casi un 70% de los trabajadores no alcanzarán a reunir en su cuenta individual los montos necesarios para pensionarse y tendrán que recurrir a una pensión social del Estado, estimada en un salario mínimo vigente para el Distrito Federal⁴⁶. • Disminución en las prestaciones. • Desabasto de medicamentos y materiales⁴⁵. 		

Fuente: Elaboración propia con base en los estudios realizados por Moreno 2014, Sánchez y Montoya 2003.

Tabla 3. Reformas del periodo de 2001 a 2014 y su impacto en los trabajadores del IMSS

Ley/Política	Periodo de tiempo 2001-2014			
Ley General de Salud	2003: Reforma con la cual se crea el Sistema de Protección en Salud, su componente operativo es el Seguro Popular. El principal objetivo es ampliar la cobertura de los servicios de salud ⁴⁷ .			
Ley General del Seguro Social	2004: Segunda reforma al IMSS redactada por el sector obrero del PRI con la cual se establecen condiciones para la contratación de trabajadores y se modificaron las condiciones de jubilación para los trabajadores de nuevo ingreso ⁴⁸ .			
Ley Federal del trabajo	2012: Desde su formulación, por primera vez se reforma para flexibilizar las relaciones laborales ⁴⁹			
Política Institucional del IMSS	2000-2006	2009-2011	2012-2013	2013- 2014
	Retos para el IMSS: transición epidemiológica y demográfica, los costos de atención médica. Persiste una situación financiera delicada. Se refuerza la perspectiva de prevención en los programas de salud general y laboral ⁴⁶ .	Mejorar la capacidad de gestión y operación. Fortalecer la viabilidad financiera. Preparar al IMSS para un Sistema Integrado de Salud ^{50,51} .	Uso eficiente de la capacidad instalada y de los recursos económicos. Servicios de calidad centrados en la satisfacción del usuario. <i>Plan de mejora de Medicina Familiar</i> ⁵² .	Se mantiene la política de mejorar la calidad, sanear la situación financiera, mejorar la productividad y fomentar el cumplimiento de las obligaciones de todos los miembros del IMSS. Una prioridad es incrementar la cobertura ⁴² .
Impacto en los trabajadores del IMSS	<ul style="list-style-type: none"> • La reforma del 2004 a la Ley del Seguro Social afectó la creación de nuevas plazas, la contratación del personal se condicionó a la productividad, eficacia y calidad de los servicios. • Se modificaron aspectos que estaban contemplados en el Contrato Colectivo del IMSS. Se fijó una de edad de jubilación y se aumentaron los años para jubilarse por años de servicio. • En cuanto a la reforma a la Ley General de Salud, la política institucional se ha alineado a los programas del gobierno para el sector salud en la búsqueda de aumentar la cobertura. Esto se ha traducido en una intensificación de las metas de productividad y el aumento en el número de derechohabientes. 			

Fuente: Elaboración propia con base en los estudios de Uribe et al 2013, Aguilar 2006, Miranda et al 2013, Informes de prestaciones personales del IMSS 2006 a 2014, Informes de Labores del IMSS 2009 a 2014.

Para identificar el impacto de las reformas en los periodos descritos en el personal de la unidad, durante las entrevistas se indagó sobre su percepción en relación a las reformas y el impacto en sus condiciones de trabajo.

Respecto a la reforma de 1995 a la ley del seguro social, refirieron que ésta no afecta al personal con más antigüedad pues este se rige por el régimen anterior pero que si afecta a los trabajadores que entraron al IMSS después de la reforma.

“Pues en el sentido de que pues van a afectar, a lo largo, yo creo que van a afectar, ¿sí? o sea a muchos, ya no va a haber pensiones, (...) nada más con lo de los AFORES, se me hace que está como medio crítico para ellos, yo todavía entre con el otro régimen, quien sabe cómo me vaya, a la mera hora, si me lo cambien o no ¿verdad? Pero por lo pronto, aparentemente, ahorita todo está bien para los demás, ya lo veremos, yo creo que va a estar mal”

Testimonio de una médica de consulta familiar, antigüedad de 27 años en el IMSS y 16 años en la Unidad

No obstante, la jefe de medicina familiar de la unidad, quien ha trabajado allí desde finales de los ochenta, considera que desde la década de los noventa tienen más garantías laborales y que incluso la carga de trabajo ha disminuido.

“Creo que tenemos más garantías, del noventa para acá tenemos más garantías, es la jubilación dinámica, antes de eso te jubilaban con un sueldo y te estancabas en ese sueldo, yo conozco médicos que están jubilados con dos mil pesos, entonces yo creo que del noventa para acá ha habido cambios, pero que nos benefician, cambios buenos para nosotros, también hubo el cambio en el horario de trabajo, antes tu venias en la mañana y en la tarde, y ahora es una jornada única, jornada matutina y vespertina y antes venias tres horas en la mañana, tres horas en la tarde, te asignaban un montonal de consulta, un montonal de consulta quiere decir que si ahora los médicos tienen 24 pacientes para ver al día porque las consultas se calculan cada quince minutos, antes del noventa nos daban en tres horas a ver a veinte pacientes así que ya te imaginas de qué tamaño estaba el estrés ¿no?”

Testimonio de la Jefe de Medicina Familiar, 20 años de antigüedad en el IMSS y en la Unidad

Otros trabajadores refirieron que les preocupa que en cualquier momento se modifiquen las condiciones con las que se pensionan, como les sucedió a los trabajadores de la compañía mexicana Luz y Fuerza.

“Todos aquellos que tenemos ya mucho tiempo de trabajar con el instituto estamos plenamente convencidos que los cambios son buenos, pero que pueden perjudicarnos gravemente. Gravemente significa que la modificación de las condiciones del régimen de jubilaciones y pensiones nos puede afectar, en cualquier minuto podemos quedar a la mitad de la nada, porque desafortunadamente así sucedió con una empresa tan grande como es la compañía de Luz y fuerza, de un plumazo de la noche a la mañana se desapareció.

Entonces no importaba si a alguien le faltaba un día o mil años para terminar su trabajo, de un plumazo lo pusieron en la calle, si, le dieron su remuneración, lo que sea, pero lo dejaron sin trabajo. Entonces para aquellos que está cerca nuestra jubilación es difícil pensar en la seguridad, en el sentido humano, de que vamos a poder tener la remuneración por tantos años de trabajo, simplemente en el aspecto laboral”

*Testimonio de un médico de consulta familiar, 20 años de antigüedad en el IMSS y
10 años en la Unidad*

Después de la reforma de 1995 los años para jubilarse por años de servicio, continuaron en 28 años para las hombres y 27 años para las mujeres, sin límite de edad. Con la reforma del 2004, los trabajadores que ingresan desde el 2005, se jubilan a partir de los 60 años de edad con 35 años de servicio para los hombres y 34 para las mujeres.

En cuanto a cómo perciben la reforma a la ley del seguro social del 2004, algunos trabajadores refirieron que quienes ingresaron al IMSS después de esta reforma, se jubilarán a una edad muy avanzada mientras que otros justificaron la reforma por los cambios en la economía del país y por el aumento en la esperanza de vida en la población.

“En cuanto a los años de jubilación yo creo que sí afecta mucho porque no puedes decir que alguien se va a jubilar a los 35 años, en cuanto al seguro social, porque

es diferente entrar de intendencia a los 18 años o de enfermería, a temprana edad, un médico se prepara, termina una especialidad, ingresa al instituto a una edad por lo menos 25, 27 años entonces de allí lleva una desventaja, estamos hablando que un médico debe conservar sus destrezas hasta los 60, 65 años, nos jubilamos realmente con desventaja (...) llegas ya con destreza desgastada, te llegas a jubilar realmente en malas condiciones”

*Testimonio de un médico de consulta familiar, antigüedad de 15 años en el IMSS y
4 años en la Unidad*

“Estamos viviendo en un país que debe estar con esos cambios a nivel mundial, por ejemplo la globalización, no tenemos la misma economía de hace años, actualmente la economía es dinámica, puede tener puntos positivos, puntos negativos, y bueno al inicio el Instituto era mucho menos personal, la cantidad era mucho menor cuando se creó ese sistema de jubilaciones y pensiones pues era adecuado y propio en su época, ahorita tenemos una cantidad mucho mayor, la esperanza de vida aumento, y eso hace que también el Instituto económicamente no sea viable en un futuro, entonces por eso la necesidad de cambiar la dinámica de jubilaciones y pensiones a través de las AFORES”

*Testimonio del Jefe de Enfermería, antigüedad de 21 años en el IMSS y
dos años en la Unidad*

Transcurridos diez años de la reforma, aún se manifiesta la inconformidad de los trabajadores del sindicato, expresada en el contrato colectivo de trabajo del año 2013-2015⁵³, donde indican que la reforma del 2004 es inconstitucional.

Otros trabajadores además refirieron que se ha aumentado la demanda de atención pues hay más afiliados al IMSS pero no se ha aumentado de número de personal, ni las instalaciones y esto les ha generado un aumento en la carga de trabajo. Esta afectación está también relacionada con el programa de gobierno de aumentar la cobertura de servicios de salud.

“También se ha disminuido la cantidad de personal y ha aumentado la cantidad de derechohabientes, la población seguimos creciendo, las clínicas son las mismas, entonces tenemos sobrecarga de trabajo todos y ocasiona que no hagamos bien nuestro trabajo, o sea, el tiempo está reducido”

Testimonio de una médica de consulta familiar, antigüedad de 27 años en el IMSS y 16 años en la Unidad

“Yo siento que tenemos más demanda de consulta porque el número de derechohabientes se ha incrementado y además como estamos en un proceso de transición en lo que va a ser la atención medica unificada en los tres sectores, la idea es que seamos ¡mejores, mejores! y por eso es que estamos solicitando una serie de situaciones que antes no se daban a los médicos”

Testimonio de la jefe de medicina familiar del turno matutino, 20 años de antigüedad en el IMSS y en la Unidad

También han percibido cambios a raíz de la política institucional del IMSS, la cual ha hecho que la supervisión de las actividades que desempeñan sea más estricta y refieren son producto de la política de calidad centrada en la satisfacción del usuario.

“En los últimos tiempos siento que nos presionan mucho, estamos muy presionados, ya pocos médicos quieren participar en los puestos en donde yo estoy, aquí en la jefatura o en la dirección, porque nos están demandando mucho, hasta donde yo estoy es una presión todavía tolerable pero a nivel de directivos tienen que entregarle la vida aquí porque tienen que hacer reportes, estar al pendiente de cómo va su clínica, no importa que estén de vacaciones, si hay algún problema los traen, los hacen que se regresen de donde estén.

En las clínicas de la periferia el directivo tiene que estar al pendiente de los tres turnos, cuando tienen tres turnos, y tienen que estar reportando hasta las doce de la noche la productividad de la clínica, tienen que estar al pendiente si se presentó, qué clase de consulta tuvieron o sea que ellos viven para estar al pendiente de su clínica, y yo así como que no estoy de acuerdo porque a dónde queda la familia ¿no?

Testimonio de la Jefe de Consulta del turno matutino, 20 años de antigüedad en el IMSS y en la Unidad

Otra de las orientaciones en la política institucional es la que tiene que ver con el fortalecimiento de los programas de prevención. La unidad de medicina familiar donde labora la población de estudio pertenece al primer nivel de atención en donde se prestan servicios principalmente de prevención. El personal médico y de enfermería refirió estar presionado para cumplir las metas de atención y tener un exceso de pacientes.

“Lo del cumplimiento de las metas, si, nuestros indicadores, tenemos que estar dentro del rango (...) tenemos un indicador de que el médico tiene que ver cuatro pacientes por hora entonces se nos quejan muchos los médicos, dicen, no, espérame, hay muchos pacientes que me demandan más de quince minutos ¿qué hago? Cómo me pides que yo vea 24 pacientes. Yo no puedo decirles allá arriba a mis superiores, no es que hay pacientes que me demandan más de quince minutos entonces el médico pues no puede ver 24. No, yo también tengo que exigir que ellos vean sus 24 pacientes”

“Los consultorios deben de tener un tope en cuanto al número de derechohabientes asignados, nosotros andamos trabajando como en treinta, treinta y cinco por ciento arriba (...) en ocasiones, que es la mayoría de las veces, nos llegan hasta diez pacientes más por consultorio. Si contamos que tenemos 19 consultorios pues tenemos un mínimo de cien pacientes al día excedentes y en ocasiones no tenemos médico que nos ayude. Con la política que tiene el instituto de cero rechazo al paciente yo no les puedo decir que no les voy a dar consulta pero tampoco tengo manera de verlos”

Testimonio de la jefe de medicina familiar del turno matutino, 20 años de antigüedad en el IMSS y en la Unidad

Dominio particular

Una vez descrito el impacto de los procesos del dominio general en las condiciones de trabajo de la población de estudio, en el siguiente apartado se describen las características del centro de trabajo, la población de estudio, y posteriormente, los hallazgos en el dominio particular, condiciones de vida y proceso de trabajo.

Unidad de Medicina de Medicina Familiar No.20

Fundada a finales de la década de los años ochenta, la unidad se ubica en el centro de la ciudad de Cuernavaca. Ofrece atención a 114,881 personas adscritas, los servicios de consulta familiar, nutrición, epidemiología, salud en el trabajo, estomatología, módulos PREVENIMSS, rayos X, laboratorio clínico, trabajo social, farmacia, inyecciones y curaciones y planificación familiar.

Características de la población de estudio

El 73.2% fueron mujeres y un 26.8% hombres, se resalta que en el grupo de enfermería más del noventa por ciento son mujeres. En cuanto a la edad, la población se ubica en un rango entre 20 a 65 años de edad, la mayoría de la población tiene estudios de posgrado o está cursándolos, o, tiene licenciatura completa o la cursa. El 70.5% son casados o viven en unión libre y el 78.9% tiene hijos (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Datos sociodemográficos de la población (n=71)

Variables sociodemográficas	Personal médico		Personal de enfermería		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	16	44.4	3	8.6	19	26.8
Mujer	20	55.6	32	91.4	52	73.2
Edad (años)						
20 a 40	17	47.2	18	51.4	35	49.3
41 a 65	19	52.8	17	48.6	36	50.7
Escolaridad						
Carrera técnica	0	0	21	60	21	29.6
Licenciatura completa o cursándola	12	33.3	13	37.1	25	35.2
Posgrado completo o cursándolo	24	66.7	1	2.9	25	35.2
Estado civil						
Soltero	6	1.7	10	28.6	16	22.5
Casado	25	69.4	19	54.3	44	62.0
Unión libre	3	8.3	3	8.6	6	8.5
Divorciado	2	5.6	3	8.6	5	7.0
Presencia de hijos						
Si	27	75	29	82.8	56	78.9
No	8	22.2	6	17.1	14	19.7

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

En relación a las características laborales, los trabajadores se distribuyen de manera homogénea en dos turnos, con 46.5% matutino y 45.1%, vespertino. El 8.4% no tiene un horario fijo. Este personal tiene como función cubrir a los trabajadores que están de vacaciones, incapacitados o faltantes, según sea el caso. La distribución del personal tanto del turno matutino como vespertino a la que se hace referencia, corresponde al momento de levantar la información. Esta distribución puede variar.

El 85.9% de la población en estudio posee un contrato de base. El 94.4% son sindicalizados y el 5.6% es personal de confianza. Este último personal tiene un permiso por parte del sindicato para ocupar puestos de confianza, tiene funciones

principalmente administrativas y mientras ocupen esos puestos no tiene derechos sindicales. El 63.3%, cuenta con una antigüedad laboral menor o igual a cinco años en la unidad.

En la observación realizada durante el trabajo de campo, se advirtió que los jefes de medicina familiar, que ocupan puestos de confianza, aun cuando sus funciones son principalmente administrativas, en la práctica, la mayor parte del tiempo desempeñan funciones asistenciales.

En relación a los puestos de trabajo, para describirlos se separaron en dos grupos personal médico 50.7 % y de enfermería 49.3% (ver cuadro 2). En el personal médico, la mayoría ocupa el puesto de médicos(as) de consulta externa, mientras que en el de enfermería, la mayoría son auxiliares, el 15.5% de salud pública y el 12.7% de enfermería general.

Cuadro 2. Población de estudio por puesto de trabajo

Personal	Puesto	N	%
Médico	Médico(a) de consulta	34	47.9
	Jefe(a) de medicina familiar	2	2.8
	Total	36	50.7
Enfermería	Jefe(a) de enfermería	1	1.4
	Jefes(as) de piso	2	5.7
	Enfermero(a) general	7	9.8
	Enfermero(a) especialista	5	7
	Auxiliar de enfermería	9	12.7
	Auxiliar de salud pública	11	15.5
	Total	35	49.3

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

Clase social

La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) usa como referencia la Clasificación Internacional Única de Ocupaciones de la Organización Internacional del Trabajo (CIUO)²⁷, para clasificar a la población en clase social y en el caso de México, el

Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) se basa también el CIUO⁵⁴, las categorías de ocupación usadas por la SEE resultaron equivalentes a las categorías del SINCO. En la tabla 4 en la primera columna se presentan las categorías de clase social de la SEE y en la segunda columna los puestos de trabajo que se ubican en cada categoría. La población de estudio se ubica en las categorías de clase social I y II, que son la primera y la segunda más alta de las que conforman las cinco categorías de la clasificación abreviada de la SEE.

Tabla 4. Personal médico y de enfermería según clase social

Categoría de clase social de la SEE		Personal	n	%
I.	Directivos de la administración pública y de empresas de más de 10 asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de 2° y 3° ciclo*.	Jefes(as) de Medicina Familiar Jefe de Enfermería Jefas de Piso Médicos(as) Familiares (con licenciatura o posgrado)	39	54.9
II.	Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociados a una titulación de 1er ciclo universitario. Técnicos y profesional de apoyo. Artistas y deportistas	Enfermeras especialistas Enfermeras generales Auxiliares de salud pública y de enfermería general	32	45.1

*1er ciclo corresponde a estudios de nivel técnico, 2° ciclo de licenciatura y 3er ciclo de posgrado
Fuente: Elaboración propia, 2015.

En la categoría clase social I se ubican los médicos(as) familiares, médicos(as) jefes de consulta, las enfermeras jefas de piso y el jefe de enfermería, quienes representan el 54.9% de la población de estudio. En la categoría clase social II, las enfermeras especialistas, enfermeras generales, personal auxiliar de salud pública y de enfermería general, conformando el 45.1%. Se resalta que en los puestos de auxiliar de enfermería general, enfermera especialista y enfermera general, algunos trabajadores(as) tienen estudios completos de licenciatura y otros los están cursando, sin embargo, dado que la mayoría tiene estudios técnicos se ubicaron en la categoría de clase social II.

Debido a que los grupos de clase social I y II son equivalentes en su composición a los grupos de personal médico y de enfermería respectivamente, salvo por los jefes de piso que se ubican en la clase social I, se tomaron como equivalentes las clases sociales y los grupos de personal.

A continuación se presentan los resultados referidos al dominio particular del proceso de determinación social de la salud de los trabajadores. Se presentan los hallazgos en la relación a condiciones de vida, condiciones de salud y condiciones de trabajo.

- **Condiciones de vida**

Siguiendo la premisa de que las condiciones de salud están determinadas también por las condiciones de vida, se describen algunas condiciones objetivas y subjetivas, en la población de estudio como son: ingresos, vivienda, transporte, uso del tiempo libre, horas de sueño y carga de trabajo doméstico (ver cuadro 3).

Más del 70% del personal, médico y de enfermería, tiene vivienda propia, cuenta con los servicios básicos de agua y drenaje, no presenta hacinamiento, las condiciones de su vivienda han mejorado o permanecen iguales respecto a los últimos años y cuenta con otra entrada económica para el sostenimiento del hogar.

De igual forma, en ambos grupos, más del 50% refirió que sus ingresos son insuficientes para cubrir sus gastos, usa de forma pasiva el tiempo libre y una quinta parte refirió tener un segundo trabajo. En cuanto a las horas de sueño, es similar en ambos grupos, duermen en promedio 6.6 horas.

Sólo se encontraron diferencias en el tipo de transporte y el tiempo de desplazamiento de la casa al trabajo. El 58.9% del personal médico usa auto particular mientras que el 80% personal de enfermería usa el camión, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$). En relación al tiempo de

desplazamiento el 69.4% del personal médico gasta menos de treinta minutos para llegar a su trabajo mientras que el 71.4% del personal de enfermería gasta más de treinta minutos ($p=0.000$). Se tomaron valores de p menores a 0.05, como estadísticamente significativos.

Cuadro 3. Condiciones de vida en personal médico y de enfermería

Variables de condiciones de vida	Personal médico		Personal de enfermería		Total	
	N	%	n	%	N	%
Condiciones objetivas						
Tipo de posesión de la vivienda						
Propia	27	75	26	74.3	53	74.6
Rentada, prestada, otro	9	25	2	25.7	5	25.4
Acueducto y drenaje en la vivienda						
Si	33	91.6	31	88.6	64	90.1
No	2	5.6	4	11.4	6	8.5
Otro	1	2.8	0	0	1	1.4
Índice de hacinamiento						
Si	2	5.6	1	2.8	3	4.2
No	34	94.4	34	97.1	68	95.8
Otro trabajo para el sostenimiento del hogar						
SI	10	27.8	5	14.3	15	21.1
No	23	63.9	29	82.8	52	73.2
NR*	3	8.3	1	2.8	4	5.6
Otras entradas para el sostenimiento del hogar						
SI	28	77.8	28	80.0	56	78.9
No	8	22.2	7	20.0	15	21.1
Tipo de transporte+						
Auto o motocicleta particular	21	58.3	7	20.0	28	39.4
Camión, taxi, bicicleta, otro	15	41.8	28	80.0	43	60.6
Tiempo de desplazamiento de la casa al trabajo**						
< 30 minutos	25	69.4	10	28.6	35	49.3
>30 minutos	11	30.5	25	71.4	36	50.7
Índice de uso del tiempo libre						
Activo	10	27.8	12	35.9	22	31.0
Pasivo	26	72.2	22	64.7	48	67.6
Condiciones subjetivas						
Ingresos suficientes para cubrir sus gastos						
SI	20	55.5	14	40	34	47.9
No	16	44.4	20	57.1	36	50.7
NR*	0	0	1	2.9	1	1.4

Estado de la vivienda respecto a los últimos años

Mejor o igual	35	97.2	35	100	70	98.6
Peor	1	2.8	0	0	1	1.4

*NR: No respuesta; +: $p=0.001$; **: $p=0.000$

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

Condiciones de vida por sexo

Las condiciones de vida son semejantes entre hombres y mujeres, se comportan igual forma a como fueron descritas por grupos de personal, médico y de enfermería. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en relación a los ingresos, tener un segundo trabajo, el tipo de transporte y el tiempo de desplazamiento de la casa al trabajo (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Calidad de vida según sexo

Variable condiciones de vida	Hombres (n=19)		Mujeres (n=52)		p*
Ingresos suficientes para cubrir los gastos					
Si	13	68.4	21	40.4	0.043
No	6	31.6	30	57.7	
Otro trabajo para el sostenimiento del hogar					
Si	8	47.1	7	14.0	0.005
No	9	52.9	43	86.0	
Tipo de transporte					
Auto	14	73.7	14	26.9	0.000
Camión y otros	5	26.3	38	73.1	
Tiempo de desplazamiento casa a trabajo					
<30 minutos	15	78.9	20	38.5	0.003+
>30 minutos	4	21.1	32	61.5	

*: Ji cuadrada

†: Prueba exacta de Fisher

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015

El 57.7% de las mujeres refirió que sus ingresos son insuficientes para cubrir los gastos del hogar y la mayoría reportó no tener un segundo trabajo, 86%. En este grupo no se halló una asociación entre los ingresos y tener un segundo trabajo ($p>0.05$). En cuanto a los aspectos del transporte, también la mayoría, el 73.1% de ellas usan con mayor frecuencia el camión y el 61.5% gasta más de treinta minutos para desplazarse de la casa al trabajo. Se encontró una asociación entre el tiempo

de desplazamiento y tipo de transporte ($p < 0.05$), quienes invierten más tiempo se desplazan en camión.

En el grupo de hombres la mayoría reportó que sus ingresos son suficientes y refirió tener un segundo trabajo, no obstante, tampoco se encontró una asociación entre los ingresos con tener un segundo trabajo ($p > 0.05$). La mayoría de los hombres, usa auto e invierten menos de treinta minutos para llegar a su trabajo. Para este grupo no se encontró una asociación entre el tiempo de desplazamiento y el tipo de transporte ($p > 0.05$).

Al comparar las condiciones de vida entre médicos y médicas, estas son semejantes excepto en la percepción de la suficiencia de los ingresos y el transporte. El 62% de los médicos refirió que sus ingresos son suficientes mientras que el 50% de las médicas así lo refirió, no obstante, esta diferencia no fue significativa. Se encontró una diferencia significativa en el tiempo de desplazamiento, el 12% de los médicos gasta más de treinta minutos para llegar a su trabajo, mientras que en el caso de las médicas es el 45% ($p = 0.03$), además, en cuanto al tipo de transporte, aun cuando no resultó ser significativo, 75% de los médicos usa el auto particular, mientras que 55% de las médicas se desplaza en camión ($p = 0.07$).

Por otro lado, comparando las condiciones de vida entre médicas y enfermeras, en relación a los ingresos el 50% de las médicas refirió que sus ingresos son insuficientes y mientras que en el 64% de las enfermeras así lo refirió. Más del 80% en ambos grupos refirió no tener un segundo trabajo. Sólo se encontró diferencias significativas en el tipo de transporte. Como ya se mencionó el 55% de las médicas usa el camión como medio de transporte más frecuente mientras que en enfermería es el 84% ($p = 0.02$).

En cuanto a los enfermeros, que son sólo tres, todos refirieron que sus ingresos son suficientes, dos usan el auto particular como medio de transporte más frecuente y dos de ellos gastan más de treinta minutos en llegar a su trabajo.

Trabajo doméstico

En cuanto a la carga de trabajo doméstico, el 15.8% de los hombres tiene una carga de trabajo doméstico alta, mientras que entre las mujeres, es del 50%. Esta diferencia es estadísticamente significativa, $p=0.009$.

Cuadro 5. Actividades del trabajo doméstico entre hombres y mujeres

Trabajo doméstico	Hombres (n=19)	Mujeres (n=52)
Sacudir, barrer, trapear, hacer camas	47.8	87.5
Lavar y planchar la ropa	17.4	83.3
Preparar la comida	34.8	75.0
Lavar los trastes y limpiar la cocina	43.5	91.7
Hacer las compras	60.9	89.6
Coser, remendar, zurcir, tejer	4.3	50.0
Cuidar a los hijos: comida, tareas (si tiene hijos)	17.4	58.3
Realizar trámites relacionados con la casa y la familia	69.6	91.7
Realizar arreglos en la casa	60.9	66.7

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

En la realización de las actividades domésticas, en el cuadro 5 se observa una participación mayor de las mujeres en todas las actividades que se exploraron.

En las entrevistas una médica refirió que tuvo que dejar su trabajo para dedicarse al cuidado de sus hijos en sus primeros años de edad. Dijo sentirse mal por tener que dejar su trabajo pero tuvo que sopesar entre sus hijos y su trabajo. En cuanto al personal de enfermería, una enfermera refirió que las obligaciones del cuidado de sus hijos y su hogar ha sido un impedimento para continuar con sus estudios y así poder ascender de puesto.

“Yo siento que si, en mis proyectos, o sea, me he quedado un poquito corta en el aspecto de seguir creciendo, ¿no?, implica pues abandono a veces de los hijos, del hogar, entonces por ese aspecto pues yo me he quedado aquí en donde estoy ahorita, no he podido escalar más, pero pues si se puede seguir subiendo”

Por último, otra variable explorada y que está relacionada con el ámbito de la vivienda, fueron los accidentes en el hogar donde se encontró una proporción del 26.3% de accidentes en los hombres mientras que en las mujeres fue del 3.8%.

- **Proceso de trabajo**

- **Perfil de riesgos por puesto de trabajo**

En el cuadro 6 se describen los principales riesgos derivados de los sujeto/objeto y medios del proceso de trabajo a los que está expuesta la población de estudio. En el caso del personal médico se identificaron 23 riesgos. Los que refirieron más del cincuenta por ciento del personal médico son: el mal estado de las instalaciones sanitarias en baños, regaderas y vestidores, la exposición a contaminantes biológicos infecciosos y el ruido.

En el personal de enfermería se identificaron un total de 27 riesgos. Los riesgos que refirieron poco más el cincuenta por ciento de este personal son: los instrumentos que utilizan, el mal estado de las instalaciones sanitarias y la exposición a contaminantes biológicos.

No se encontraron diferencias significativas al comparar por grupos de personal en casi todos los riesgos, sólo el riesgo derivado de los instrumentos que se utilizan, afecta significativamente a una mayor proporción del personal de enfermería que el médico ($p=0.000$).

Cuadro 6. Perfil de riesgos derivados del sujeto/objeto y medios del proceso de trabajo

Riesgo	Personal médico		Personal de enfermería		Total	%
	n	%	n	%		
1 Las instalaciones sanitarias (baños, regaderas o vestidores)	25	69.4	18	51.4	43	60.6
2 Contaminantes biológicos infecciosos (virus, bacterias, hongos)	21	58.3	17	48.6	38	53.5
3 Ruido	19	52.8	10	28.6	29	40.8
4 Calor	18	50.0	10	28.6	28	39.4
5 La falta de orden o limpieza	17	47.2	11	31.4	28	39.4
6 Falta de ventilación	15	41.7	12	34.3	27	38.0
7 Los instrumentos que utiliza	4	11.1	20	57.1	24	33.8

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

Perfil de exigencias por puesto de trabajo

En el personal médico se identificaron un total de 35 exigencias y 40 en el de enfermería (ver cuadro 7). Las que afectan a casi más del setenta por ciento del personal médico son: permanecer sentado por más de dos horas seguidas, estar fijo en su lugar de trabajo, tener que sentarse en una superficie incomoda y soportar una supervisión estricta. Las exigencias que afectan a más del setenta por ciento del personal de enfermería son: estar fijo en el lugar de trabajo, soportar una supervisión estricta y un estricto control de calidad.

Al comparar las exigencias por grupos de personal, sólo se encontraron diferencias significativas en las exigencias tener que permanecer sentado por más de dos horas, en donde el personal médico es significativamente más afectado que el personal de enfermería ($p=0.01$) y soportar una supervisión estricta en la que el personal de enfermería es significativamente más afectado ($p=0.00$).

Cuadro 7. Perfil de exigencias derivados de la actividad, la organización y división del proceso de trabajo

Exigencia	Personal médico		Personal enfermería		Total	%
	n	%	n	%		
1 Para trabajar permanece sentado(a)	31	86.1	20	57.1	51	71.8
2 Estar fijo en su lugar de trabajo	29	80.6	27	77.1	56	78.9
3 La superficie donde se sienta es incómoda	28	77.8	11	31.4	39	54.9
4 Soportar una supervisión estricta	25	69.4	26	74.3	51	71.8
5 Cubrir una cuota de producción	24	66.7	21	60.0	45	63.4
6 Un estricto control de calidad	24	66.7	26	74.3	50	70.4

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

Al observar los perfiles de riesgos y exigencias en cada grupo de trabajadores, se identifica que la mayor cantidad de afectaciones negativas para su salud tienen origen en las exigencias del proceso de trabajo.

El personal médico refirió sentirse presionado por tener que cumplir las metas de atención a pacientes y que en ocasiones el volumen de pacientes excede a los que deberían atender. Refirieron que esto les ocasiona estrés, ansiedad, nerviosismo, cefalea, dolor abdominal, taquicardia y alteraciones en su estado de ánimo. Tres médicos refirieron que deben permanecer fijos en su lugar de trabajo y esto les impide atender necesidades básicas como la alimentación e ir al baño.

En cuanto a los riesgos, un médico refirió que deben permanecer sentados por tiempos prologados en sillas que no son ergonómicas y una médica refirió que su área de trabajo permanece en constante desorden y con falta de limpieza.

Una enfermera refirió entre los aspectos negativos de su trabajo, la presión que siente por parte de sus jefes para cumplir las metas de atención. Una auxiliar de enfermería refirió que entre las exigencias se encuentra el permanecer de pie por tiempos prolongados y permanecer fija en su puesto de trabajo. En general, entre los aspectos negativos del trabajo que refirió este grupo de trabajadores las afectaciones negativas tienen que ver con las relaciones laborales con otros grupos de trabajadores. Estos aspectos se describirán en el apartado de la dimensión subjetiva del trabajo.

“De mi diario acontecer, pues es la presión que tenemos ahorita con los jefes, de la atención de que yo peleo tanto, o sea, nuestro pleito es que tú ves números y yo veo pacientes. O sea es ese, ese pleito.”

Testimonio de una enfermera especialista, antigüedad de 19 años en el IMSS y 5 años en la unidad

Riesgos y exigencias de acuerdo al sexo

Tanto hombres como mujeres refirieron como riesgos más frecuentes el mal estado de las instalaciones sanitarias, la exposición a contaminantes biológicos, el calor y la falta de ventilación (ver cuadro 8).

Después de estos, los riesgos más referidos por los hombres fueron el calor y la falta de ventilación, mientras que las mujeres refirieron que son los instrumentos que utilizan, el ruido, la falta de orden y de limpieza. No se encontraron diferencias significativas en los tipos de riesgo por sexo, a excepción del riesgo derivado de los instrumentos que se usan ($p=0.03$).

Cuadro 8. Perfil de riesgos según el sexo

	Riesgo	Hombres (n=19)		Mujeres (n=52)	
		N	%	n	%
1	Las instalaciones sanitarias	14	73.7	29	55.8
2	Contaminantes biológicos	11	57.9	27	51.9
3	Calor	10	52.6	18	34.6
4	Falta de ventilación	10	52.6	17	32.7
5	Ruido	8	42.1	21	40.4
6	Los instrumentos que utiliza	2	10.5	22	42.3
7	Falta de orden y limpieza	7	36.8	21	40.4

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

Las exigencias que afectan a más del setenta por ciento de los hombres fueron permanecer sentado, cubrir una cuota de producción, estar fijo en su lugar de trabajo y tener que sentarse en una superficie incómoda.

En el caso de las mujeres aquellas que afectan a más del setenta por ciento son estar fijo en su lugar de trabajo, soportar una supervisión estricta y un estricto control de calidad. Se encontraron diferencias significativas en las exigencias permanecer

sentado y cubrir una cuota de producción, estas afectan en mayor proporción a hombres que a mujeres (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Perfil de exigencias según el sexo

Exigencia	Hombres (n=19)		Mujeres (n=52)		P
	N	%	n	%	
1 Permanecer sentado	17	89.5	34	65.4	0.04*
2 Cubrir una cuota de producción	16	84.2	29	55.8	0.02*
3 Estar fijo en su lugar de trabajo	14	73.7	42	80.8	0.52 ⁺
4 La superficie donde se sienta es incomoda	14	73.7	25	48.1	0.05 ⁺
5 Soportar una supervisión estricta	13	68.4	38	73.1	0.52 ⁺
6 Estricto control de calidad	12	63.2	38	73.1	0.42⁺

*: Prueba exacta de Fisher; ⁺: Ji cuadrada

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

Perfil patológico por puesto de trabajo

El principal padecimiento tanto en el personal médico como el de enfermería es el estrés. Además de este, aquellos que padecen más del treinta por ciento del personal médico son conjuntivitis crónica, lumbalgia y várices. Los padecimientos que afectan a casi el treinta por ciento del personal de enfermería son cefalea tensional, trastornos del sueño y conjuntivitis crónica.

Al comparar la prevalencia de padecimientos por grupo, la proporción de médicos(as) que padece lumbalgia es significativamente mayor a la proporción de enfermeros(as) afectados(as), $p=0.01$. No se hallaron otras diferencias significativas (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Principales diagnósticos presuntivos en el personal médico y de enfermería (n=71)

	Enfermedad	Médico		Enfermería	
		n	%	n	%
1	Estrés	20	55.5	14	40.0
2	Conjuntivitis crónica	13	36.1	10	28.6
3	Lumbalgia	13	36.1	4	11.4
4	Várices	12	33.3	9	25.7
5	Fatiga patológica	10	27.7	5	14.3
6	Trastornos musculo esqueléticos excepto lumbalgia	10	27.7	8	20
7	Cefalea tensional	9	25	12	34.3
8	Trastornos del sueño	9	25	11	31.4

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015

También, el estrés fue el padecimiento más referido por el personal médico durante las entrevistas. Otros padecimientos también mencionados fueron cefalea, ansiedad, hipertensión arterial, gastritis y colitis.

Una limitación del cuestionario es que entre los padecimientos diagnosticados por un médico, sólo se indagaron los de reciente diagnóstico de los últimos 12 meses. Una médica familiar refirió que hubiese sido importante indagar por padecimientos de más larga data. Es importante mencionar que enfermedades como la hipertensión, estimada en un 19.4%, puede estar subestimada en el grupo de médicos por esta limitación, y además, la mayoría de los médicos(as) tienen más de 40 años de edad por lo que la prevalencia podría ser más alta. Los padecimientos referidos en las entrevistas en el grupo de enfermería fueron hipertensión, hipotiroidismo, diabetes, estrés e hipoacusia.

Perfil patológico por sexo

Se identificaron un total de 16 padecimientos en los hombres y 27 en las mujeres. Los padecimientos que afectan a más de una quinta parte de los hombres fueron el estrés, la conjuntivitis crónica, los trastornos musculo-esqueléticos, los accidentes en el hogar, lumbalgia y pterigión o pingüecula (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Perfil patológico del grupo de hombres (n=19)

Padecimiento	n	%
Estrés	8	42.1
Conjuntivitis crónica	7	36.8
Trastornos musculo-esqueléticos excepto lumbalgia	6	31.6
Accidentes en el hogar	5	26.3
Lumbalgia	5	26.3
Pterigión o pingüecula	4	21.1

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

En el caso de las mujeres, los que afectan a más de una quinta parte de ellas son cefalea tensional, várices, trastornos del sueño, conjuntivitis crónica, fatiga patológica, los trastornos musculo-esqueléticos, lumbalgia y rinofaringitis (ver cuadro 12).

Cuadro 12. Perfil patológico del grupo de mujeres (n=52)

Padecimiento	n	%
Estrés	25	48.1
Cefalea tensional	18	34.6
Várices	18	34.6
Trastornos del sueño	17	32.7
Conjuntivitis crónica	16	30.8
Fatiga patológica	14	26.9
Trastornos musculoesqueléticos excepto lumbalgia	12	23.1
Lumbalgia	12	23.1
Rinofaringitis a repetición o crónica	11	21.2

Fuente: Cuestionario sobre condiciones de vida, salud y trabajo, 2015.

En los padecimientos que son comunes a hombres y mujeres, estrés, conjuntivitis crónica, trastornos musculoesqueléticos y lumbalgia, no se encontraron diferencias significativas en la proporción de quienes la padecen.

Ausentismo laboral por motivos de salud

Un 26.8% de la población de estudio refirió ausentarse de su trabajo por motivos de salud en los últimos doce meses. Quienes más se ausentaron fueron las mujeres en un 73.3% y de estas las mujeres enfermeras.

Dimensión subjetiva del proceso de trabajo

Representación del trabajo

Se exploraron las percepciones en relación al significado e importancia que le atribuyen al trabajo. Tanto el personal médico como de enfermería identificaron el trabajo como una parte muy importante de sus vidas, que les produce satisfacción o insatisfacción, sentirse productivos, seguros, les permite desarrollarse personal y profesionalmente, que los motiva, es una fuente de ingreso y también una obligación. En general el trabajo fue asociado con elementos positivos.

“Para mí representa pues mi vida, este, tanto personal como laboral, hago lo que me gusta, lo que realmente me agrada, y pues bueno, tengo tanto una satisfacción interna, emocional, como satisfacción externa porque me reditúa económicamente”

Testimonio del Jefe de Enfermería, con antigüedad de 21 años en el IMSS y dos años en la Unidad

Valoración del trabajo

La valoración del trabajo, como algo positivo o negativo, se exploró en los aspectos de satisfacción laboral, control del trabajo y apoyo social. Entre el personal médico se encontró que el 25% tiene una valoración negativa de su trabajo, mientras que en el grupo de enfermería es del 11.4%. A continuación se presentan los hallazgos en cada uno de los aspectos explorados.

- **Satisfacción en el trabajo**

En relación a la satisfacción en el trabajo se encontró que todos los trabajadores de enfermería están satisfechos con su trabajo y en el caso de medicina el 97.2%. No obstante, el cuestionario no permite identificar los niveles intermedios de satisfacción por lo que esta puede sobreestimarse. Dada esta dificultad, se profundizó en este aspecto durante las entrevistas.

En el caso del personal médico en una pregunta se solicitaba valorar el nivel de satisfacción de uno a diez. Una médica familiar que calificó su nivel de satisfacción en cinco, atribuyó su insatisfacción al poco tiempo que tiene para dar consulta y que esto la llevaba a hacer su trabajo incompleto.

“Cinco porque no tenemos el tiempo adecuado para cada paciente, a veces, sí yo le doy el tiempo adecuado me atraso, y luego ya a la una, a las doce ya voy atrasada como con hora y media o dos horas, y entonces al rato tengo que así [hace un gesto con las manos].

Salgo, pero con trabajos, entonces no tengo satisfacción adecuada porque no lo hago completo, hago la mitad y la otra mitad a como caiga”

Testimonio de una médica de consulta familiar, antigüedad de 27 años en el IMSS y 16 años en la Unidad

Entre las razones que refirieron para estar satisfechos mencionaron obtener un salario, el poder adquirir bienes materiales, oportunidades de dar estudios y mejores condiciones de vida a sus hijos, poder ejercer sus estudios y poder ayudar a las personas.

Por otro lado, para el personal de enfermería las razones para estar satisfechos fueron ser productivos, poder servir a otras personas y desarrollarse profesionalmente. Algunos aspectos referidos como causas de insatisfacción fueron la ambigüedad en el rol y la presión por parte de sus jefes para cumplir las metas de atención. Una enfermera especialista refirió que ella y sus compañeros aún no tienen claramente delimitadas sus funciones. El jefe de enfermería refirió que una

razón para no estar satisfecho es la necesidad de capacitar continuamente a personal que antes ya había sido capacitado pero que reincide en errores.

“Desafortunadamente nuestra área es un área que apenas se formó, entonces nuestras funciones todavía están un poquito, no muy específicas, como otras áreas, como es la auxiliar, como la enfermera materno infantil (...) en mi diario acontecer ahorita nada más hacemos lo que es la atención preventiva integral del paciente y nada más, ahí nos estamos quedando, o sea en ese aspecto si nos sentimos los especialistas como un poquito frustrados, ¿no?, mi potencial es para más pero estoy aquí limitada por todo, el entorno, a veces no se presta el área, no tenemos un médico adecuado, no tenemos a veces la papelería”

Testimonio de una enfermera especialista, antigüedad de 19 años en el IMSS y cinco años en la Unidad

- **Control y autonomía en el trabajo**

En relación al nivel de control en el trabajo, se encontró que el 33% del personal médico y el 11.4% de enfermería no puede decidir sobre cómo hacer su trabajo. Al explorar sobre el significado de la autonomía en el trabajo, el personal médico y de enfermería, la asoció con la capacidad para tomar decisiones sobre el plan a llevar a cabo con sus pacientes. Refirieron ser autónomos para tomar decisiones en este aspecto, con la salvedad de que su actuar debe apegarse a las guías y normas de atención clínica.

“En cuanto a las decisiones, tomar decisiones propias acertadas, pero realmente como aquí hay normativas, lo único que hay que hacer es desempeñarse de acuerdo a la normativa para un padecimiento (...)”

Testimonio de un Médico de Consulta Familiar con antigüedad de 15 años en el IMSS y cuatro años en la Unidad

Un médico, quien refirió no poder ser autónomo, mencionó que no podía serlo debido a que sus actividades son supervisadas de manera más estricta y que esto se debía que ahora se procura dar una mejor atención al paciente.

- **Apoyo social en el trabajo**

Al indagar sobre el apoyo social en el lugar de trabajo, solidaridad por parte de sus compañeros, valoración de su trabajo y si para sus jefes el trabajo que realizan es importante, el 17.1% del personal médico estimó que no tiene apoyo social en su lugar de trabajo. En el caso de enfermería sólo el 5.7% reportó que no tiene apoyo social. Una auxiliar de enfermería refirió que algunos miembros del personal médico tienen un trato despectivo para con el personal de enfermería. Mencionó que no reconocen su nivel de estudios y tampoco su criterio profesional.

“es muy diferente el trato que hay hacia una enfermera al que es doctor, pero mucha, hasta por los mismos pacientes, y muchas veces el médico, algunos son muy maleducados, te tratan como una sirvienta, no eres una persona con un, este, te trata como si tuvieras no más un oficio, y como que eres la chacha, la que tiene que ayudar (...).”

Testimonio de una auxiliar de enfermería, antigüedad de 27 años en el IMSS y diez años en la Unidad

Otra enfermera también se refirió a la práctica que tienen algunos médicos de no reconocer el criterio profesional de enfermería.

“Por ejemplo el médico ¿no?, yo soy la máxima autoridad, y yo, oiga doctor, es que yo soy el médico, tú vas a hacer lo que yo te diga. Mi criterio queda totalmente cortado, así, oiga doctor es que este paciente, dice la norma que el paciente para una mastografía es hasta los sesenta y nueve años, mi criterio dice que la envíes aunque tenga setenta, ochenta años, ah, como dicen que usted es el médico, hay que hacer, generar ese envío”

Testimonio de una enfermera especialista, antigüedad de 19 años en el IMSS y cinco años en la Unidad

Otros aspectos positivos y negativos del proceso de trabajo

La exploración de la dimensión subjetiva del trabajo permitió identificar algunos de los procesos positivos o condiciones favorables para el surgimiento del polo salud.

En el personal de enfermería y médico se identificó la motivación para hacer su trabajo como un proceso positivo. Entre sus motivaciones se encuentran el deseo de superación personal y profesional, la familia y querer ofrecer un servicio y ayudar a otras personas.

En el personal de enfermería se identificaron otros procesos positivos como la relaciones de amistad y compañerismo que establecen en su trabajo, poder relacionarse con otro tipo de personas y el apoyo por parte del IMSS para continuar con sus estudios. Entre las manifestaciones saludables, además del alto nivel de satisfacción en el trabajo antes descrito, en el caso del personal médico se identificó el aprendizaje y la práctica de conocimientos.

Por otro lado, en cuanto a los procesos negativos del proceso de trabajo en el personal de enfermería, se identificó las actitudes negativas que en ocasiones les manifiestan pacientes, sus jefes y las asistentes médicas. En el caso del personal médico, otros procesos negativos son el mal trato que reciben en ocasiones por los pacientes y el estar expuestos a demandas legales, esto es más frecuente en los jefes de medicina familiar.

“Demandas de mala atención de parte de uno y además demandas de mala atención en ocasiones del personal operativo, entonces al final de cuentas yo cargo con todos, porque el paciente viene con las demandas que pudieran ocasionar a nivel de consultorio porque estamos mal acostumbrados de que para todo nos dicen, pues vaya a la jefatura, todo se lo resuelve la jefatura, así que el paciente cuando llega aquí a la jefatura llega muy enojado, llega viendo a ver quién se la paga lo que le han hecho, quién le paga su inconformidad”

Testimonio de la Jefe de Medicina Familiar del turno matutino, 20 años de antigüedad en el IMSS y en la Unidad

Proceso de trabajo y género

Uno de los aspectos del proceso de trabajo que afectan de manera distinta a hombres y mujeres es la posibilidad de ascender en el cargo. Una médica refirió que si bien en el nivel operativo es mayor la proporción de mujeres y que además

estás se caracterizan por ser más responsables, resolutivas y cumplidas, en los niveles administrativos del IMSS existe una mayor proporción de hombres. Ella atribuyó esto a que quienes asignan los cargos en este nivel, posiblemente hombres, consideran que sólo alguien de su mismo género puede ocupar esos cargos.

“En estas clínicas si son 19 consultorios, creo que somos como 14 o 15 mujeres entonces creo que yo, que no, aquí no se da, aunque si estamos hablando de puestos superiores a nivel delegacional, yo creo que la mayoría son hombres, si, la mayoría son hombres (...)

¿Por qué creo que son los hombres?, porque el hombre, es mi punto de vista quién sabe, no sé, este, siento que a esos niveles pues si yo pienso que alguien, o si ellos piensan que alguien puede ocupar tal puesto, ellos sienten que [risas], que es alguien del mismo género”.

Testimonio de la Jefe de Medicina Familiar, turno matutino

En relación a las diferencias en las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres, la mayoría refirió que no hay diferencias, no obstante una médica refirió que hay diferencia en cuanto al trato que en ocasiones reciben ellas por parte de los pacientes, mencionando que se refieren a las médicas como “señoritas” y a los médicos como “doctores”.

Proceso de valorización

Los aspectos explorados del proceso de trabajo como proceso de valorización fueron la productividad, los salarios y la gestión de la fuerza de trabajo. De esta última se exploró la organización de los trabajadores y los conflictos laborales.

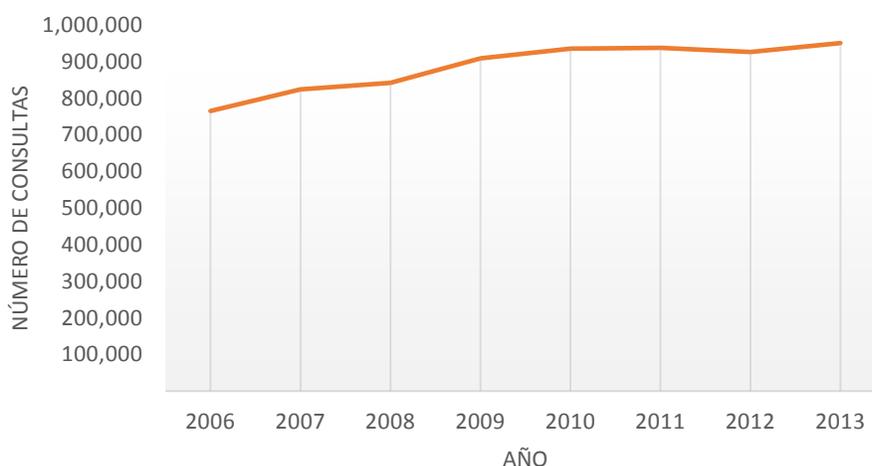
Indicadores de productividad

En este aspecto se buscó explorar el comportamiento de los indicadores de productividad que evalúan el desempeño de los trabajadores del IMSS. No se encontró información disponible al público sobre los indicadores de desempeño de la población sujeto de estudio.

Sin embargo, un indicador de productividad que fue referido por los médicos entrevistados, es el promedio de consultas de medicina familiar por hora/médico. De acuerdo al Manual Metodológico de Indicadores Médicos del IMSS⁵⁵, este indicador debe ser mayor a 4.0, se considera aceptable entre el 3.2 a 3.9 e insatisfactorio menor o igual a 3.1. Según refirió la Jefe de Medicina Familiar, este indicador en la unidad se encuentra entre 3.0 a 3.5. Si bien, se estima que los médicos están cumpliendo con atender a 24 pacientes en su jornada de trabajo, no lo están haciendo en las 6 horas exigidas para esto.

Otro aspecto que se analizó para explorar la productividad fue el número de consultas externas ofrecidas por el IMSS en el Estados de Morelos (ver gráfica 1) y el número de personal, médico y de enfermería, (ver gráfica 2). En la gráfica 1 se observó la tendencia en aumento en el número de consulta del periodo 2006 a 2013.

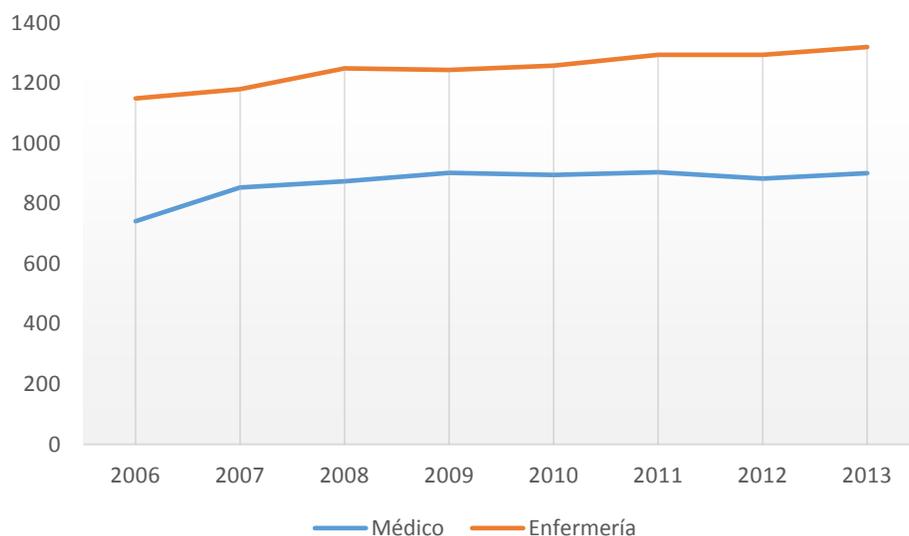
Gráfica 1. Consulta externa en unidad de consulta externa en el IMSS, Morelos 2006-2013



Fuente: Dirección General de Información en salud, Secretaría de Salud⁵⁶

En la gráfica 2 se observó la tendencia en aumento el número de trabajadores de enfermería, de 2006 a 2013, mientras que la tendencia en el número de trabajadores médicos(as) no ha variado significativamente en este mismo periodo.

Gráfica 2. Número de enfermeras(os) y médicos(as), IMSS Morelos, 2006-2013



Fuente: Informes de Prestaciones Personales IMSS, 2006-2013⁵⁷

Salarios

Para analizar el cambio en los salarios de la población de estudio se utilizó como referencia el salario base de un médico familiar. En el cuadro 13 se describe el cambio en este salario de los años 2008 a 2014. Si bien en ese lapso de tiempo tuvo un incremento del 23%, el aumento en el Índice Nacional de Precios del Consumidor (IPC) aumentó en un 25.8%, para el mismo periodo, es decir, el aumento en el salario no alcanzó a compensar el aumento del costo de vida. El incremento en el salario base se pacta entre las directivas del IMSS y el sindicato de trabajadores del seguro social, para el periodo indicado usualmente nunca supero el IPC, salvo en los años 2009 y 2012.

Cuadro 13. Desarrollo del salario del puesto del Médico Familiar en el IMSS, 2008-2014

Año	Salario Base de Médico Familiar	% de Incremento en el salario base	Deflactor del Salario	IPC	Deflactor del IPC
2008	7244.52		1.0		1.0
2009	7527.06	3.9	1.039	3.57	1.0357
2010	7752.88	3.0	1.070	4.40	1.081
2011	7985.46	3.0	1.102	3.82	1.122
2012	8304.88	4.0	1.146	3.57	1.162
2013	8620.46	3.8	1.189	3.97	1.208
2014	8913.46	3.4	1.230	4.08	1.258

Fuente: Tabuladores de salarios del IMSS⁵⁸; Índice Nacional de precios del consumidor (IPC) anuales del Banco de México⁵⁹

Otro aspecto a tener en cuenta es que los trabajadores sindicalizados del IMSS tienen derecho a una serie de prestaciones que varían de acuerdo al puesto y antigüedad, por esta razón no se tomaron como referencia para observar los cambios. Sin embargo, se resalta que cada año también se pacta el aumento en las prestaciones y que del 2008 a 2014, el aumento vario entre 2.5% a 1%. Las prestaciones mensuales son superiores al salario base por lo que los ingresos netos mensuales, salarios más prestaciones, llegan a ser dos veces o más el salario base para los trabajadores sindicalizados (ver cuadro 14).

Esto en relación a la población de estudio, al ser la mayoría sindicalizada, se observa que la mayoría tiene unos ingresos favorables. Pese a que el incremento del salario base usualmente no superó el IPC esto podría estar compensado por el aumento en sus prestaciones.

Cuadro 14. Sueldo más prestaciones mensuales de los puestos de médico(a) familiar y enfermera(o) general con antigüedad de 4 años, 2009

Médico familiar		Enfermera general	
Sueldo y prestaciones	Valor	Sueldo y prestaciones	Valor
Sueldo	7,527.06	Sueldo	7,244.52
Ayuda de renta Cláusula 63 Bis inciso b)	3,025.88	Ayuda de renta cláusula 63 Bis inciso b)	2,752.92
Sobresueldo Cláusula 86	2,110.59	Sobresueldo cláusula 86	1,999.49
Ayuda de renta Cláusula 63 Bis inciso a)	450	Ayuda de renta cláusula 63 Bis inciso a)	450
Ayuda de renta Cláusula 63 Bis inciso c)	0	Ayuda de renta cláusula 63 Bis inciso c)	0
Estímulos por asistencia	2,880.95	Estímulos por asistencia	2,729.30
Estímulos por puntualidad	1,920.64	Estímulos por puntualidad	1,819.53
Bonificación seguro médico	24	Bonificación seguro médico	20
Ayuda de despensa	400	Ayuda de despensa	400
Atención integral continua	1,741.24	Atención integral continua	1,649.58
Ayuda para libros médicos	2,110.59	Ayuda para libros médicos	1,999.49
Total	22,190.95	Total	21,064.83

Fuente: Informe de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

Gestión de la fuerza de trabajo

Organización

Como ya se dijo la mayoría del personal, tanto de medicina como de enfermería es sindicalizado. En la entrevista se indagó sobre el sindicato en los aspectos de percepción de este, sus logros, participación y beneficios.

En cuanto a la percepción del sindicato médicos y enfermeras refirieron que el sindicato es muy importante para defender los derechos de los trabajadores y gracias a este el Contrato Colectivo de Trabajo no ha sufrido grandes cambios. Sin embargo, entre quienes tienen una percepción negativa, consideran que antes su gestión era mejor pero que actualmente ya no lo es porque hay divisiones en su interior y por problemas de corrupción.

Entre los logros del sindicato mencionan que el principal ha sido el contrato colectivo de trabajo y su defensa. Entre los logros recientes, una médica refirió que el programa llamado plan piloto ha sido bueno, ya que este programa está orientado a disminuir los ausentismos laborales y consiste en que un trabajador puede solicitar a otro compañero que cubra su turno si no puede ir a trabajar.

Otro de los aspectos indagados fue la gestión del sindicato en relación a las inconformidades de los trabajadores. Una médica refirió que ella ha expresado al sindicato su inconformidad por la presión que siente para cumplir las metas de atención a pacientes, no obstante, la respuesta del sindicato ha sido que trate de darse el tiempo necesario para hacer pausas en su trabajo. Por otro lado, ante la misma inconformidad de los médicos(as), la jefe de consulta de medicina familiar, refirió que la actitud de los miembros del sindicato ha sido comprensiva y ha aceptado que deben trabajar bajo esas condiciones.

...“porque los del sindicato, por más que les digamos, no nos hacen caso, nos dicen que nosotros hagamos las cosas, o sea, lo poco que yo digo, yo voy y les digo saben qué, no tengo tiempo para lunch, pos dátelo doctora, date tu tiempo, entonces, oye doctor, pero me están exigiendo eso, pos qué quieres que yo haga, pues lo tienes que hacer ¿aja?, no tengo tiempo para esto, ya me tarde, pues apúrate”

Testimonio de una médica de consulta familiar

“Pues ellos ante cualquier cosa luego dicen pues me voy al sindicato (...) y el sindicato los apoya claro que sí, pero creo que las autoridades del sindicato en este periodo han estado más comprensibles también del lado de nosotros ¿no? porque ellos también están en la idea de que tenemos que trabajar así, tenemos que trabajar y además trabajar bien”

Testimonio de la jefe de consulta familiar

En relación al rol que desempeñan dentro del sindicato, el personal médico refirió que su papel es recibir los beneficios, aportar con cuotas monetarias, mantener una actitud crítica, apoyar las decisiones y mantenerse informado de lo que se resuelva.

Dos médicos refirieron que en general la participación por parte de los médicos en las reuniones del sindicato es escasa. El personal de enfermería refirió que su participación consiste en elegir a los delegados sindicales y conocer sus derechos y obligaciones. Dos auxiliares consideran que la participación del personal de enfermería es activa porque la mayoría vota en las elecciones de delegados.

En cuanto a los beneficios, en general médicos y enfermeras, consideran que estos son recibir apoyo cuando tienen conflictos laborales y todos los derechos que como sindicalizados se contemplan en el contrato colectivo.

Conflictos laborales

Se exploraron los conflictos laborales en la unidad y aquellos que afectaron al grueso de los trabajadores recientemente.

Tanto médicos como enfermeras refirieron que cuando se presenta un conflicto laboral, generalmente derivado de la atención a los pacientes, median los jefes inmediatos y el sindicato. Una enfermera refirió que en este grupo la mayoría no llega a nivel jurídico mientras que en el grupo de médicos con frecuencia llegan a ese nivel.

En cuanto a conflictos laborales que han afectado al grueso de los trabajadores del IMSS, los médicos y enfermeras con más antigüedad en la unidad refirieron un conato de huelga que hubo hace quince años. El motivo fue las reformas de la Ley del Seguro Social del 2004. Los trabajadores entrevistados refirieron que la mayoría de los trabajadores participaron. Un médico refirió que actualmente, ha disminuido la participación del personal médico por temor a represarías y a la apatía que hay en los médicos del Estado de Morelos.

Dominio individual

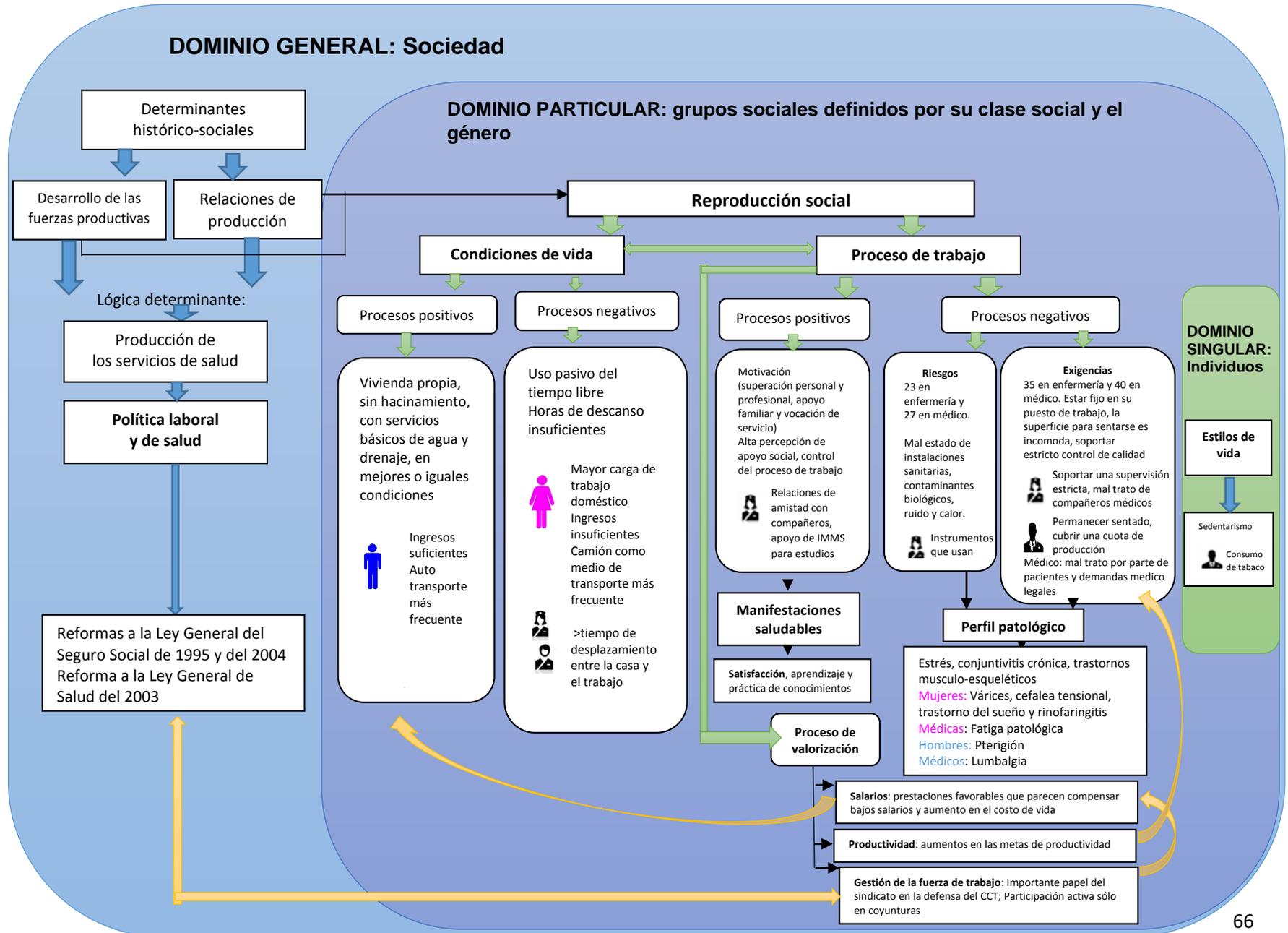
Aunque no se profundizó en los procesos determinantes de este nivel, los instrumentos usados permitieron explorar dos aspectos del estilo de vida: el consumo de tabaco y el ejercicio. En relación al consumo de tabaco, se encontró

una prevalencia de consumo durante toda la vida, de 27.8% entre el personal médico y del 17.1% en enfermería. La prevalencia de consumo en los últimos 30 días, en el personal médico fue de 11.4% y en enfermería del 8.8%. Por sexo, la prevalencia de consumo durante toda la vida fue del 42.1% en hombres y del 19.2% en mujeres.

En relación a la actividad física, el 58.3% del personal médico, el 45.7% de enfermería, el 57.9% de los hombres y el 50% de las mujeres, refirieron no realizar actividad física tres o más veces por semana, mientras que el 41.7% del personal médico, el 54.3% del personal de enfermería, el 50% de las mujeres y el 42.1% de los hombres, refirieron realizar actividad física. No se encontraron diferencias significas por grupos de personal en las proporciones de quienes no realizan actividad física.

Finalmente, en la figura 4 se describen los procesos negativos y positivos más importantes, que determinan el proceso salud-enfermedad de la población de estudio, en los tres dominios explorados.

Figura 4. Principales procesos negativos y positivos de la determinación social de la salud de los trabajadores de la unidad



Fuente: Elaboración propia, 2015

Discusión

El modelo de determinación social permitió identificar procesos positivos y negativos que moldean el proceso salud-enfermedad de los trabajadores de la unidad de medicina familiar del IMSS. Los de mayor influencia fueron las reformas a la ley del seguro social en el dominio general; el género, la clase social y la gestión de la fuerza de trabajo a nivel particular.

Las reformas que ha sufrido el IMSS, así como las que han sufrido otros grupos de trabajadores en México, se pueden atribuir a las políticas de carácter neoliberal que se han implementado en América Latina por la influencia de organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, y que han sido consagradas en acuerdos como el Consenso de Washington⁶⁰. Estas reformas tuvieron un impacto negativo en las condiciones de trabajo, al aumentar los años de jubilación por años de servicio y fijar un límite de edad, aumentar la carga de trabajo, hacer más estricto el control de calidad y la supervisión de las actividades que desempeñan. Esto ha significado cambios en la organización y división del trabajo y en la seguridad social de los trabajadores.

No obstante, este impacto ha sido mediado por la gestión del sindicato de trabajadores, el cual agrupa a más del ochenta por ciento del total de los trabajadores. Pese a que estas reformas modificaron el Contrato Colectivo de Trabajo, este no ha sufrido mayores cambios. El sindicato de trabajadores del IMSS ha resistido a los procesos de reforma en un contexto en el que en México, como en otros países de la región de América Latina, los sindicatos han perdido su poder⁶¹.

Otro aspecto en el que se ha hecho notable la gestión del sindicato, es en el proceso de valorización, en el comportamiento de los salarios y las prestaciones, pues parece que la negociación en las prestaciones han logrado compensar el incremento en el costo de vida y favorecido sus condiciones de vida. Sin embargo, el sindicato no ha podido mediar en la misma forma en lo relacionado con la productividad que se exige a los trabajadores.

Aunque en el análisis de la salud de los trabajadores, estos procesos generales aparezcan como un gran salto yendo de lo general a lo particular, la realidad es que las condiciones de trabajo en la cotidianidad, están determinadas por procesos del dominio general -sociedad/Estado-, y facilita la comprensión del carácter social que tiene la relación del proceso de trabajo con la salud.

Esta relación del proceso de trabajo con la salud abordado en varios estudios, se encontró dentro de los aspectos positivos, una alta motivación para hacer el trabajo, alta percepción de control sobre el proceso de trabajo y altos niveles de apoyo social. Además de estos, en el personal de enfermería se identificó las buenas relaciones y de amistad con compañeros, y el apoyo que el IMSS les brinda para continuar con sus estudios. Estos hallazgos son similares a los encontrados en el estudio de Puig (2010), realizado con personal médico, de enfermería y asistentes médicos, en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en el Distrito Federal, donde el control del proceso de trabajo y el apoyo social, fueron reportados por más del sesenta por ciento del personal⁶².

Dentro de las manifestaciones saludables referidas están la satisfacción, el aprendizaje y la práctica de conocimientos, se resaltan los altos niveles de satisfacción, lo cual es importante propiciar ya que se ha evidenciado su relación con la calidad de la atención en los servicios de salud y que además favorece la organización del trabajo y la calidad de vida de los trabajadores⁶³.

Entre los riesgos referidos por ambos grupos coinciden con los principales riesgos percibidos por personal médico y de enfermería en el estudio realizado por OPS en el 2012³, donde los contaminantes biológicos, el ruido, el calor y la ventilación fueron referidos. Por otro lado, el mal estado de las instalaciones sanitarias y la falta de orden y limpieza, se ubicarían como riesgos particulares de la unidad y que también fueron observados durante el trabajo de campo.

En relación a las exigencias, para la población de estudio las más frecuentes son estar fijo en su puesto de trabajo, tener que sentarse en una superficie incómoda y soportar un estricto control de calidad. De manera particular los hombres médicos

son más afectados por las exigencias tener que permanecer sentado por más de dos horas y tener que cubrir una cuota de producción, mientras que la mayoría del personal de enfermería, debe soportar una supervisión estricta. Esto se explica porque el personal médico, para brindar consulta permanece el mayor tiempo sentado, y con respecto el personal de enfermería, usualmente se ha ubicado en una jerarquía inferior al personal médico.

Estas exigencias son semejantes a las halladas en el estudio de OPS, en el que las exigencias, etiquetadas como riesgos psicosociales y riesgos mecánicos, (diseño ergonómico inadecuado, intensidad del trabajo en los tiempos asignados y exceso de control) se ubicaron entre las principales afectaciones³.

Los padecimientos que aquejan a la mayoría de la población de estudio fueron el estrés, la conjuntivitis crónica y los trastornos musculoesqueléticos. El perfil patológico es similar al hallado en el estudio de Juárez⁶⁴, en el cual se encontraron el estrés, la ansiedad, la depresión, los trastornos musculoesqueléticos, lumbalgia, cefalea tensional, trastornos del sueño y la fatiga patológica.

Al igual que en otros estudios las patologías oculares, -en este la conjuntivitis- se han reportado entre las más frecuentes en trabajadores del sector salud². La presencia de este padecimiento puede deberse a que el centro de trabajo se ubica en un área de clima cálido y la conjuntivitis así como el pterigión y la pingüecula, son más frecuentes en ese tipo de clima. Además, el uso del computador por tiempos prolongados, como es el caso de los trabajadores de la población de estudio, pero que no se indagó a través del cuestionario, se asocia con el síndrome de ojo seco el cual a largo plazo puede causar alteraciones en la conjuntiva.

La mayor presencia de padecimientos en el grupo de mujeres (varices, cefalea tensional, rinofaringitis crónica, la fatiga patológica más frecuente en médicas, los trastornos del sueño que afectan más a las enfermeras), es similar a lo reportado por Juárez⁶⁴, donde los trastornos del sueño, la fatiga patológica y la cefalea tensional se ubicaron dentro de los padecimientos más frecuentes entre las mujeres. En estudios, con trabajadoras de otros sectores, también refieren que

padecimientos como varices y cefalea tensional, afectan significativamente más a las mujeres que a los hombres⁶⁸. No obstante, la mayor prevalencia de este tipo de padecimientos en las mujeres, posiblemente explicado por aspectos biológicos-hormonales⁶⁵.

La mayor presencia de padecimientos en las mujeres podría estar relacionada con la mayor carga de trabajo doméstico y a que la mayoría, 71.2%, presenta un uso pasivo del tiempo libre, el cual es necesario para reponerse del gaste físico y mental generado por el trabajo doméstico no remunerado y su trabajo asalariado. En otros estudios, reportan, la menor disponibilidad de tiempo libre y descanso en la mayoría del personal de salud, médico⁶⁶ y de enfermería⁶⁷. El mayor ausentismo laboral en las mujeres que podría estar relacionado con la mayor cantidad de padecimientos en ellas que en los hombres.

Cabe mencionar que los padecimientos hallados son los supuestos a partir de los síntomas que los trabajadores refirieron, y como se puso en evidencia, el estereotipo de masculinidad en los hombres ha llevado a que estos no reconozcan sus debilidades y que hagan menor uso de los servicios de salud; por lo que se requieren estudios más completos para explicar las diferencias en el perfil patológico de hombres y mujeres⁶⁸. Esto también aplicaría para las condiciones de vida, pues las condiciones más favorables en ellos podrían estar influidas por el estereotipo de masculinidad, los hombres tienden a mostrar apariencia de suficiencia.

Por otro lado, otros procesos negativos y que afectan de manera diferente a los trabajadores, es la menor posibilidad para ascender a cargos administrativos entre las mujeres. Esto se explicaría por lo denominado “techo de cristal”, el cual se refiere en que las mujeres tienen una estructura invisible que dificulta el ascenso profesional por estereotipos de género (el liderazgo atribuido más a los hombres que a las mujeres y el temor de las mujeres a ocupar puestos de alta responsabilidad), la asignación de las tareas domésticas como un deber de las mujeres (horarios incompatibles con el tiempo dedicado a las tareas domésticas), aspectos de la organización del trabajo (mayor exigencia a las mujeres que a los

hombres que ocupan el mismo puesto), entre otros⁶⁹. Se requeriría hacer estudios específicos sobre el tema para profundizar en este aspecto y poder analizar las razones por las que se da esta situación en las trabajadoras del IMSS.

Otro elemento que puede estar mediado por el género, es lo referido por el personal de enfermería, el cual recibe un trato despectivo por parte del personal médico así como la no valoración de su criterio profesional. Su función está relacionada con las tareas de cuidado, esencia de la profesión de enfermería, y que es producto de la división sexual del trabajo, por lo que las tareas consideradas femeninas son menos valoradas que las masculinas, estas originalmente asignadas a hombres médicos en lo que respecta al sector salud⁷⁰.

Asimismo, en el personal médico se identificó el maltrato que reciben por parte de pacientes junto a estar expuestos a demandas legales. Este hallazgo es similar al reportado por Sánchez y Montoya⁴⁵, en su estudio realizado con médicos(as) especialistas del IMSS del D.F., donde también se reportó la inconformidad de este personal por el maltrato que reciben de los pacientes. En dicho estudio se reportó que la carga de trabajo, así como la insuficiencia de materiales de trabajo, estaría relacionada con que la mayor exposición a inconformidades por parte de pacientes y las consecuentes demandas legales.

En el análisis del proceso de valorización del trabajo, se observó la intensificación en los indicadores de productividad a costa del aumento en el número de asegurados del IMSS y a la no contratación de nuevo personal. En cuanto a la gestión de la fuerza de trabajo, como ya se dijo, pese al importante papel que ha tenido el sindicato de trabajadores en la defensa del Contrato Colectivo de Trabajo, se percibe una disminución de su gestión y esto se evidencia en que no ha mediado en lo concerniente a las metas de productividad exigidas. Si bien, los trabajadores participan en las problemáticas coyunturales que los afectan, no hay una participación activa y constante en los asuntos del sindicato por apatía y temor a represalias.

Con respecto a las condiciones de vida, se puede decir que están mayormente determinadas por la clase social, y por el género, siendo esta categoría la que parece influir de manera más importante sobre la relación del proceso de trabajo y salud, como se ha venido discutiendo.

Se podría decir que las condiciones de la población de estudio, en general, son favorables, si se acepta, como indican López y Blanco²⁶, que del conjunto de los elementos indagados en este ámbito, la vivienda es el referente material que mejor diferencia las condiciones de vida de los grupos sociales.

Esto estaría explicado por las prestaciones de vivienda a las que tienen derecho los trabajadores(as) sindicalizados (ayudas para pago de renta casa-habitación, préstamos para el fomento a la habitación, ayuda para gastos de escrituración, así como un fondo para vivienda), lo que ha permitido que la mayoría tenga vivienda propia y en condiciones adecuadas. La proporción de trabajadores con vivienda propia es mayor a la que se observa en la población general, en el Estado de Morelos⁷¹.

En los aspectos de trabajo doméstico, ingresos y transporte, es en donde se observaron diferencias significativas en las condiciones de vida entre hombres y mujeres, y por grupos de personal.

La mayor carga de trabajo doméstico en las mujeres, estaría explicada por la persistencia del rol que se les ha asignado socialmente en el espacio privado, el de la casa. Este hallazgo es similar al reportado por Juárez⁶⁴, y quien también utilizó la metodología del PROESSAT. En su estudio encontró que en todas las tareas domésticas, las mujeres tuvieron una mayor participación que los hombres.

Al igual que en otras poblaciones de trabajadores, sigue permeando el rol de género en la realización de tareas específicas como son las tareas de gestión: realizar arreglos de la casa, realizar trámites relacionados a la misma o la familia, así como hacer compras donde los hombres participan de manera más activa con respecto a la realización de las otras actividades domésticas. Las mujeres siguen realizando las actividades del cuidado de los hijos y el mantenimiento de la casa, lo que implica

una carga mayor de trabajo. Esto para algunas trabajadoras, les ha significado la postergación de sus aspiraciones profesionales y laborales, como ya ha sido explicado.

En relación a los ingresos, dado que un 61.5% de las mujeres (aún cuando algunas de ellas tienen estudios de licenciatura) ocupan puestos de enfermería para los que se requieren estudios de nivel técnico y remuneradas con salarios más bajos, explicaría la percepción de ingresos insuficientes por la mayoría de las mujeres. La no concordancia con el puesto de trabajo y el nivel de estudio, hablaría de que si bien los trabajadores refirieron que el ascenso de puesto se da por el mérito académico, en la práctica no es así para el personal de enfermería. En México, en las últimas décadas, se viene desarrollando un proceso de profesionalización de la carrera de enfermería a nivel superior, no obstante, se evidencia que aún el nivel de sus estudios no se corresponde con el puesto que ocupan⁷².

Sumando a lo anterior, la segregación que existe entre hombres y mujeres en la incorporación al mundo laboral han hecho que las mujeres, por las destrezas que socialmente se les atribuye, como son el cuidado y el sometimiento, ingresen a mandos medios o cargos con tareas relacionadas con el cuidado⁷³. Esto sucede en el sector salud donde al área de enfermería ingresan mayoritariamente mujeres. Al ingresar a estos puestos, con salarios más bajos, sus condiciones de vida se ven menos favorecidas.

Otro aspecto en donde también se evidencia la influencia del género, es en el hecho de que siendo los salarios iguales para médicos y médicas y que ambos se ubican en la misma clase social, las condiciones de ingresos y transporte son más favorables para los médicos que para las médicas. Además, los enfermeros reportaron estar en mejores condiciones que las enfermeras y las médicas, también en los aspectos del transporte e ingresos.

En cuanto al tipo de transporte, el uso del camión es más frecuente en las mujeres, lo que podría estar relacionado con el hecho de que en el ámbito doméstico se dan

una serie de negociaciones que generan que las mujeres destinen sus ingresos al hogar y la familia, y se privilegió a los hombres en el uso de bienes como el auto⁷⁴.

Es así como se evidencia que existe un diferencial en las condiciones de vida para la población de estudio, siendo más favorables para los médicos, seguidos por los enfermeros, las médicas, y por último las enfermeras.

Finalmente, un último aspecto que se desarrolla en el ámbito doméstico, son los accidentes en el hogar. La mayor prevalencia de estos en los hombres coincide con estudios realizados en la población en general, donde los más afectados por accidentes domésticos son los hombres⁷⁵, no obstante, la edad promedio de los hombres afectados del estudio, es de 39 años y para ese rango de edad, la prevalencia de accidentes es mayor en las mujeres y se relacionan con las actividades domésticas. Esto también fue observado en estudios con trabajadores de otros sectores⁷⁶. Dado que no se indagó a profundidad en este aspecto, se hace necesario caracterizar mejor los accidentes en el hogar para poder establecer la causa de estas diferencias.

Cuando hablamos del dominio particular del modelo de determinación social, en lo que tiene que ver con los estilos de vida se identificó una prevalencia de consumo de tabaco, en los últimos treinta días, inferior a la de la población en general en México⁷⁷. La mayor prevalencia de consumo en hombres y en el personal médico coincide con el hallazgo de Salmerón y colaboradores, en su estudio realizado con trabajadores del IMSS, en Morelos, donde también se encontró una mayor prevalencia de consumo en los hombres y en personal médico⁷⁷. En dicho estudio se consideró que el mayor consumo en ellos puede estar relacionado con la creencia de que el tabaco alivia el estrés generado por la actividad laboral que realizan.

El sedentarismo en la mayoría de la población de estudio se corresponde con la reportada en otros estudios, donde identificó inactividad física en la mayoría de los trabajadores de la salud^{78,79}.

Ambas prácticas, tabaquismo e inactividad física, representan factores de riesgos para enfermedades cardiovasculares, que sumados al estrés que padece la mayoría de la población de estudio, podrían ocasionales daños en su salud a largo plazo.

Conclusiones

La relación salud-trabajo es dinámica y compleja, no obstante, el enfoque de la medicina social permitió identificar algunos de los principales procesos que moldean los polos salud y enfermedad de los trabajadores. La perspectiva de análisis de la medicina social en el estudio de la salud de los trabajadores, plantea el reto de visibilizar los espacios de lo general, lo particular y lo individual, y su relación como un todo, para así diseñar acciones y estrategias que modifiquen los procesos críticos, que determinan las salud de los trabajadores.

Se identificaron procesos generales que impactan de manera negativa las condiciones de trabajo del personal del IMSS. Se evidenció la relevancia de los procesos de organización de los trabajadores para responder a los intentos de modificar lo que han ganado en sus derechos laborales y sindicales.

Uno de los principales hallazgos fue que el género es un determinante que matiza de manera significativa las afectaciones positivas y negativas generadas en los momentos constitutivos de la reproducción social, esto es muy relevante en el sector salud conformado mayoritariamente por mujeres. Persiste en las mujeres trabajadoras, la atribución de tareas del ámbito doméstico que les supone la denominada doble carga de trabajo y que se ha documentado pueden afectar su salud mental.

El reconocimiento de los trabajadores(as) como los principales agentes de cambio de su realidad, es de suma importancia para la salud pública, pues su papel sería acompañar y facilitar las acciones que estos definan para enfrentar los cambios en sus condiciones de trabajo.

Recomendaciones

A continuación se enumeran las recomendaciones que pueden contribuir a mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores de la unidad de medicina familiar.

Recomendaciones para los trabajadores

- Ante la importancia que ha tenido la gestión del sindicato de trabajadores(as) en la defensa de los derechos laborales, se recomienda mejorar la participación en este y demás espacios de negociación entre directivos y empleados(as). Desafortunadamente en la reforma del 2004, al consensar unas condiciones para unos y otras para otros, dividió la fuerza de trabajo, debilitando la organización y capacidad de negociación de los trabajadores(as). Es muy importante replantear el actuar de los trabajadores(as) en los siguientes periodos y la ventaja de actuar en bloque,
- Se insta a los trabajadores(as) a informarse sobre la reforma al sector salud que propone la “universalización” de los servicios de salud ¿qué cambios les traerá en sus condiciones laborales?, ¿se modificará de nuevo el régimen de jubilaciones y pensiones? Estos son aspectos de gran importancia en los que es necesaria la participación de todos los trabajadores(as) del sector salud y la ciudadanía.
- En relación a los principales riesgos físicos, biológicos y exigencias físicas que los afectan, se recomienda indagar y hacer cumplir los acuerdos sobre seguridad e higiene, y salud en el trabajo a los que tienen derecho y que se establecen en el contrato colectivo de trabajo.
- Siendo el estrés el daño a la salud que más los afecta, se recomienda realizar actividades de relajación y actividad física, -en la medida de lo posible-, ya que se ha evidenciado que estos que pueden ayudar a disminuir los niveles de estrés así como los trastornos musculoesqueléticos. Se debe considerar la posibilidad de gestionar un espacio para realizar este tipo de actividades en la unidad.
- Se recomienda evitar las posiciones forzadas y posturas por tiempo prolongados, realizando pausas de al menos 5 minutos por cada hora de trabajo.

Recomendaciones para los directivos

- Directivos del IMSS y asistenciales, hacen parte de una misma comunidad de trabajadores que sufren de maneras distintas las exigencias del trabajo. Se recomienda realizar acciones en conciliación con todo el personal, para resolver las situaciones que están afectando la organización del trabajo y generando la mayor carga de trabajo.
- Se recomienda, en lo posible, mejoras en las instalaciones, así como la limpieza y orden de los lugares de trabajo. Con medidas factibles y de bajo costo, en búsqueda de un ambiente de trabajo más agradable para los trabajadores y derechohabientes que acuden a la unidad.
- Es importante mejorar el mobiliario y que se disponga de un área especial para el consumo de alimentos y descanso, esto para que los trabajadores(as) puedan realizar pausas durante la jornada de trabajo y alimentarse en espacios limpios y seguros.
- Dado que la intensidad del trabajo en los tiempos asignados es la principal causa de las exigencias de los trabajadores(as), y mientras esta no se modifique, se continuará generando un mayor desgaste físico y mental de los trabajadores, es importante considerar que a largo plazo esto puede generar mayores costos por incapacidades, costos médicos, así como mayores quejas en la atención por parte de los derechohabientes y deterioro en la calidad de la atención.
- La atención a pacientes, dada su complejidad al ser una interacción humana, nunca podrá ser equivalente a otros procesos de trabajo y por tanto no son aplicables estrategias de tipo fordista (gran cantidad y de una sola vez) para eficientar el proceso de atención. Son otro tipo de lógicas las que guían el trabajo en el sector salud por lo que es necesario replantear las medidas que se toman para mejorar la productividad.
- Es importante realizar una sensibilización entre los trabajadores y trabajadoras sobre cómo el género permea las relaciones entre compañeros de trabajo y fomentar mejores lazos de comunicación y empatía.

- Se recomienda realizar estudios con perspectiva de género para evidenciar las afectaciones negativas del proceso de trabajo y de las condiciones de vida que deterioran la salud de los trabajadores y trabajadoras.
- Los altos niveles de satisfacción laboral que reportaron los trabajadores es un área de oportunidad para potenciar los beneficios que genera en su salud y en el trabajo mismo, si se atienden y resuelven sus inconformidades se mejora también la calidad de la atención.

Referencias

¹ Garduño M A. Masculinidad, salud y trabajo. Segunda época 2007;1: 33-42

² Spinelli H, Trotta A, Guevel C, et al. La salud de los trabajadores. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2013.

³ Organización Panamericana de la Salud. Salud y Seguridad de los Trabajadores de la Salud: Manual para Gerentes y Administradores. Washington: OPS, 2005.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Estudio Comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington: OPS, 2012. [Consultado en Noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/condicionestrabajo/es/>

⁵ Secretaria de Trabajo y Previsión social. Información sobre accidentes y enfermedades en el trabajo 2004-2013. [Consultado Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/estadisticas/Nacional%202004-2013.pdf>

⁶ Noriega M, Franco J, Martínez S, Cruz A, Montoya A. Capítulo 2: La realidad de la salud en el trabajo en México. En: Chapela M, Mosqueda A. De la clínica a lo social: luces y sombras a 35 años. México D.F.: UAM-X, 2009. [Consultado Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.proverifica.com/documentos/realidadsaludtrabajo.pdf>

⁷ García-Juárez A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. Salud pública Méx 2009; 49(2):109-117.

⁸ Pereda-Torales L, Márquez F, Hoyos M, Yáñez Zamora M. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 2009; 32:399-404.

⁹ Beltrán C, González Baltazar R, Pando Moreno M, Hidalgo Santacruz G. Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). *Salud Uninorte* 2013; 29(3):487-500.

¹⁰ Ramírez de la Roche O, Hamui Sutton A, Reynaga Obregón J, Varela Ruiz M, Ponce de León M, Villanueva A, Valverde Luna I. Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles Educativos* 2012; 34 (138): 92-107.

¹¹ Beltrán C. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev. Costarricense de Salud Pública* 2006; 15(29):1-7.

¹² Patlán J. Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales* 2013; 29:445-455.

¹³ Acosta M, Torres T, Díaz D, Aguilera M, Pozos B. Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2013; 31:181-191.

¹⁴ González E, Pérez Saucedo E. Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología* 2012; 16(27):8-22.

¹⁵ González E, Pérez Saucedo E. Factores de Riesgo Laboral y la Salud Mental en Trabajadores de la Salud. *Psicología Iberoamericana* 2011; 19 (2): 67-77.

¹⁶ Noriega M, Gutiérrez G, Méndez I, Pulido M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5):1361-1372.

¹⁷ Marín M, Pico M. *Fundamentos de Salud Ocupacional*. Manizales: Universidad de Caldas, 2004.

¹⁸ Martínez S. La Investigación participativa como práctica social y su aportación al mundo laboral a través del modelo obrero. *Salud de los trabajadores* 2007; 15(2):107-117.

¹⁹ Laurell A C, Noriega M. *La salud en la fábrica: Estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México D.F.: Ediciones Era, 1989.

²⁰ Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saude Públ* 1992; 8(3):254-261.

²¹ Cabrera A, Camacho I, Cortés N, Eibenschutz C, González R, Ortiz L, Reza J, Tamez S. Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social

latinoamericana. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R. (Comp.) ¿Determinación Social o Determinantes Sociales de la Salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana 2011;25-42.

²² Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(s1):13-27

²³ Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

²⁴ Moreno N. La visión socialista de la sociedad. México D.F: Ediciones ¡Unos!, 1997.

²⁵ Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía Pedagógica para un taller de Metodología (Epidemiología del Trabajo). Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), 1994.

²⁶ Blanco J, López O. Calidad de vida, salud y territorio. Un campo temático en (re)construcción. En: Jarillo E, Ginsberg E, coords. Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos. Argentina: Lugar Editorial, 2006:103-125.

²⁷ Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Informe de un grupo de trabajo de la sociedad española de epidemiología. Barcelona: SG Editores, 1995.

²⁸ Chilet-Rosell E, Álvarez-Dardet C, Domingo-Salvany A. Utilización de las propuestas españolas de medición de la clase social en salud. Gac Sanit 2012; 26(6):566-569

²⁹ Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. España: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.

³⁰ Breilh J. Epidemiología: Economía, Política y Salud. Quito: Corporación Editora Nacional, 2010.

³¹ Betancourt O. La Salud y el Trabajo. Quito: CEAS/OPS, 1995.

³² García JC. La categoría trabajo en Medicina. Cuadernos Medico Sociales 1983; 23:5-18.

³³ Minayo Gómez C. Historicidad del concepto de “salud del trabajador” en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil. Salud Colectiva 2012; 8(2):221-227.

³⁴ Marx K. El capital: crítica de la economía política. Madrid: Alianza, 2010.

³⁵ Noriega M. Problemas teórico metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo. Salud problema 1989; 17:9-13.

³⁶ Betancourt O. Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo. Prevención es Desarrollo 2007;1:3-16

-
- ³⁷ Menéndez, E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva* 2005; 1(1):9-32.
- ³⁸ Menéndez E. Trabajo y significación subjetiva, continuidad cultural, determinación económica y negatividad. En: Novelo V. *Historia y Cultura Obrera*. México D.F.: CIESAS, 1999.
- ³⁹ Borges Romero A. Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. Ponencia presentada en el marco de las III Jornadas Científicas de Enfermería "Txas Marina Reyes Álvarez". Del 12 al 15 de Mayo, 1998.
- ⁴⁰ Noriega M, Franco J, Martínez S, Villegas J, Alvear G, López J. Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2005.
- ⁴¹ Dion Michell. Understanding Social Policy-Making: The Origins of Mexican Social Security Policy. Meeting of the Latin American Studies Association, Miami, March 16-18, 2000.
- ⁴² Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de Labores 2013-2014. Programa de actividades 2014. México: IMSS, 2014. [Consultado en Junio de 2015]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2014/2014_informe_labores_actividades.pdf
- ⁴³ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de Prestaciones Personales 2015. [Consultado en Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/listDependencia.php?idEst=215&poder=ejecutivo&liberado=si>
- ⁴⁴ Pavón León Luis Miguel, Méndez Montero Arturo. La crisis del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med UV* 2011; 11(2):38-52.
- ⁴⁵ Sánchez S, Montoya G. Reflexiones en torno a las condiciones laborales de médica y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. *El cotidiano* 2003; 122:106-115.
- ⁴⁶ Moreno Salazar P. La política de seguridad social en México. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social 1940-2006. México: Plaza y Valdés, 2014.
- ⁴⁷ Uribe Gómez M, Abrantes Pego R. Las reformas a la protección social en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos* 2013;42:135-162.
- ⁴⁸ Aguilar García J. La Seguridad Social y las reformas a los sistemas de pensiones en México. *Estudios Políticos* 2006;8:133-170.
- ⁴⁹ Miranda Gonzales S, Salgado Vega M. La Nueva Ley Federal del Trabajo formaliza la flexibilización laboral. *Rev. Trimestral de Análisis de Coyuntura Económica* 2013;6(2):17-20.

⁵⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de Labores 2009-2010. Programa de actividades 2010. México: IMSS, 2010. [Consultado en Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2010/2010-InformeLabores-2009-2010-Actividades.pdf>

⁵¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de Labores 2010-2011. Programa de actividades 2011. México: IMSS, 2011. [Consultado en Junio de 2015]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2011/2011_InformeLabores2010-2011.pdf

⁵² Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de Labores 2012-2013. Programa de actividades 2013. México: IMSS, 2013. [Consultado en Junio de 2015]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2013/2013_InformeLabores2012-2013.pdf

⁵³ Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Contrato Colectivo de Trabajadores del Seguro Social 2013-2015. México: SNTSS/IMSS, 2013. [Consultado Julio de 2015]. Disponible en: http://www.sntss.org.mx/phocadownload/Convocatorias/contrato_colectivo_de_trabajo_2013_2015.pdf

⁵⁴ Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones. México: INEGI, 2011.

⁵⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2013. México: Dirección de Prestaciones Médicas. [Consultado Junio de 2015]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normativInst/MMIM_2013.pdf

⁵⁶ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. [Consultado Julio de 2015]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html

⁵⁷ Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. [Consultado Julio de 2015]. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/>

⁵⁸ Secretaría de Gobernación, Unidad de Asuntos Jurídicos. Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Unidad General de Asuntos Jurídicos, 2012. [Consultado Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/listDependencia.php?idEst=215&poder=ejecutivo&liberado=si>

⁵⁹ Banco de México. Inflación. México: Banco de México. [Consultado Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/portal-inflacion/index.html>

-
- ⁶⁰ Martínez Rangel R, Soto Reyes E. El consenso de Washington: la instauración de las políticas en América Latina. *Política y Cultura* 2012;37-64.
- ⁶¹ Bensusán G. El impacto de la reestructuración neoliberal: comparación de las estrategias sindicales en Argentina, Brasil, México, Canadá y Estados Unidos. Florida: LASA, 2000.
- ⁶² Puig Flores P. Trastornos musculoesqueléticos, mentales y psicosomáticos en trabajadores de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.: UAM-X, 2010.
- ⁶³ Rodríguez F J, Blanco Ramos M A, Pérez S I, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burn out en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(8):442-447.
- ⁶⁴ Juárez Serrano Y. La salud de un grupo de trabajadores sanitarios en relación con su entorno laboral y extralaboral. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, 2012.
- ⁶⁵ Espinóla CF, Bernaur M, Aucejo M, Villalba JC. Prevalencia de várices en miembros inferiores en el personal del Hospital de Clínicas. *Rev. Chilena de Cirugía* 2007;59(5):342-347
- ⁶⁶ Rohfls I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea, 2007.
- ⁶⁷ Encizo Huerta V. Trabajo femenino y tiempo libre. *La ventana*.1999; 9:45-62.
- ⁶⁸ Artazcoz Lazcano L., Borrell Thió C. Género y Salud. En: Nerín de la puerta L, Jané Checo M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco: abordaje con perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la prevención del tabaquismo/Ministerio de Sanidad y Consumo,2007: 9-22.
- ⁶⁹ Burin M. Género Femenino, familiar y carrera laboral: Conflictos vigentes. *Subjetividad y procesos cognitivos* 2004;5:48-77.
- ⁷⁰ Vicente C, Acuña Delgado A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología experimental* 2009; 9:119-136.
- ⁷¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados del censo de población y vivienda 2010. Morelos. México: INEGI. [Consultado Julio de 2015]. Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/mor/17_principales_resultados_cpv2010-2.pdf
- ⁷² Rubio S. Profesionalización de la enfermería en Médico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2010; 18(1):4-6.

⁷³ Garduño Andrade M. La relación salud, género y trabajo: aproximándose a la discusión. En: Jarillo S, Guinsberg E (editores). Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007:189-215.

⁷⁴ León M. La propiedad como bisagra para la justicia de género. Brasilia: CEPAL, 2010.

⁷⁵ Mateos Baruque M, Vián González E, Gil Costa M, Lozano Alonso J, Santamaría Rodrigo E, Herrero Cembellín B. Incidencia, características epidemiológicas y tipos de accidentes domésticos y de ocio. Aten Primaria 2012; 44(5): 250-257.

⁷⁶ Cruz AC, Noriega M, Garduño A. Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Diferencias cualitativas y cuantitativas entre hombres y mujeres. Cad. Saúde Pública 2003;19(4):1129-1138.

⁷⁷ Salmerón Castro J, Arilló Sanillán E, Campuzano Rincón J C, López Artuñano F J, Lazcano Ponce E. Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. Salud pública de México 2002; 44: s67-s75.

⁷⁸ Aguilar Shea AL, Vera García Mv, Outomuro Cadavid A, Cabrera Vélez R, Martín Díaz M, Bernardo Fernández T. La salud de los médicos de familia: ¿practicamos lo que predicamos? Aten Primaria 2011;43(6):305-311.

⁷⁹ Sanabria Ferrand PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludables en profesionales de la salud Colombianos. Estudio exploratorio. Rev Fac Med 2007;15(2):207-217.

ANEXOS



**CUESTIONARIO INDIVIDUAL SOBRE CONDICIONES DE
VIDA, SALUD Y TRABAJO**

ANEXO 1

Número de
Cuestionario:

--	--	--

Día

| Mes

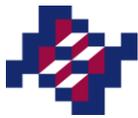
| Año

|

Por favor lea las siguientes instrucciones antes de contestar el cuestionario:

1. Este cuestionario trata sobre sus condiciones de vida, salud y trabajo y las consecuencias para su salud.
2. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines científicos.
3. Por favor conteste con veracidad cada pregunta pues permitirá conocer mejor las condiciones de salud y trabajo del personal de salud.
4. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia, ni de habilidades, NO evalúa conocimientos, por lo tanto no hay respuestas malas o buenas.
5. Si tiene alguna duda puede consultar al responsable de la investigación.

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN



I. DATOS GENERALES

1. Momento de aplicación:

1. Antes de la jornada	
2. Durante la jornada	
3. Después de la jornada	
4. En día de descanso	

2. ¿Cuál es su profesión?:

1. Auxiliar de enfermería	
2. Enfermera/o	
3. Médico/a	
4. Otro: ¿Cuál? _____	

3. Edad (en años cumplidos)

--	--

4. Sexo:

1. Hombre	
2. Mujer	

II. CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO DOMÉSTICO

1. Marque con una X cuál es el su nivel de escolaridad

1. Carrera técnica	
2. Cursando estudios de licenciatura	
3. Licenciatura completa	
4. Cursando posgrado	
5. Posgrado completo	

2. Marque con una X cuál es su estado civil actual

1. Soltero	
2. Casado	
3. Unión libre	
4. Divorciado	
5. Viudo	

3. ¿Tiene usted hijos?

(Si su respuesta es NO pase a la pregunta 6)

1. Si	
2. No	



4. ¿Cuántos hijos menores de 18 años (hijo u otros) viven con usted?

--	--

5. ¿Cuántos menores de 5 años (hijos u otros) viven con usted?

--	--

De la siguiente lista de actividades marque SI en aquellas tareas donde USTED es la persona que REGULARMENTE las lleva a cabo. Si las hace ocasionalmente o no las hace conteste NO.

Actividades	SI	NO	
6. Sacudir, barrer, trapear, hacer camas			6
7. Lavar y planchar la ropa			7
8. Preparar la comida			8
9. Lavar los trastes y limpiar la cocina			9
10. Hacer las compras			10
11. Coser, remendar, zurcir, tejer			11
12. Cuidar a los hijos: comida, tareas (si tiene hijos)			12
13. Realizar trámites relacionados con la casa y la familia			13
14. Realizar arreglos en la casa			14

Marque con una X para cada pregunta una sola opción:

	SI	NO	
15. ¿El salario que percibe le alcanza para cubrir sus gastos necesarios?			15
16. ¿Usted cuenta con otro trabajo para el sostenimiento de su hogar?			16
17. ¿Para el sostenimiento del hogar hay otras entradas económicas en su casa? (Si su respuesta es NO pase a la pregunta 19)			17

18. Marque con una X quién o quienes, además de usted, aportan dinero para el hogar (puede marcar más de un respuesta)

1. Pareja	
2. Hijos	
3. Otro familiar	
4. Toda la familiar	
5. Otro(especifique)	_____



19. Su vivienda es:

1. De su propiedad	
2. Alquilada o rentada	
3. Prestada	
4. Otra (especifique)	_____

20. Las condiciones actuales de su vivienda en relación a los últimos años son:

1. Mejores	
2. Iguales	
3. Peores	

21. ¿Su vivienda cuenta con agua intubada?

1. Si	
2. No	

22. ¿Su vivienda cuenta con drenaje?

1. Si	
2. No	

23. ¿Cuántas personas viven en la casa?

--	--

24. ¿Cuántos dormitorios tiene la casa?

--	--

25. ¿Cuál es el medio de transporte que usa con mayor frecuencia?

1. Camión, microbús o un transporte similar	
2. Taxi	
3. Auto o motocicleta particular	
4. Bicicleta	
5. Se transporta caminado	



26. ¿Cuánto tiempo tarda en transportarse de su casa al trabajo?

1. Menos de 30 minutos	
2. De 30 a 60 minutos	
3. Más de 60 minutos	

27. ¿Cuántas horas en promedio duerme en la noche?

--	--

Marque con una X una sola opción para cada pregunta:

	SI	NO	
28. ¿Estudia con regularidad (más de 5 horas, en promedio, a la semana)?			28
29. ¿Practica regularmente algún deporte o hace ejercicio (tres o más veces a la semana, en promedio)?			29
30. ¿Se junta frecuentemente con amigos?			30
31. ¿Sale a pasear frecuentemente con su pareja, sus hijos o algún familiar o amigo?			31
32. ¿Lee diariamente el periódico, revistas o libros?			32
33. ¿Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio?			33
34. ¿Ve la televisión la mayor parte del tiempo libre?			34

35. ¿Fuma cigarrillo actualmente? (Si su respuesta es SI pase a la pregunta 37)

1. Si	
2. No	

36. ¿Fumó cigarrillos en alguna época de su vida?

(Si su respuesta es NO pase a la pregunta 1 de Condiciones y valoración del trabajo)

1. Si	
2. No	

37. ¿Cuántos años ha fumado o fumó?

--	--

38. ¿En promedio cuántos cigarrillos fuma o fumó al día?

--	--



III. CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO

1. Área o departamento donde trabaja: _____

2. Puesto que ocupa actualmente:

1. JEFE DE MEDICINA FAMILIAR	
2. MEDICO/A FAMILIAR	
3. AUXILIAR DE ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA	
4. AUXILIAR DE ENFERMERIA GENERAL	
5. ENFERMERO/A GENERAL	
6. ENFERMERO/A ESPECIALISTA DE MF	
7. ENFERMERO/A JEFE DE PISO	
8. JEFE DE ENFERMERIA	
9. OTRO: ¿Cuál? _____	

3. Turno en que labora actualmente:

1. MATUTINO	
2. VESPERTINO	

4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando **en la unidad MF N° 20** (en años cumplidos)?

--	--

5. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando **en su puesto actual** (en años cumplidos)?

--	--



6. ¿Cuánto tiempo lleva desarrollando esta actividad en ésta y otros hospitales o unidades de servicios de salud?

--	--

7. El contrato que tiene en el hospital es:

1. Evento o temporal	
2. De base o de planta	
3. Por honorarios	

8. Usted es actualmente trabajador de:

1. Confianza	
2. Sindicalizado	

Marque con una X una sola opción en cada pregunta:

	SI	NO	
9. ¿Le gustaría que sus hijos trabajaran en lo mismo que usted?			9
10. ¿Le da satisfacción la realización de sus actividades?			10
11. ¿Está interesado en su trabajo?			11
12. ¿Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas?			12
13. ¿Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa?			13
14. ¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?			14
15. ¿Puede usted decidir sobre cómo realizar su trabajo?			15
16. ¿Puede fijar el ritmo de su trabajo?			16
17. ¿Sus compañeros son solidarios con usted y valoran su trabajo?			17
18. ¿Su trabajo es importante para sus jefes?			18

19. ¿Faltó al trabajo en los últimos 12 meses?

(Si su respuesta es NO pase a la sección IV Riesgos y exigencias laborales)

1. Si	
2. No	



20. ¿En cuántas ocasiones distintas faltó al trabajo en los últimos 12 meses (independientemente de cuántos días hayan sido en cada ocasión)?

--	--

21. ¿Cuántas de estas ocasiones fue por motivos de salud?

--	--

22. ¿Cuántos días del año en total faltó por motivos de salud?

--	--

IV. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES

A continuación conteste SI sólo cuando usted este excesiva o constantemente expuesto a alguna de las causas que se mencionan. Por ejemplo, si está expuesto a calor en cierto momento durante la jornada laboral, pero esto no es frecuente o no es muy fuerte deberá contestar NO, ya que interesa conocer si la exposición es constante o excesiva.

En su puesto de trabajo está expuesto de manera constante a:

	SI	NO	
1. Calor			1
2. Frio			2
3. Cambios bruscos de temperatura			3
4. Falta de ventilación			4
5. Humedad			5
6. Poca iluminación			6
7. Mucha iluminación (deslumbramiento)			7
8. Ruido			8
9. Vibraciones			9
10. Radiaciones al soldar			10
11. Rayos X			11
12. Otras radiaciones			12



En el lugar donde trabaja está usted constantemente en contacto con:

	SI	NO	
13. Contaminantes biológicos infecciosos (virus, bacterias, hongos)			13

En el lugar donde trabaja está usted constantemente en contacto con:

	SI	NO	
14. Polvos			16
15. Humos			17
16. Gases o vapores			18
17. Líquidos (disolvente o ácidos)			19

En su puesto de trabajo tiene condiciones muy peligrosas debido a (marque con una X una sola opción en cada pregunta):

	SI	NO	
18. Los pisos, techos, paredes, rampas o escaleras			20
19. Los instrumentos que utiliza para hacer su trabajo (agujas, bisturí, etc.)			22
20. Las instalaciones (eléctricas, neumáticas, o de gas, etc.)			23
21. La operación, mantenimiento o limpieza de las máquinas y equipos			24
22. La manipulación, transporte o almacenamiento de sustancias peligrosas			25
23. La falta de equipo y personal para la prevención, protección o combate contra incendios			28
24. La falta de orden o limpieza			29
25. La falta de equipo de protección personal o el deficiente estado o mantenimiento de esta			30



En su trabajo tiene condiciones insalubres o de falta de higiene en:

	SI	NO	
26. Las instalaciones sanitarias (baños, regaderas o vestidores)			31
27. En el comedor y los alimentos			32
28. El agua para beber			33

Su puesto de trabajo lo obliga a:

	SI	NO	
29. Una jornada laboral semanal mayor a 48 horas			34
30. Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones			35
31. Rotación de turnos			36
32. Trabajo nocturno			37

Su puesto de trabajo lo obliga a:

	SI	NO	
33. No poder desatender su tarea por más de 5 minutos			38
34. Mucha concentración para no accidentarse			39
35. Realizar una tarea muy minuciosa			40
36. Una trabajo repetitivo (Si contesto que No pase a la pregunta 39)			41
37. El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos cada medio minuto			42
38. El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos entre medio minuto y cinco minutos			43
39. Debe cubrir una cuota de producción			44

Su puesto de trabajo lo obliga a:

	SI	NO	
40. Soportar una supervisión estricta			46
41. Un estricto control de calidad			47



Su puesto de trabajo lo obliga a:

	SI	NO	
42. Estar sin comunicación con sus compañeros			48
43. Trabajar en un espacio reducido			49
44. Estar fijo en su lugar de trabajo			50
45. Realizar un trabajo aburrido			51
46. Ejecutar un trabajo peligroso			52
47. Realizar un trabajo denigrante			53
48. Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe			54
49. Realizar un trabajo que le puede ocasionar algún daño a su salud			55

Su puesto de trabajo lo obliga a:

	SI	NO	
50. Realizar esfuerzo físico muy pesado			56

Las siguientes preguntas se refieren a una actividad física constante. Sólo conteste que **SÍ**, si lo que se pregunta lo lleva a cabo por 2 o más horas seguidas durante la jornada.

Su puesto de trabajo lo obliga a realizar movimientos que requieren fuerza con alguna de las siguientes partes del cuerpo:

	SI	NO	
51. Hombros, brazos o manos			57
52. Espalda o cintura			58
53. Piernas			59

Su puesto de trabajo lo obliga a:

	SI	NO	
54. Levantar objetos desde el nivel del piso			60
55. Levantar objetos desde alturas que están entre rodillas y pecho			61
56. Levantar objetos a alturas por arriba de los hombros			62
57. Cargar, empujar o jalar objetos hasta de 5 kilos			63
58. Cargar, empujar o jalar objetos de 6 a 15 kilos			64
59. Cargar, empujar o jalar objetos de 16 a 30 kilos			65
60. Cargar, empujar o jalar objetos de más de 30 kilos			66



61. Su puesto de trabajo lo obliga a adoptar posiciones incómodas o forzadas:

1. Si	
2. No	

Las siguientes preguntas se refieren a las posiciones que usted debe adoptar para trabajar. **Sólo conteste Si, si lo que se pregunta lo lleva a cabo por 2 o más horas seguidas durante el día:**

	SI	NO	
62. ¿Realiza movimiento con los brazos por encima o por detrás de los hombros?			70
63. ¿Para realizar su trabajo usted requiere estar encorvado?			71
64. ¿El trabajo incluye movimientos repetitivos de las manos o tiene que abrir excesivamente los dedos o torcerlos?			72
65. ¿Realiza movimientos de rotación de la cintura?			73
66. ¿Al realizar su trabajo los hombros están tensos?			74
67. ¿Tiene que torcer o mantener tensa la o las muñecas para trabajar?			75
68. ¿Permanece de pie para trabajar?			81
69. ¿Para trabajar permanece sentado? (Si la respuesta es NO pase a la sección V Daños a la salud)			82
70. ¿La superficie donde se sienta es incómoda?			83
71. ¿Al estar sentado no es posible apoyar los pies en algún peldaño?			84

V. DAÑOS A LA SALUD

La mayoría de las preguntas que siguen (exceptuando las que se aclaran expresamente) se refieren a las molestias, enfermedades y accidentes que ha padecido usted DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, o sea, los últimos doce meses:

Enfermedades que ha padecido durante el último año	SÍ	NO
1. ¿Le zumban los oídos al terminar su jornada laboral?		
2. ¿Durante el último año ha notado o alguien le ha dicho que oye menos?		
3. ¿Tiene dificultad para oír a sus compañeros de trabajo a más de un metro de distancia aunque no haya mucho ruido?		



	SI	NO
4. ¿Con frecuencia ha tenido molestias a la luz normal durante varios días?		
5. ¿Con frecuencia se le irritan los ojos durante varios días?		
6. ¿Le han llorado los ojos o ha tenido comezón o ardor en varias ocasiones		
7. ¿Sin tener basura, frecuentemente ha tenido sensación de basura en los ojos en varias ocasiones?		
8. ¿Ha tenido lagañas constantes o supuración en los ojos?		
9. ¿Tiene carnosidades en los ojos?		
10. ¿Durante el último año tuvo anginas con fiebre alta más de dos veces?		
11. ¿Durante el último año ha tenido más de cuatro catarros?		
12. ¿Ha tenido escurrimiento o secreción de la nariz de mal olor y color verdoso?		
13. ¿Ha tenido congestión y/o dolor a los lados de la nariz o en la frente?		
14. ¿Estas molestias han durado más de 15 días?		
15. ¿Ha tenido tos en el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 18)		
16. ¿En este caso tosió con flema?		
17. ¿Usted ha tosido tres meses seguidos o más en el último año?		
18. ¿Se le reseca la piel frecuentemente?		
19. ¿Tiene ardor o comezón en la piel?		
20. ¿Le salen ampollas en alguna parte del cuerpo?		
21. ¿Tiene la piel con escamas en alguna parte del cuerpo?		
22. ¿Le han salido frecuentemente granos con agua o pus o ronchas?		
23. ¿Se le agrieta parte de la piel?		
24. ¿Ha sufrido algún accidente de trabajo durante el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 27)		
25. ¿Ha tenido más de un accidente de trabajo durante el último año?		
26. ¿Estuvo incapacitado a causa de él o los accidentes de trabajo?		
27. ¿Ha sufrido algún accidente en trayecto durante el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 30)		
28. ¿Ha tenido más de un accidente en trayecto durante el último año?		



	SI	NO	
29. ¿Estuvo incapacitado a causa de el o los accidentes en trayecto?			
30. ¿Ha sufrido algún accidente en el hogar durante el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 33)			
31. ¿Ha tenido más de un accidente en el hogar durante el último año?			
32. ¿Estuvo incapacitado a causa de el o los accidentes en el hogar?			
33. ¿Frecuentemente tiene dificultad para conciliar el sueño?			47
34. ¿Con frecuencia tiene sueño intranquilo?			48
35. ¿Se despierta pocas horas después de haberse dormido y ya no se puede volver a dormir?			49
36. ¿Ha tenido dolor de cabeza más de dos veces por mes? (si contestó que NO pase a la pregunta 42)			50
37. ¿El dolor de cabeza se presenta cuando está nervioso o irritable?			51
38. ¿El dolor de cabeza es tan fuerte que le impide trabajar?			52
39. ¿Está acompañado de náuseas o vómito, mareo o visión borrosa?			53
40. ¿Antes de que aparezca el dolor tiene que sensaciones que le avisan que va a aparecer?			54
41. ¿El dolor se presenta sólo en un lado de la cabeza?			55
42. ¿Se sofoca usted con pequeños esfuerzos?			56
43. ¿Tiene a menudo molestias en el corazón o en el pecho?			57
44. ¿A veces siente que se le quiere salir el corazón?			58
45. ¿Frecuentemente le es difícil respirar?			59
46. ¿Padece usted de palpitaciones frecuentes, sin ninguna razón aparente?			60
47. ¿Tiene mal apetito?			61
48. ¿Sufre constantemente de estreñimiento o diarrea?			62
49. ¿Muy a menudo siente usted el estómago revuelto?			63
50. ¿Padece frecuentemente de náuseas o vómito?			64
51. ¿Sufre de indigestión a menudo?			65
52. ¿Frecuentemente tiene dolores de estómago o enfermedades del mismo?			66



	SI	NO	
53. ¿Trabajan mal su estómago y su intestino?			67
54. ¿Cuándo acaba de comer, siente tan fuertes dolores de estómago que le hacer doblarse?			68
55. ¿Usualmente tienen dificultades en su digestión?			69
56. ¿Frecuentemente sufre de malestar porque se llena de gases?			70
57. ¿Le ha dicho algún médico que tiene úlcera en el estómago?			71

¿Ha padecido en el último año alguna lesión en alguna de las siguientes partes del cuerpo QUE LE DIFICULTE O IMPIDA TRABAJAR?

	SÍ	NO	
58. Cuello			72
59. Hombros, codos muñecas o manos			73
60. Espalda, cintura, caderas o asentaderas			74
61. Muslos, rodillas, tobillos o pies			75
62. ¿Ha tenido mucho dolor en la parte baja de la espalda?			76
63. ¿En caso afirmativo el dolor se corre a la pierna?			77
64. ¿Ha tenido várices en las piernas?			78
65. ¿Durante el último año ha tenido hemorroides o almorranas?			79

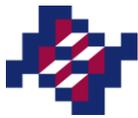
Durante el último año le ha DIAGNOSTICADO UN MÉDICO alguna de las siguientes enfermedades

	SI	NO	
66. Hipertensión arterial (presión alta)			80
67. Enfermedad coronaria (infarto, angina de pecho)			81
68. Neurosis			82
69. Asma			83
70. Hernia hiatal, umbilical o inguinal			84
71. Diabetes			85
72. Anemia u otra enfermedad de la sangre			86
73. Cistitis u otra enfermedad de los riñones			87
74. Cáncer de cualquier tipo			88
75. Tuberculosis			89



El siguiente bloque de preguntas contéstelas de acuerdo a lo que siente en este momento:

	SÍ	NO	
76. ¿Siente pesadez en la cabeza?			90
77. ¿Siente el cuerpo cansado?			91
78. ¿Tiene cansancio en las piernas?			92
79. ¿Tiene deseos de bostezar?			93
80. ¿Siente la cabeza aturdida, atontada?			94
81. ¿Está soñoliento (con sueño)?			95
82. ¿Siente la vista cansada?			96
83. ¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?			97
84. ¿Se siente poco firme e inseguro al estar de pie?			98
85. ¿Tiene deseos de acostarse?			99
86. ¿Siente dificultad para pensar?			100
87. ¿Está cansado de hablar?			101
88. ¿Está nervioso?			102
89. ¿Se siente incapaz de fijar la atención?			103
90. ¿Se siente incapaz de ponerle interés a las cosas?			104
91. ¿Se le olvidan fácilmente las cosas?			105
92. ¿Le falta confianza en sí mismo?			106
93. ¿Se siente ansioso?			107
94. ¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en una misma postura?			108
95. ¿Se le agotó la paciencia?			109
96. ¿Tiene dolor de cabeza?			110
97. ¿Siente los hombros entumecidos?			111
98. ¿Tiene dolor de espalda?			112
99. ¿Siente opresión al respirar?			113
100. ¿Tiene sed?			114
101. ¿Tiene la voz ronca?			115
102. ¿Se siente mareado?			116
103. ¿Le tiemblan los párpados?			117
104. ¿Tiene temblor en las piernas o los brazos?			118
105. ¿Se siente mal?			119



Por favor señale qué tanto se aplicaron a usted los siguientes reactivos durante la semana pasada.

	<i>no sucedió</i>	<i>Solo un poco</i>	<i>sucedió bastante</i>	<i>sucedió mucho</i>
1. Me costó mucho relajarme				
2. Me di cuenta de que tenía la boca seca				
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4. Se me hizo difícil respirar				
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7. Sentí que mis manos temblaban				
8. Sentí que tenía muchos nervios				
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10. Sentí que no tenía motivos para vivir				



	<i>no sucedió</i>	<i>Solo un poco</i>	<i>sucedió bastante</i>	<i>sucedió mucho</i>
11. Noté que me agitaba				
12. Se me hizo difícil relajarme				
13. Me sentí triste y deprimido				
14. No toleré nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo				
15. Sentí que estaba a punto del pánico				
16. No me pude entusiasmar por nada				
17. Sentí que valía muy poco como persona				
18. Sentí que estaba muy irritable				
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20. Tuve miedo sin razón				
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Objetivo: Conocer los significados del personal médico y de enfermería en relación a los aspectos de: salud, trabajo, satisfacción y autonomía en el trabajo, percepciones negativas y positivas del proceso de trabajo, cambios percibidos en torno a las condiciones de trabajo en los últimos años, organización y conflictos laborales.

Introducción

Buenas tardes mi nombre es Sandra Ibáñez, soy estudiante del INSP y el objetivo de realizarle esta entrevista es conocer sus percepciones entorno a la relación salud y trabajo.

Comenzaremos con preguntas generales, si usted no desea responder a alguna o algunas de ellas, las podemos omitir y continuar con la siguiente. En caso de que usted quiera ampliar alguna respuesta, siéntase con la libertad de hacerlo. Recuerde que en la entrevista no hay respuestas buenas o malas y tampoco será juzgado. La entrevista será grabada ¿está de acuerdo? Si es así en este lugar pondré la grabadora.

1. Perfil del trabajador

Primero hableme de usted

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuál es su estado civil?
- ¿En dónde nació?
- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Tiene hijos? ¿Cuántos y de qué edades?

2. Historia laboral

Ahora vamos a hablar sobre su vida laboral

- ¿A qué edad comenzó a trabajar?
- ¿Cuándo comenzó a trabajar en el área de la salud?
- Podría contarme sobre los diferentes trabajos que ha tenido
Ahora, sobre su trabajo actual

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en la unidad y en el IMSS?
- Podría contarme sobre su trayectoria laboral durante el tiempo que ha laborado en el IMSS ¿qué puestos ha ocupado? ¿ha cambiado de lugar de trabajo?

3. Significados, satisfacción y autonomía en el trabajo

- ¿Para usted qué representa el trabajo?
- ¿Qué tan importante es su trabajo en su vida y por qué?
- Podría contarme sobre su trabajo, en una jornada normal, ¿qué hace?
- En una escala del 1 al 10, que tan satisfecho se siente con su trabajo? ¿Por qué?
- ¿Qué cosas buenas le ha dado el trabajo?
- ¿Qué lo motiva en su trabajo?, ¿Qué no le agrada hacer?
- ¿En algún momento ha pensado en dejar su trabajo?, si lo ha hecho ¿qué se lo ha impedido?
- ¿Cómo cree que afecta el trabajo en su salud?
- ¿Usted tiene otro empleo?
- ¿Por qué mantiene los dos?
- Comparando los trabajos, ¿Qué beneficios tiene aquí? ¿Y qué beneficios tiene en el otro lugar?
- ¿Para usted que representa la autonomía en el trabajo?
- ¿Considera que es autónoma/o para hacer su trabajo? Por qué si o por qué no
- Goza de poder de decisión para asuntos relacionados con las actividades de su puesto? ¿Cómo cuáles?
- Ahora, hablemos del sistema de escalafón, cuénteme cómo funciona el sistema de asenso
- A propósito de esto, ¿usted cree que hay diferencias en las condiciones de trabajo para las mujeres y los hombres trabajadores del hospital?
- Y respecto a la profesión ¿hay diferencias?

4. Cambios percibidos en las condiciones de trabajo en los últimos años

- Desde la años noventa el IMSS ha pasado por una serie de reformas, como el cambio en régimen de pensiones, la subrogación de los servicios, y ha habido cambios en la estructura y organización. En el periodo anterior a estas reformas ¿cuáles eran las condiciones que tenían los trabajadores? Y ahora ¿cómo están?
- ¿Cómo siente esa diferencia?
- ¿Cree que todo el personal está en sus mismas condiciones?
- ¿Puede identificar cuáles son las causas que han originado esos cambios?

- ¿Qué acciones o cambios cree ayudarían a mejorar las condiciones de trabajo?

5. Organización

- ¿Cuál es su percepción sobre las asociaciones gremiales?
- ¿Pertenece a un comité, sindicato u organización de trabajadores?
- ¿Considera importante pertenecer a estas organizaciones? Por qué si o por qué no
- ¿Es un miembro activo, cuál es su función?
- ¿Cómo observa que es la participación en general de sus colegas médicos/enfermeras en el sindicato?
- ¿Cuáles cree usted que han sido los principales logros?
- ¿Qué beneficios trae pertenecer a esta organización?

6. Conflictos laborales

- ¿Cuándo se presenta algún conflicto entre personal de salud, cómo se solucionan?
- ¿Ha conocido algún caso de un compañero o compañeros que haya tenido algún tipo de problema? puede contarme esa experiencia.
- Y Ud. ¿ha tenido alguna experiencia?
- Hablando de conflictos laborales que hayan afectado al grueso de los trabajadores, recuerda alguno en particular en los últimos años
- ¿Cuál fue la participación de sus colegas médicos/enfermeras?
- En general, como observa la participación de sus colegas en estos conflictos
- ¿Por qué cree que participan o no?
- Antes de terminar desea añadir comentar algo más

Muchas gracias por su colaboración