



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

**Determinantes de satisfacción laboral en prestadores de servicios de salud
que atienden a pacientes con VIH/SIDA.**

Autora:

DIANA MARÍA RAMÍREZ FERNÁNDEZ

Generación 2011

**Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias en Salud Pública con
Área de Concentración en Sistemas de Salud**

Director de Tesis: Dr. César Infante Xibillé

Asesora de Tesis: Dra. Marta Caballero García

Cuernavaca, Mor., 08 de Julio de 2016

Dedicada a:

M.C. Juan José Luna Alcántara

In memoriam

Quien fue la primera persona en enseñarme el camino hacia el fascinante mundo
de la investigación.

Agradecimientos:

A mis padres: Felipe Ramírez Hernández y Gloria Fernández Navarro.

A mis hermanos: Georgina, Felipe, Cecilia, Alfonso, Lucero, Patricia y Adolfo.

A mis cuñadas, cuñado, sobrinas, sobrinos, y el resto de mi familia, que es muy grande y muy importante para mí.

A mi comité de tesis: Dr. César Infante Xibillé y Dra. Marta Caballero García, quienes me guiaron y nunca me abandonaron en esta aventura del doctorado.

A mis amigas y amigos, que me han acompañado en las buenas y en las malas de este proceso de formación.

A mis maestros, que con paciencia me dieron las bases necesarias para alcanzar las metas académicas fijadas.

ÍNDICE

	Página
Introducción	1
Artículo 1	3
Personal de salud que atiende a personas con VIH y SIDA: Factores que influyen en su satisfacción laboral.	
Artículo 2	30
La interacción entre prestadores de servicios y pacientes con VIH: Identidades, roles y derechos, y su relación con la satisfacción laboral.	
Conclusiones	59

Introducción

La satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud es un aspecto muy relevante para el adecuado funcionamiento de las instituciones públicas y privadas, por lo que se constituye en una cuestión importante dentro de los sistemas de salud. Abordar este tema es complicado debido a que se ha relacionado con la calidad de la atención, además de que incluye elementos de tipo subjetivo, y puede estar asociada a una amplia gama de factores que pueden determinar su ausencia o presencia.

El análisis de la satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud debe abarcar diferentes aspectos tanto sociales, culturales, económicos y organizacionales de las instituciones en donde laboran. Esto es importante a considerar, ya que los trabajadores provienen de contextos sociales y culturales diferentes, además de que tienen intereses y motivaciones personales diversas. De la misma manera, mientras que para ciertos individuos algunos factores pueden tener mayor importancia, es probable que para otras personas pertenecientes a la misma institución éstos no lo sean. Sin embargo, existe la posibilidad de que algunos factores del contexto y organización de la institución en donde se brinda la atención puedan tener una mayor influencia, y de esta manera determinar la satisfacción laboral. En otras palabras, las características del lugar donde se ubica el centro de atención o el tipo de población que se atiende, tienen el poder de ejercer algún efecto sobre la satisfacción de los prestadores de servicios de salud.

Es por ello que la satisfacción laboral debe explorarse también en relación con el tipo de padecimientos y las características de los usuarios de los servicios de salud. Esto es importante ya que consideramos que no es lo mismo trabajar en un centro de salud que atiende a población general, donde la prestación de servicios se limite a la atención primaria en salud, que laborar en lugares especializados donde se atienden a personas con problemas de salud mental, cáncer y a personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), por mencionar algunos padecimientos con una alta carga social.

La construcción social alrededor del SIDA ha provocado que las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se hayan convertido en un grupo poblacional al que se le ha prestado especial atención. Esto se debe a las características del padecimiento, formas de contagio, su desenlace fatal cuando no se brinda la adecuada atención, y al estigma y discriminación asociados al SIDA. Así, es de esperarse que en el caso de la satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud que atienden a VIH, sea importante considerar la existencia de múltiples factores. Es decir, se debe considerar la existencia de los factores individuales, socioculturales y de organización institucional, los cuales pueden influir en la presencia o ausencia de satisfacción hacia el trabajo que experimentan los prestadores de servicio. De esta manera, esto se convierte en un análisis muy complicado, que requiere de herramientas adecuadas.

Por ello, nos posicionamos en el marco de un trabajo de ciencias sociales en salud pública, debido a que éstos conceptos se encuentran sumergidos en interpretaciones subjetivas que los individuos hacen del entorno y de la interacción entre los diversos actores, y que pueden condicionar su conducta. Para ello, se hizo necesario emplear teorías que ayudaron a analizar este problema desde un punto de vista interpretativo. Consideramos que esto fue útil para comprender e interpretar el contexto en el que se da la atención, la experiencia vivida, así como el rol que desempeña el principal actor involucrado, en este caso el prestador de servicios de salud, a partir de su interacción con los usuarios. Esto con el fin de poder identificar los factores involucrados en su satisfacción laboral.

De esta manera, el objetivo de este trabajo de investigación fue el identificar y analizar los factores individuales, sociales y organizacionales que influyen en la satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud que atienden a VIH.

Artículo 1

TITULO: Personal de salud que atiende a personas con VIH y SIDA: Factores que influyen en su satisfacción laboral.

Autora: Diana María Ramírez Fernández

RESUMEN

La satisfacción laboral es un reto para los sistemas de salud, pues su presencia se relaciona con calidad de la atención. Se ha documentado resistencia del personal para atender a personas que viven con VIH y SIDA (PV), debido a la discriminación y estigmatización asociadas al padecimiento. El objetivo de este estudio es conocer cómo los prestadores de servicios de salud que laboran en una institución de atención a PV experimentan y le dan significado a los factores individuales, sociales y organizacionales que influyen en su satisfacción laboral. Se realizó un estudio cualitativo que incluyó observación no participante y entrevistas semiestructuradas a trabajadores de Clínica Especializada Condesa (CEC). Se buscó recolectar datos respecto a la identidad del prestador de servicios, adopción y socialización del rol, interacción con los usuarios, experiencia en la atención y condiciones organizacionales. El análisis se llevó a cabo bajo los planteamientos de la fenomenología y el interaccionismo simbólico, integrándose y sistematizándose con base en la teoría fundamentada. Los resultados muestran la importancia del contexto organizacional, el cual permea sobre el resto de los factores descritos. Se concluye que éstos no son exclusivos de la CEC, sino que se presentan en otras instituciones del sistema de salud.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción laboral; sistema de salud, prestadores de servicios de salud, VIH, SIDA.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud tienen como base fundamental para su desarrollo y funcionamiento el accionar de los recursos humanos que lo constituyen. En este sentido, es de interés conocer aspectos vinculados con su satisfacción derivada de sus actividades y condiciones laborales dentro del sistema de atención en salud. Esto es debido a que se reconoce que la satisfacción laboral se relaciona con el desempeño, la calidad de sus actividades de atención (Linzer et. al., 2009; referido por Goetz et. al., 2013:95) y el uso eficiente de los recursos disponibles (Gibson et. al., 2001; referido por Chiang-Vega et. al. 2010:22).

Por lo anterior, se puede considerar que la satisfacción laboral de los prestadores de servicios es un aspecto fundamental para el adecuado funcionamiento de las instituciones de salud. La satisfacción laboral de acuerdo a Bravo et. al. (1996) “es una actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo, actitudes que pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia facetas específicas del mismo” (Bravo et. al., 1996; citado por Mansilla-Izquierdo et. al., 2010:149). Por otro lado, Locke la define como “un estado emocional positivo o placentero resultante de una percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto” (Locke, 1976; citado por Chiang et. al, 2010: 154). Por su parte, Corbella y Saturno (1992) la consideran como “la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo” (Corbella y Saturno, 1992; citado por Lobos et al., 2012:17). Por ello, al analizar en conjunto estas tres definiciones, se puede aseverar que la satisfacción laboral es el resultado del estado emocional y

actitudes que presentan los prestadores de servicios de salud hacia su trabajo en general o a algunas de sus facetas específicas, y que son derivadas a partir de sus expectativas hacia el mismo.

Llorens y Aguado (2000) han identificado que la satisfacción de los prestadores de servicios puede estar influida básicamente por tres factores: i) individuales; ii) de la organización a la que pertenecen; y iii) sociales (Lloréns y Aguado, 2000). Esto es importante a considerar, ya que los prestadores de servicios de salud son un grupo de personas que provienen de contextos sociales y culturales diferentes (Frenk, 2003). Además, tienen sus propios intereses y motivaciones (Bonadeo et. al., 2005), tales como el grado de responsabilidad y reconocimiento dentro de su lugar de trabajo (Scott et. al., 2006; citado por Goetz et. al., 2013:96), educación y años dedicados a la formación profesional (Robles-García et. al., 2005; Souza-Poza y Souza-Poza, 2000), entre otros.

Además de ello, existe la posibilidad de que factores del contexto y organización de la propia institución en donde se prestan los servicios puedan determinarla. Es decir, las características del lugar donde se ubica el centro de atención o de la población, tienen el poder de ejercer algún efecto sobre la satisfacción laboral. Esto es importante ya que consideramos que no es lo mismo ser prestador de servicios en un centro de salud que atiende a población general y que se limitan a la atención primaria en salud, que aquellos que atienden a personas en centros especializados con otro tipo de problemas, tales como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En el caso de la epidemia de SIDA, existen diversos aspectos vinculados con las formas de transmisión del virus responsable de este síndrome, y el estigma construido alrededor de las personas con VIH. Por ejemplo, la población mayormente afectada está vinculada a grupos previamente estigmatizados, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas intravenosas y trabajadoras sexuales, entre otros (Aggleton y Parker, 2002; Reis et. al., 2005; Kabbash et al, 2010, Uys et al., 2009; Pham et. al, 2012). De la misma forma, se ha reportado que en el proceso de atención se han hecho presentes aspectos tales como el miedo al contagio, a la muerte como consecuencia de la enfermedad (Mulaudzi et. al, 2011), rechazo social (Treichler, 1987); así como metáforas sobre castigo y culpabilidad (Sontag, 2003), entre otros.

Se ha identificado que a consecuencia de los aspectos mencionados, se construyen relaciones sociales de poder en relación a la enfermedad, que se expresan en formas de estigma y discriminación (Aggleton y Parker, 2002; Reis et. al., 2005; Kabbash et. al., 2010; Kohi et. al., 2010; Mulaudzi et. al., 2011). Un ejemplo de ello es la etiquetación realizada sobre las personas que adquieren el virus, los cuales en mucha ocasiones son considerados “culpables” de su estado de salud, por lo que deben ser “castigados” de diversas formas como, por ejemplo, ocupar el último lugar de una lista de espera.

Esto ha traído como consecuencia la presencia de un trato diferencial hacia las PV, incluso por parte de los prestadores de servicios de salud, lo que determina la presencia de cierta conducta y actitudes, incluyendo las de tipo discriminatorio

(Infante et. al., 2006) De esta manera, es que estos aspectos también pueden traducirse en un factor importante que influya en la satisfacción laboral de los prestadores de servicios que atienden a estas personas.

En México se ha documentado el estigma y la discriminación a que son sujetos algunas PV en los servicios de salud, como por ejemplo, situaciones que limitan su acceso al tratamiento, calidad de la atención recibida, o violencia que se ejerce en su contra. Sin embargo, ha quedado pendiente profundizar en la comprensión sobre la satisfacción que tienen los prestadores de servicios de salud que atienden a las PV.

De esta forma el objetivo de este trabajo es conocer cómo los prestadores de servicios de salud que atienden a las PV experimentan y le dan significado a los diversos factores que influyen en su satisfacción laboral.

METODOLOGÍA

Se efectuó un estudio de caso intrínseco empleando metodología cualitativa, pues buscamos interpretar los relatos de los trabajadores de la CEC, los cuales contienen referencias simbólicas sobre la institución, las características de la población atendida, el rol que desempeñan y su experiencia al laborar en ella.

El principio básico de este estudio es que la experiencia individual en la atención a PV está inmersa en un conjunto de significados sociales, culturales y de la institución para la cual laboran, los cuales influyen sobre su satisfacción laboral. Así, estos deben ser comprendidos tanto en una instancia individual como del contexto donde se desarrolla, implicando el análisis de la realidad en estos dos

horizontes. Por ello, para el análisis se optó por emplear al interaccionismo simbólico desde el punto de vista del orden negociado, simultáneamente con la fenomenología.

El interaccionismo simbólico es una corriente sociológica que analiza las relaciones de los individuos a través de sus concepciones de interpretación al vincularse con otras personas, adquiriendo hábitos y costumbres que incorporan en sus normas de conducta (Blumer, 1982). Esta corriente ayuda a analizar cómo el individuo interpreta el mundo a su alrededor, así como los significados que atribuye a todo y a todos los que lo rodean, los cuales dirigen y/o limitan su conducta para ser aceptado entre sus semejantes. Mead (1999) indica que esto lo hace al reflexionar y analizar sobre cómo se verían sus acciones ante los ojos de los demás, tratando de verse a sí mismo como si fuera una imagen en el espejo.

En la presente investigación, el interaccionismo simbólico se empleó desde el punto de vista del orden negociado, el cual indica que “la sociedad es el resultado de interacciones, negociaciones y replanteamientos entre los actores sociales que la constituyen” (Fernández-Moreno, 2007:57). Este ha sido útil dado que las relaciones sociales en las instituciones de salud son asimétricas debido a su organización descendente, jerarquización y división de tareas, las cuales hacen necesarios acuerdos durante diversas situaciones cotidianas.

Los individuos que destacan o dominan a los otros debido a ciertas características individuales, son definidos por Hughes (1945) como *master estatus*. Esto se presenta en el personal de salud, ya que por su nivel de conocimiento y experiencia profesional, generalmente tienden a tomar el control de diversas

situaciones, dando órdenes o priorizando su punto de vista sobre el de otros. Sin embargo, dado el cambio continuo del sistema de posiciones dentro de la organización y el acceso a la información con que cuentan los usuarios actualmente, es que puede presentarse un dilema o contradicción del estatus (Hughes, 1945). Es decir, existe la posibilidad de que los roles que desempeñan prestadores y pacientes al tratar de tomar el control se contradigan entre sí, provocando una paradoja. Un ejemplo de esto se presenta cuando los pacientes dudan sobre el diagnóstico y/o el tratamiento indicado por el médico, ya que actualmente se dispone de información de divulgación abierta sobre diversos padecimientos; debido a ello, podría sugerir su modificación o adecuación, lo cual difícilmente es aceptado por el personal de salud.

No obstante, aunque el interaccionismo simbólico es un enfoque interpretativo que centra su análisis en la subjetividad de los individuos, tiene la limitación de que no pone énfasis en las estructuras y el contexto social, los cuales son de suma importancia para el presente estudio (Castro, 2000). Por ello, se hizo necesario emplear a la fenomenología sociológica a fin de tomar en cuenta no solo los significados surgidos a partir del encuentro entre los grupos de actores, sino de considerar integralmente los provenientes del fenómeno de la prestación de servicios.

La fenomenología se centra en que el individuo forma parte de una sociedad de la que obtiene significados desarrollados en la vida cotidiana, los cuales deben ser interpretados. A esto, Schütz lo denomina “el mundo de la vida” (Schütz, 1973:3), el cual se origina de las acciones humanas y del que se desprende la cultura y el

conocimiento que ha trascendido de generación en generación, ya que los significados para una persona tienden a ser comprendidos y aceptados por otros semejantes a él. Así mismo, ello no implica que todos compartan los mismos valores y creencias. De esta manera, los significados pueden ser distinguidos en dos grupos: aquellos que son “para mí” y los que “son para los otros” (Perinbanayagam, 1978:146). Así, esta teoría comprende la posibilidad de la intercambiabilidad de los puntos de vista, es decir, si los individuos cambiaran de lugar, los significados que les dan a las cosas serían comprendidos uno por el otro. Dichos conceptos son de utilidad, ya que cotidianamente los prestadores de servicios suelen ponerse en el lugar de los usuarios que atienden al tratar de anticiparse a una posible respuesta de éstos, y de esta manera, establecer la posible conducta a seguir.

Por otra parte, Schütz y Luckmann (1973) indican que las acciones de la vida cotidiana también se encuentran determinadas por experiencia adquirida en situaciones anteriores. Debido a que consideran que los individuos actúan parcialmente de manera sensata y racional, se hace necesario emplear modelos típicos, a los que denominan como “tipificaciones y recetas” (Schütz, 1944:501). Éstos corresponden a hábitos de conducta automáticos que se llevan a cabo en situaciones cotidianas. Las primeras ignoran los rasgos particulares y se centran en características genéricas y homogéneas de objetos y personas, mientras que las segundas se relacionan más a las situaciones que se viven, dictando una manera de comportamiento que se considera como aceptable ante los demás (Schütz y Luckmann, 1973).

La fenomenología también considera que la realidad se construye socialmente, asemejando un gran teatro o escenario, donde las personas interpretan un papel de acuerdo a los significados que le dan sentido a sus actos y a su entorno (Castro, 1996; en Szasz et. al., 1996). Este principio puede ser aplicado a la escenificación que tiene lugar en la prestación de servicios de salud, en la que los trabajadores y usuarios son los actores principales, y cuyo papel está determinado por las características que presentan cada uno de ellos.

Se eligió un abordaje cualitativo debido a la capacidad de análisis que ofrecen estas corrientes, puesto que permitieron identificar patrones, tanto de significados como de comportamiento, relevantes dentro de la población analizada. Castro (2011) indica que la perspectiva fenomenológica es muy útil para el estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, ya que permite estudiar las experiencias vividas brindándoles explicaciones compatibles con la lógica expresada por los individuos. Ésta, junto con el interaccionismo simbólico, que ayuda a estudiar los significados que surgen socialmente y que son interpretados por el individuo para adaptarlos a su conducta a seguir, permitió comprender mejor el discurso de los prestadores de servicios.

La recolección de la información se realizó en dos fases. La primera consistió en observación no participante durante los meses de noviembre y diciembre de 2014, la cual permitió la familiarización con los diversos espacios de la CEC, identificar a los distintos tipos de prestadores de servicios y comenzar a reconocer a los actores clave de la institución que posteriormente serían entrevistados. En la segunda fase se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al personal de la

clínica durante los meses de noviembre de 2014 a mayo de 2015, para explorar percepciones y significados en relación a su satisfacción laboral. Estas se aplicaron a personal que aceptase participar voluntariamente, prefiriéndose a aquellos que proviniesen de las áreas en que existe interacción directa con los usuarios, y que tuviesen al menos un año de laborar en la CEC, ya que se esperaba que con ello contasen con suficientes experiencias acumuladas en el ese lapso. Esta condición se exceptuó en el personal de limpieza, ya que por sus condiciones contractuales regularmente no permanecen tanto tiempo trabajando en la institución.

Se entrevistó a 50 trabajadores, incluyendo personal médico, enfermería, consejería, farmacia, archivo, recepción, trabajo social, programas especiales, administrativo, mantenimiento y limpieza. También se entrevistó a seis personajes clave: tres funcionarios en puestos de confianza, y tres voluntarios de organizaciones civiles que desempeñan funciones de apoyo en la clínica. Esto último se realizó debido a que durante las entrevistas, surgieron los nombres de estas personas indicando su importancia durante los diversos procesos que se llevan a cabo en la institución.

Las entrevistas se transcribieron para su posterior análisis, empleando simultáneamente la aproximación fenomenológica e interaccionista simbólica desde el punto de vista del orden negociado. Esto fue a fin de identificar la experiencia vivida, así como los significados individuales, sociales y actitudes emanadas de ello.

El contenido de las entrevistas se integró y sistematizó para su análisis empleando bases de la teoría fundamentada, tales como la elaboración de categorías para el análisis de los datos, empleando para ello el software MaxQDA®. Las principales categorías de análisis fueron: a) identidad del prestador de servicios, b) adopción y socialización de su rol, c) interacción con los usuarios en el contexto de la Clínica Condesa, d) experiencias en la atención, y e) condiciones organizacionales y su influencia en la satisfacción laboral. Estas categorías se definieron mediante una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema, además de surgir durante el análisis de la información, simultáneo a la realización de las entrevistas.

La investigación recibió la aprobación de los Comités de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP), así como el consentimiento verbal y escrito de la Coordinación del Programa de VIH y SIDA de la Ciudad de México (CPVSCM), encargada de la CEC. Así mismo, se solicitó el consentimiento informado verbal de los participantes, el cual fue audiograbado para su registro.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio se presentan en dos apartados. En el primero se indican algunas de las características de la Clínica Condesa y su organización, dado que el contexto en el que se insertan y en que se desarrollan los prestadores de servicios es relevante en la forma en que se determina su satisfacción laboral. En la segunda se muestra el análisis del discurso de los entrevistados con especial énfasis en los significados que dan a su rol como prestadores de

servicios y cómo construyen su realidad en relación a la interacción con los pacientes, otros prestadores y la propia organización de la CEC.

Contexto de la CEC

La CEC, desde el año 2000 se enfoca en la atención de población adulta con SIDA e ITS, y depende financiera y organizacionalmente de los Servicios de Salud del Distrito Federal (SSDF). En la CEC se brinda tratamiento antirretroviral y atención integral a las PV a quienes cumplen los requisitos establecidos en el Sistema de protección Social en Salud (SPSS). Los servicios que se otorgan son ambulatorios e incluyen consejería al usuario al recibir su resultado diagnóstico, especialidades médicas y laboratorio clínico. También existen programas enfocados a sectores especiales, tales como aquellos que viven en situación de calle, privadas de su libertad, y víctimas de violencia sexual. Además, desde el año 2010, se brinda atención endócrina hormonal en la llamada “Clínica Trans” a donde acuden personas travestis, transexuales y transgénero.

En la CEC hay aproximadamente 150 trabajadores realizando labores médicas, paramédicas, administrativas, voluntariado y otros espacios en donde algunas organizaciones de la sociedad civil desarrollan proyectos sobre prevención y derechos humanos de las PV. Un ejemplo de este último es el módulo de derechos humanos y del programa de Acompañamiento de Pares (As-Par).

El personal se encuentra contratado mediante una de estas tres maneras: a) de forma permanentemente o “de base”, b) temporalmente, y c) por subrogación de servicios.

El personal “de base” tiene contrato de carácter indefinido y la posibilidad de sindicalizarse, además de contar con beneficios tales como vacaciones y seguridad social, entre otros. Los prestadores contratados temporalmente tienen convenios de duración de entre uno y cuatro meses, con pocas o nulas prestaciones, cuyos periodos para su renovación y pago del salario correspondiente son irregulares. Finalmente, los contratos por subrogación de servicios los emiten empresas externas empleadas para ejercer ciertas actividades, como las labores de limpieza. Este personal es contratado anualmente pero no perdura debido a varias causas, a decir de los trabajadores, principalmente al bajo salario percibido y a la falta de prestaciones.

[...] porque lo he visto aquí con la jefa, ha rolando mucha gente. Pues viene de todo tipo ¿no? gente que no le gusta trabajar, gente con la ignorancia de que se puede infectar, gente que no hay buena comunicación entre compañeros [...] pues sí me gustaría que nos dieran el seguro, el seguro médico. Usted sabe el riesgo que uno lleva y aparte ganamos muy poco... digo en una clínica de alto riesgo, creo que se debería ganar un poco más. Yo no digo ganar mucho, pero me considero que podríamos ganar un poquito más y la prestación del seguro social por cualquier cosa.

Hombre, 36 años, Limpieza, Grupo de apoyo

En este testimonio se puede apreciar que el entrevistado indica que, si bien él percibe que existen varias causas por las cuales existe una alta rotación en el grupo que componen los trabajadores encargados de la limpieza de la CEC, es evidente la preocupación tanto por el bajo ingreso como por la falta de seguridad social, principalmente ante la posibilidad de un contagio accidental debido a las actividades laborales.

Actualmente, el personal de contrato temporal representa aproximadamente dos tercios del total de prestadores de servicios de la CEC. Por las condiciones contractuales, esto trae consigo una división entre los trabajadores que incluso condiciona las actividades a realizar y con quiénes se interactúa socialmente.

[Mi contrato] es temporal, y... Yo como que fui el parteaguas [...] La mayoría era de base, entonces fui de las primeras en entrar de contrato, entonces ya te imaginarás lo difícil que era porque me veían como amenazante, como una intrusa, como no estaban acostumbrados a tener más personal de contrato. Entonces te dicen “¿qué haces tú aquí?”...

Mujer, 40 años, Consejería, Grupo Paramédico

En este testimonio, se evidencia que el sentimiento de “ser una intrusa” emerge a partir de la experiencia de percibirse como alguien distinto al resto de los trabajadores. Por ello, identifica que el personal “de base” reaccionó ante su presencia como si ella fuera una amenaza a su estabilidad laboral, ya que para ellos no era común que se contratara bajo condiciones diferentes a las suyas, llevando a los prestadores a sentirse laboralmente insatisfechos.

La insatisfacción laboral del personal “de contrato” se acentúa debido a las condiciones contractuales bajo las cuales laboran, ya que refieren que no cuentan con seguridad social, además de indicar que su salario es bajo.

Así, consideran que cualquier accidente se convertiría en una amenaza no sólo a su salud, sino a su estabilidad económica. Aunque algunos cuentan con ingresos adicionales y prestaciones cuando tienen un segundo empleo, éste no siempre es posible conservarlo ya que no cuentan con un horario laboral fijo.

Nosotros trabajamos ocho horas, los de base trabajan seis, de las cuales se van a desayunar dos... No recibimos vales a fin de año, los de contrato no tenemos prestaciones, nada de eso. Desde que llegamos nos dijeron, “no tienen derecho ni a respirar”, la misma autoridad nos dice, “es que no tienen derecho a nada”. A mí hace poco me cambiaron el horario y ni siquiera me avisaron...

Mujer, 25 años, Trabajadora social, Grupo Administrativo

Aquí, cuando se indica por la autoridad que “no tienen derecho ni a respirar”, haciendo alusión a no tener acceso a cuestiones básicas, se puede apreciar que establece una diferenciación social. Esto es reforzado por el personal “de base” que, al ausentarse o cumplir menos horas de trabajo, marcan nuevamente esta diferenciación, lo cual se traduce nuevamente en insatisfacción laboral. De esta manera, se aprecia que la percepción de vulnerabilidad que tienen estos prestadores de servicios, surgen no sólo por atender a personas con VIH y el riesgo laboral que esto implica, sino también por las condiciones contractuales. A pesar de ello, se consideran comprometidos a seguir laborando a pesar de las carencias de insumos, de contrato, la burocracia y la insuficiencia de infraestructura, incluyendo la limitación de espacios físicos para desarrollar sus actividades. Los informantes externalizan su satisfacción al “poner su grano de arena”, es decir, su aportación laboral individual para la gran tarea de atender a las PV y así, ayudar a la salud de los demás.

II. El rol de los prestadores de servicios de salud

Como ya se mencionó, un punto importante para determinar el lugar y el rol que los prestadores de servicios ocupan dentro de la institución se enfoca en el tipo de contratación bajo el cual laboran. Sin embargo, existen otros aspectos relevantes

que determinan el rol que desempeñan al interior de la CEC, lo cual a su vez influye en su satisfacción laboral. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes: 1) historia personal; 2) red social; 3) vulnerabilidad percibida y el compromiso sentido.

1) Historia personal

Hay gran diversidad de características en los prestadores de servicios, incluyendo la pertenencia a diversos grupos LGBTI y/o al de PV. Los prestadores refieren abiertamente su identidad sexual y su condición de vivir con VIH y su deseo de pertenecer a la clínica. Indican sentirse cómodos al laborar en este lugar pues no se les discrimina, además de estimar que su identidad y seropositividad les da ventajas al percibir que “comprenden mejor” a los usuarios. Otros refirieron que al saber sobre los alcances de la institución en función de los resultados positivos en salud, deseaban laborar en ella para aprender y obtener reconocimiento. Algunos mencionaron ser envidiados dentro de sus círculos sociales, solicitándoles apoyo para ingresar como trabajador a la CEC.

...desde el momento en que yo traté o busqué de estar en esta clínica, venía yo con cierto bagaje de desechar muchos prejuicios. O sea, yo sabía a qué venía, sabía a qué pacientes iba yo a atender; pero no me causa ningún problema. Los pacientes a veces están en una situación vulnerable [...] pero no, que llegan con muy buena actitud con nosotros. Nunca me ha conflictuado trabajar aquí en la clínica.

Hombre, 40 años, Apoyo, Grupo Administrativo

En este testimonio se evidencia que el prestador de servicios, conocía de antemano las implicaciones sociales y culturales negativas construidas alrededor

de la enfermedad. A pesar de ello, indica que se esforzó en emplearse en la institución, y reflexiona sobre su relación social positiva con ellos. Al indicar “no me conflictúa”, hace referencia al impacto que hace su ocupación a la imagen que tiene de sí mismo, refiriendo no tener dificultad interiorizada o social ante esta postura. Sin embargo, para los propios trabajadores, es evidente que algunos de ellos no se sienten satisfechos laborando allí. Su permanencia la atribuyen a que la clínica está ubicada en una zona segura de la ciudad, a las prestaciones de los contratos “de base”, o a la imposibilidad de conseguir otro empleo. Esta insatisfacción provoca actitudes negativas que son descritas por los trabajadores como “falta de ganas de trabajar” o “poco interés hacia los pacientes”, provocando ocasionalmente conflictos internos. Un ejemplo de este tipo de situación se presenta cuando miembros del personal “de base” solicitan permiso para salir antes de su hora regular, a pesar de que aún haya pacientes esperando a ser atendidos por ellos. Este permiso no se les niega por formar parte de sus prestaciones laborales. Sin embargo, para que los usuarios no se retiren sin recibir atención, el personal “de contrato” se hace cargo de ellos. Este tipo de situación no es siempre aceptada de buen grado por los trabajadores, ya que deben realizar labores adicionales a las que les corresponden.

Otro factor que determina el rol y a su vez influye en la satisfacción laboral es la formación profesional. El grado de educación es variable, desde el analfabetismo y educación básica hasta doctorado, dependiendo de las actividades y el grado de responsabilidad ostentado individualmente. Sin embargo, en ciertas áreas técnicas

algunos prestadores cuentan con estudios distintos a los de la labor desempeñada.

...pues no, a lo mejor, yo tampoco tendría que estar en farmacia si empezamos por ahí. Soy un administrador industrial que sí... la farmacia es parte de lo que yo sé [...] tiempos y movimientos, inventarios, almacenes, lo sé perfectamente. Pero lo demás, no soy médico, no soy químico, no conozco de... [...] la pregunta es no me siento valorado en ese aspecto laboralmente, académicamente o profesionalmente. Yo me siento frustrado, por ejemplo yo en la empresa privada [--] tenía horario de entrada pero de salida no tenía. Pero ganaba más del doble de lo que gano ahorita, tenía otro tipo de prestaciones, pero no veía a mis hijos ni a mi esposa... Entonces es ahí donde yo compenso un poco la situación.

Hombre, 28 años, Farmacia, Grupo Paramédico

Al parecer existe desmotivación e insatisfacción en este entrevistado, el cual aparentemente no se siente aprovechado en el ámbito laboral, académico y profesional, al desempeñar su trabajo en la CEC. Sin embargo, también reconoce que a pesar de ello cuenta con satisfacciones que no tenía en su anteriores trabajos, tales como la posibilidad de pasar mayor tiempo con sus hijos.

2) La red social

La presencia de una red social de apoyo es imprescindible para la satisfacción laboral. La existencia y apoyo moral de familia y amigos, así como el sentimiento de responsabilidad hacia sus dependientes económicos y emocionales, son agentes determinantes para los trabajadores en aspectos tales como su ingreso y permanencia en la clínica.

Cuando iba a entrar [a laborar], mi suegra [decía] que, “no, son pacientes con VIH... tú tienes una niña, debes de tenerle cuidado y vas a traer los virus para acá y vas a traer los quién sabe qué...”. Dije no, no... [...] y ya le empiezo a explicar

que no ha pasado nada ni tendría que pasarme. “Ah bueno”, y como que ya está más tranquila.

Mujer, 27 años, Enfermería, Grupo Paramédico

En este testimonio se reconocen ideas preconcebidas y la percepción de riesgo ante un posible contagio, emanadas de la construcción social alrededor del padecimiento. También se identifica el que la enfermedad se considera una amenaza no sólo hacia el trabajador, sino para los demás miembros de la red. Esto lleva a un enfrentamiento entre la respuesta que el prestador de servicios da hacia las actitudes de los otros, en este caso, contra la conducta a seguir por los valores sociales establecidos. La actuación del prestador de explicar a su familiar que el riesgo de contagio no corresponde a la dimensión percibida inicialmente, le da la experiencia de disminuir la preocupación y el rechazo.

Posterior a salvar este tipo de brechas, los prestadores refirieron que generalmente los miembros de la red se muestran orgullosos y los apoyan, al reconocer que su labor es importante para la salud y la sociedad. Incluso, algunos también refirieron que se han convertido en miembros reconocidos de su comunidad, siendo objeto de consulta frecuente en temas relacionados a sexualidad, prevención y VIH, lo cual redundaba en satisfacción.

3) Vulnerabilidad percibida y el compromiso sentido

Sin embargo, no siempre se tienen estas reacciones positivas, pues es innegable que aún persisten el estigma y la discriminación hacia las PV. Estas

construcciones sociales de rechazo alcanzan también al personal de salud, quienes identifican sentimientos de homofobia en distintos ámbitos cuando comentan sobre la labor que desempeñan.

Mi pareja al principio me cuestionaba que si no me preocupaba que la gente me vea salir de la clínica, porque podrían pensar que yo también sea portadora de VIH, pero le dije: “si fuera así ¿pues qué? Me atiendo y ya” [...] Pero por ejemplo, mi papá no sabe que yo trabajo aquí, pues es un hombre de fuerte personalidad masculina, muy del norte...No le veo el caso de decirle dónde trabajo para no incomodarlo...

Mujer, 32 años, Médico, Grupo Médico

Como se aprecia en este testimonio, en ocasiones existe el miedo ante el rechazo social al dar a conocer el sitio de trabajo ya que se asocia con la enfermedad. Es decir, el trabajar en un lugar de atención exclusiva a PV aparentemente brinda un significado social que le descalifica ante los demás. Si bien hay sentimientos de orgullo y apoyo cuando se salva la brecha de desaprobación inicial, se percibe que existe la experiencia de que esto no siempre sucede, por lo que algunos prefieren no ser asociados con el SIDA y así evitar ser repudiados socialmente. El riesgo ante el VIH también se expresó ante un posible contagio. Aunque los trabajadores cuentan con conocimientos sobre las vías de transmisión y prevención, algunos estiman que existe la probabilidad de un accidente laboral, idea que se refuerza al referir un evento sucedido en meses previos en el que una pasante de odontología se pinchó con una aguja contaminada.

Al preguntarles sus impresiones sobre el VIH y el SIDA, éstos fueron descritos principalmente como “monstruo” e “imparable”, debido al creciente número de

usuarios en la CEC. Aunque refirieron que ante una situación de riesgo el diagnóstico oportuno es básico para alcanzar la sobrevivencia a largo plazo, al preguntarles si ya se habían realizado una prueba diagnóstica, algunos respondieron que “preferían no saber”. Esta contradicción probablemente se encuentre asociada con la interiorización de los sentimientos de rechazo percibidos socialmente, y la sensación de vulnerabilidad e impotencia al convertirse en portadores, así como las implicaciones que ello conlleva.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estudiar la satisfacción laboral es complejo pero necesario, ya que las actitudes y comportamientos desarrollados a partir de aquella pueden influir de manera determinante en el funcionamiento y calidad de los servicios de salud. La complejidad radica en que su análisis trasciende a más allá de los factores de índole personal y sociocultural, pues se deben incluir los de tipo organizacional de los servicios de salud. Así, en esta investigación se han identificado diversidad de factores que pertenecen a estas categorías y que influyen de manera determinante en la satisfacción y el actuar del personal que labora en la CEC.

Algunos de los aspectos individuales y socioculturales referidos por otros autores y que concuerdan con los resultados presentados en este trabajo son la motivación y satisfacción a pesar del desgaste físico y emocional por la excesiva carga de trabajo (Newman et. al., 2013), la imagen positiva ante ellos y su red social al ejercer su labor (Pham et. al., 2012; Newman et. al., 2013), así como la percepción

de riesgo por un posible contagio (Alemie, 2012), y ante el rechazo social al atender a las PV (Kabbash et. al., 2010; Pham et. al., 2012).

Si bien el riesgo y vulnerabilidad percibida y el rechazo social pudiesen ser factores que desalienten a los trabajadores a seguir laborando en este lugar, llama la atención su deseo de trabajar en un sitio de atención a PV y que incluso busquen ingresar a dicha institución, tal y como lo refieren los entrevistados. Como indican Dieleman y Harnmeijer (2006), generalmente es difícil retener a los prestadores de servicios que atienden a PV poco satisfechos, por lo que se puede deducir la existencia de satisfacción laboral en la institución estudiada.

Es de resaltar que en el discurso de los trabajadores se hace referencia al estigma y a la discriminación asociados al VIH y al SIDA como algo externo a la CEC. Si bien durante las entrevistas hubo referencia a algunas metáforas sobre la culpabilidad e inocencia relacionadas a los usuarios, también es cierto que negaban presentar actitudes de rechazo hacia los usuarios, o bien, no las reconocían como propias. Existe la probabilidad de que esto obedezca a que, como se ha reportado en otros estudios, las PV se han organizado para contrarrestar acciones que consideran violentan sus derechos (Newman et. al., 2011), otorgándole de esta manera una dimensión política a la prestación de servicios. Esto último es de considerarse debido a la referencia hecha por los trabajadores sobre la exigencia de los usuarios de solicitar un trato preferencial, argumentando que de no obtenerlo se violan sus derechos humanos debido a su condición percibida de vulnerabilidad aspecto que debe explorarse de forma más profunda en futuros trabajos de investigación.

Por otro lado, se identifica que los aspectos organizacionales permean en la totalidad de los factores descritos. Sin embargo, la mayoría de ellos no son exclusivos de la CEC, como la infraestructura insuficiente y la continua referencia a los problemas derivados del contrato laboral. Esto solo evidencia problemas no resueltos del sistema de salud, los cuales se han tratado de solventar al identificar las diversas carencias en los distintos niveles de atención en salud. Uno de estos problemas es la emisión de contratos temporales bajo condiciones limitadas, los cuales surgieron como respuesta a las necesidades de contratación bajo la situación económica actual, en la que los ajustes macroeconómicos impulsan la flexibilización laboral, a fin de reducir y reorientar el gasto público (Nigenda et. al., 2012). Esto, junto a los discursos aquí analizados, en los que se aprecia la insatisfacción producida por la división social y la carga adicional de trabajo, señalan implicaciones negativas de estos procesos.

Por su parte, el uso simultáneo de dos corrientes sociológicas no es común en la investigación en salud pública. Castro (2011) lo recomienda, pues brinda una herramienta única cuando se desea obtener un acercamiento a aspectos complejos que involucran percepciones que determinan las conductas a seguir por los actores involucrados. En esta investigación se identificaron los significados individuales y sociales que emergieron antes y después de la experiencia de atender a PV, por lo que el uso combinado de las corrientes teóricas fue bastante útil para poder comprenderlos y traducirlos. Así, recomendamos no temer emplear más de una herramienta para alcanzar los objetivos planteados, pues de otra

manera existirá una limitación que puede evitar la identificación de aspectos relevantes que pudieran pasarse por alto.

De esta manera, se puede apreciar una vez más la necesidad de analizar desde una perspectiva social la actuación de los recursos humanos, incluyendo su satisfacción laboral, ya que sin ellos los sistemas de salud no podrían alcanzar sus metas y objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aggleton P y Parker R (2002). Estigma y discriminación relacionados con el VIH/Sida: Un marco conceptual e implicaciones para la acción. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México. Documentos de trabajo No. 9
2. Alemie G (2012). Exploration of healthcare workers' perceptions on occupational risk of HIV transmission at the University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes; 5:704
3. Blumer H (1982). El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona, Hora
4. Bravo MJ, Peiró JM, Rodríguez I (1996). Satisfacción laboral. España: Peiró J, Prieto F editores. Síntesis S.A. Citado en: Mansilla-Izquierdo F, García-Micó J, Gamero-Merino C, Congosto-Gonzalo A (2010). Influencia de la insatisfacción laboral en las demandas de cambio de puesto de trabajo por motivos de salud. Med Segur Trab; 56(219): 147-57
5. Bonadeo MA, Marenghi M, Bassi F, Fernández ME, Lago MI, Piacentini A, Rodríguez-Bertoni C (2005). Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. Arch Argent Pediatr; 103 (6): 491-496
6. Castro R (2000). La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca; México, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
7. Castro R (2011). Salud, cultura y sociedad. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
8. Castro R (1996). En busca del significado: Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. Capítulo en: Szasz I, Szasz-Pianta I, Lerner S, Amuchástegui A (1996). Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: El

Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.

9. Corbella A y Saturno P (1990). La garantía de la calidad en atención primaria de salud. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General: 397-9. Citado por: Lobos A, Cardemil F, Loézar C, González V, Ortega A (2012). Satisfacción con la atención médica de pacientes hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente. Rev Chil Salud Pública 2012; 16(1):16-25
10. Dieleman M y Harnmeijer JW (2006). Improving health worker performance: In search of promising practices. Geneva, WHO, Evidence and information for policy, Department of human resources for health
11. Fernández-Moreno SJ (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud. Ref Gerenc Polit Salud; 6(12): 52-76
12. Frenk J (2003). La salud de la población: Hacia una nueva salud pública. México, Fondo de Cultura Económica
13. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH (2001). Las organizaciones: Comportamiento, estructura, procesos. México, McGraw-Hill/Interamericana
14. Hughes EC (1993). Dilemmas and contradictions of the status. AM J of Sociology; 50(5): 353-59
15. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. Sal Pub Mex; 48: 141-50
16. Kabbash IA, Mekheimer S, Hassan NM, Al.Nawawy AN, Attalla AA (2010). Evaluation of HIV voluntary counselling and testing services in Egypt. Part 2: Service provider's satisfaction. East Mediterr Health J; 16 (5): 491-497
17. Kohi TW, Portillo CJ, Durrheim K, Dlamini PS, Makoae LN, Greeff M, et al (2010). Does perceived HIV stigma contribute to nurses' intent to migrate in five African countries? J Assoc Nurses AIDS Care; 21(2): 134-143
18. Linzer M, Baier-Manwell L, Williams ES (2009). Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. Ann Intern Med; 151:28-36. Referido por: Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S (2013). The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. Fam Med; 45(2):95-101
19. Locke EA (1976). The nature and causes of job satisfaction. En Dunnette, Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally College Ed. Citado en: Chiang M, Martín MJ, Núñez A (2010). Relaciones entre el clima organizacional y la satisfacción laboral. Universidad Pontificia Comillas, Madrid
20. Lloréns FJ y Aguado F (2000). "Una evaluación del impacto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, motivación y

compromiso de los empleados", Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, vol. 9, núm. 2, pp. 129-138.

21. Mead GH (1999). Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires, Paidós
22. Mulaudzi MV, Pengpid S, Peltzer K (2011). Nurses' knowledge, attitudes and coping related to HIV and AIDS in a rural hospital in South Africa. *Ethno Med*, 5(1):25-32
23. Newman CE, et al (2011). What moves a family doctor to specialize in HIV? Interviews with Australian policy key informants. In *J of Culture Health & Sexuality*; 13 (10): 1151-1164
24. Newman CE, Persson A, De Wit JBF, Reynolds RH, Canavan PG, Kippax SC, et al (2013). At the coalface and the cutting edge: General practitioners' accounts of the rewards of engaging with HIV medicine. *BMC Family Practice*; 14 (39): 1-14
25. Nigenda G, Ruiz-Larios JA, Aguilar-Martínez ME, Bejarano-Arias R (2012). Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Publica Mex*;54:616-623
26. Perinbanayagam, R. S. (1978). The Significance of "Others" in the Thought of Alfred Schutz: a Reply to Malhotra and Deegan's Comments. *The Sociological Quarterly*, 19: 146–151.
27. Pham HN, Protsiv M, Larsson M, Ho HT, De-Vries DH, Thorson A (2012). Stigma, an important source of dissatisfaction of health workers in HIV response in Vietnam: a qualitative study. *BMJ;C Health Services Research*; 12: 474-87
28. Reis C, Heilser M, Amowitz L, Moreland SM, Mafeni J, Anyamele C, Iacopino V (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Med*; 2(8): 246
29. Schütz A (1944). *The stranger: An essay in social psychology*. *Am J of Sociology*;49(6):499-507
30. Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Llorca-Díaz J (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: Un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit*; 19(2):127-134
31. Schütz A, Luckmann T (1973). The structures of the life-world. Northwestern University Press, Estados Unidos de América.
32. Scott A, Gravelle H, Simoens S, Bojke C, Sibbald B (2006). Job satisfaction and quitting intentions: A structural model of British general practitioners. *British Journal of Industrial Relations*; 44:519-40. Citado en: Goertz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S (2013). The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. *Family Medicine*; 45(2):96

33. Sontag S (2003). La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas. Buenos Aires, Taurus.
34. Souza-Poza A, Souza-Poza AA (2000). Well-being at work: A cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. J of Socio-Economics; 29: 517-538
35. Treichler P (1987). AIDS; Homophobia and biomedical discourse: An epidemic of signification. Cap 20, 357-386. En: Parker R y Aggleton P (2003) Culture, society and sexuality; Londres, Routledge.
36. Uys LR, Holzemer WL, Chirwa ML, Dlamini PS, Greeff M, Kohi TW, et al (2009). The development and validation of the HIV/AIDS stigma instrument-nurse (HASI-N). Aids Care; 21(2): 150-159

Artículo 2

Título: La interacción entre prestadores de servicios y pacientes con VIH: Identidades, roles y derechos, y su relación con la satisfacción laboral.

Autora: Diana María Ramírez Fernández

RESUMEN

Los recursos humanos son parte importante de un sistema de salud, por lo que su satisfacción laboral es de interés debido a su relación con la calidad de la atención. Al atender a personas que viven con VIH (PV), la satisfacción laboral se ha vinculado con factores individuales, sociales y organizacionales. El objetivo de este estudio es conocer cómo los prestadores de servicios de salud experimentan y dan significado a las características de los usuarios y a su interacción con éstos, y cómo influye en su satisfacción laboral. Se realizó un estudio cualitativo en la Clínica Especializada Condesa (CEC), empleando observación no participante y entrevistas semiestructuradas. Se buscó recolectar datos respecto a la identidad del prestador de servicios, adopción y socialización del rol, interacción con los usuarios, experiencia en la atención y condiciones organizacionales. El análisis se realizó bajo los planteamientos de la fenomenología y el interaccionismo simbólico desde el punto de vista del orden negociado, integrándose y sistematizándose con base en la teoría fundamentada. Los resultados muestran la importancia del contexto organizacional, el cual facilita actitudes de los usuarios que influyen en la satisfacción laboral de los prestadores de servicios, lo cual debe de ser analizado a mayor profundidad.

Palabras clave: Satisfacción laboral, prestadores de servicios de salud, VIH, identidades, roles, derechos.

INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos son un elemento esencial en los sistemas de salud, debido a que son vitales para su funcionamiento y desarrollo. De ahí que existe un interés expreso para analizar lo relacionado a su satisfacción laboral, ya que ésta última se ha vinculado con la calidad de la atención y el uso eficiente de los recursos disponibles, entre otros aspectos (Gibson et al., 2001; referido por Chiang-Vega et. al., 2010:22; Linzer et. al., 2009; referido por Goetz et. al., 2013:95). Esto ha despertado interés en relación a la atención de ciertos grupos de usuarios, principalmente a aquellos que se consideran vulnerables, o que por sus características concentran la atención pública, tales como las personas que viven con VIH (PV).

Los responsables de la organización de los servicios de atención en salud han puesto especial atención en las personas que atienden a PV, puesto que, como indican Chen y Hanvoravongchai (2004), existe cierta dificultad para retenerlos y capacitarlos.

Es por ello que algunos investigadores han analizado la motivación y la satisfacción de los prestadores de servicios de salud que atienden a PV. Entre los hallazgos, destacan la identificación de factores individuales, tales como el que la edad y el tiempo de laborar para una institución de salud influyen en el grado de satisfacción con la actividad realizada, así como el tener una mejor actitud ante la prestación de servicios (Kabbash et. al., 2010; Mulaudzi et. al., 2011). También se han reconocido la influencia de factores organizacionales, entre los que destacan los problemas por la recepción puntual del salario, malos tratos por parte del

supervisor, sentimientos negativos debidos a la percepción de poco aprecio por la labor desempeñada y problemas de logística (Kabbash et. al., 2010; Pham et. al., 2012; Mutemwa et. al., 2013). De la misma manera, se han mencionado la presencia de factores sociales, como por ejemplo el sentirse emocionalmente agotados, miedo a ser estigmatizados debido a la población atendida, y la inseguridad percibida cuando los trabajadores están rodeados por otros grupos poblacionales que consideraban un peligro potencial para su seguridad (Kabbash et. al., 2010; Pham et. al., 2012; Uys et. al., 2009).

Por su parte, en México, Ramírez-Fernández et. al. (2016) describieron que, en su investigación, lo relacionado con la organización permea sobre otros factores, específicamente los identificados con la historia personal, red social, vulnerabilidad percibida y el compromiso sentido de los prestadores de servicios. Sin embargo, existen pocos estudios enfocados en registrar propiamente cómo es que las características de las PV y la forma de interacción con los prestadores de servicios influyen en la satisfacción laboral del personal de salud.

De esta manera, el objetivo de este estudio es conocer cómo los prestadores de servicios de salud que laboran en una institución de atención a PV experimentan y le dan significado a las formas de interacción y a las características de los usuarios que influyen en su satisfacción laboral. Para ello, se eligió realizar la investigación en la Clínica Especializada Condesa (CEC), ya que se consideró que el contexto de este lugar puede ofrecer resultados singulares debido a sus particularidades organizacionales.

La CEC es un centro de atención enfocada en población adulta con SIDA e ITS, la cual pertenece a los Servicios de Salud del Distrito Federal (SSDF). En ella se atiende a las PV que cumplen con los requisitos establecidos en el Sistema de protección Social en Salud (SPSS), ya que depende financieramente de éste. Los servicios que se otorgan son ambulatorios e incluyen consejería, especialidades médicas, laboratorio clínico y el área llamada "Clínica Trans", que brinda atención endócrina hormonal a personas que desean cambiar de género que cumplan con ciertas características para su tratamiento. En la Clínica también hay proyectos de investigación y programas enfocados a personas que viven en situación de calle, que están encarceladas, y/o que sean víctimas de violencia sexual.

Actualmente, en la CEC laboran aproximadamente 150 personas que están contratados bajo los esquemas de contrato permanente, denominados "de base", y los de tipo temporal, también llamadas "de contrato" o "por honorarios". Aunque todo el personal se encuentra bajo las órdenes de la encargada de la Coordinación del Programa de VIH y SIDA, existe una división administrativa de la organización que busca facilitar el manejo del personal. Para ello, la CEC se ha dividido en cinco áreas: Dirección médica, Coordinación administrativa, Subdirección de prevención, Atención de grupos vulnerables, e Integración comunitaria. Igualmente, al interior de estos grupos existe una jerarquización bien delimitada, donde la presencia de jefes de área divide las responsabilidades.

Así mismo, existe personal que ejerce actividades voluntarias o está contratado por medio de asociaciones civiles que apoyan a la Clínica. Tal es el caso de las personas que manejan el módulo de derechos humanos, el cual proporciona

orientación y asistencia legal en caso de violaciones a los derechos de los usuarios, o bien, de reportes y quejas sobre trato discriminatorio por parte de los prestadores de servicios.

Por todas estas características, se considera a este lugar completamente singular, por lo que lo convirtió en un sitio adecuado para llevar a cabo y lograr el objetivo del estudio.

METODOLOGÍA

Mediante el empleo de metodología cualitativa, se llevó a cabo un estudio de caso intrínseco en el que se buscó identificar la experiencia vivida por parte de los prestadores de servicios de salud que laboran en la CEC. Dentro de sus relatos, se buscó analizar las referencias simbólicas sobre diversos aspectos inmersos en su labor dentro de la institución, tales como las surgidas por el rol desempeñado y la interacción con los usuarios, incluyendo las características de éstos que pudiesen influir en su satisfacción laboral. Esto es porque se partió de la premisa de que estas actividades están inmersas en un conjunto de significados sociales, culturales y de la institución para la cual trabajan estas personas, y que pueden influir en su satisfacción laboral.

Ello implica que se analice esta experiencia no sólo desde el punto de vista de individual, sino que se debe de incluir el contexto en donde se desarrolla, lo cual hace necesario realizar un análisis que tomen en cuenta estos dos aspectos. Por ello, es que se eligió utilizar dos corrientes sociológicas de manera simultánea, de

manera que se abarcaran los aspectos mencionados: la fenomenología y el interaccionismo simbólico.

La fenomenología, se centra principalmente en la relación que hay entre los hechos, es decir, la experiencia vivida, y el contexto en que se hace presente esta realidad, así como de las experiencias cotidianas que surgen a partir de ello. A esto, Schütz lo denomina “el mundo de la vida” (Schütz, 1973:3), dando lugar a que de esta realidad surgen significados que son sujetos de interpretación y análisis. Esta corriente contempla también que esta realidad no se construye sólo de manera individual, sino también de manera social, dando lugar a una “escenificación”, en la cual las personas interpretan un papel de acuerdo a los significados que le dan sentido a sus actos y a su entorno (Castro, 1996; en Szasz et. al., 1996). Este principio puede ser aplicado a la escenificación que tiene lugar en la prestación de servicios de salud, en la que los prestadores de servicios de salud y los usuarios desempeñan determinados roles que pueden ser análogos a los papeles asignados durante una representación escénica, en la cual son los actores principales.

De acuerdo a esta corriente, dentro de la referida representación, las acciones de los actores pueden estar determinadas por experiencia adquirida en situaciones anteriores, las cuales dan la pauta para actuar de manera determinada, que se considere sensata y racional (Schütz y Luckmann, 1973). Es decir, emplean modelos típicos que son aceptados por los demás, y que atañen a hábitos de conducta automáticos que se llevan a cabo en situaciones cotidianas, y que son denominados como “tipificaciones y recetas” (Schütz, 1944:501). Las tipificaciones

tratan de ignorar ciertos rasgos particulares para centrarse en características genéricas y homogéneas de objetos y personas; por su parte, las recetas se enfocan con las vivencias surgidas de las situaciones, dando lugar a comportamientos considerados como aceptables ante las otras personas (Schütz y Luckmann, 1973).

Por su parte, el interaccionismo simbólico es una corriente sociológica que se sitúa dentro del paradigma interpretativo, y que busca comprender las acciones y actitudes de los sujetos al relacionarse con otras personas (Blumer, 1982). Esta corriente busca analizar los significados surgidos de la manera en que los individuos interpretan el mundo a su alrededor, incluyendo a las personas que le rodean y que en un momento dado pueden dirigir y/o limitar su conducta para ser aceptado entre sus semejantes. Esto lo hace al reflexionar sobre la manera en que sus actitudes y acciones son observadas y analizadas por las personas que le rodean, lo que conlleva a que el sujeto trate de verse a sí mismo como si estuviese analizando su imagen ante un espejo (Mead, 1999).

En este estudio, se decidió emplear al interaccionismo simbólico desde el punto de vista del orden negociado, el cual indica que el orden establecido por los diferentes estratos sociales se da como resultado de las distintas interpretaciones simbólicas surgidas de la interacción y negociación que se da entre los individuos, para darle sentido al orden social (Fernández-Moreno, 2007). A su vez, esta continua acción negociadora da lugar a que frecuentemente se dé un replanteamiento de dicho orden social, dándole un aspecto dinámico a la interacción. Se eligió este aspecto debido a que las relaciones sociales dentro de

las instituciones de salud tienden a ser asimétricas, tanto dentro del orden jerárquico y división de tareas que contempla a los prestadores de servicios, como en la existente en la relación médico-paciente. De esta manera, se hace presente la dominación expresa que tienen ciertos individuos sobre otros, ya sea por nivel de conocimientos o por nivel jerárquico, con el fin de tomar el control de la situación, lo que es definido por Hughes (1943) como *master estatus*. Es decir, el orden negociado se encuentra presente en estas interacciones, ya que frecuentemente es necesario realizar acuerdos durante diversas situaciones cotidianas que permitan la continuidad del orden social para la prestación de servicios de salud.

Al emplear estas dos corrientes, la fenomenología y el interaccionismo simbólico, se busca tomar en cuenta no sólo los significados surgidos a partir del encuentro entre los actores mencionados, sino de considerar los provenientes de las estructuras y el contexto social, permitiendo analizar integralmente el fenómeno de la prestación de servicios. Esto, dentro de un abordaje cualitativo, permitió identificar patrones, tanto de significados como de comportamiento, relevantes dentro de la población analizada.

Para llevar a cabo este estudio, la recolección de la información se hizo en dos fases. En la primera se realizó observación no participante durante los meses de noviembre y diciembre de 2014, la cual dio lugar a la familiarización de los investigadores con los diversos espacios de la CEC, identificar a los distintos tipos de prestadores de servicios y comenzar a reconocer a los actores clave de la institución que posteriormente serían entrevistados.

En la segunda fase se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al personal de la clínica que aceptó participar voluntariamente, y que tuviesen al menos un año de laborar en la CEC; dentro de ésta última condición se exceptuó al personal de limpieza, ya que por sus condiciones contractuales regularmente no permanecen tanto tiempo trabajando en la institución. Se le dio preferencia a aquellos que proviniesen de las áreas que son consideradas en las que hay una interacción directa con los usuarios, ya que se consideró primordial explorar dentro de su discurso las percepciones y significados que fuese relevantes sobre su satisfacción laboral.

Las entrevistas se llevaron a cabo durante los meses de noviembre de 2014 a mayo de 2015, entrevistándose a 50 trabajadores, incluyendo personal médico, enfermería, consejería, farmacia, archivo, recepción, trabajo social, programas especiales, administrativo, mantenimiento y limpieza. También se entrevistó a seis personajes clave: tres funcionarios en puestos de confianza, y tres voluntarios de organizaciones civiles que desempeñan funciones de apoyo en la clínica. Esto último se realizó debido a que durante las entrevistas y las pláticas informales con los trabajadores, surgieron los nombres y actividades de estas personas, denotando su importancia dentro de los procesos que se llevan a cabo en la CEC.

Para el análisis del contenido de las entrevistas, éstas se transcribieron en Word®, siendo integrado y sistematizado empleando bases de la teoría fundamentada, tales como la elaboración de categorías para el análisis de los datos, empleando para ello el software MaxQDA®. Para ello se empleó simultáneamente la aproximación fenomenológica e interaccionista simbólica desde el punto de vista

del orden negociado. Así mismo, se decidió no dividir los resultados de la investigación por categorías relacionadas con el puesto desempeñado por los entrevistados, sino que se les consideró como una categoría homogénea, debido a la gran similitud de sus respuestas. El análisis se enfocó en identificar la experiencia vivida, así como los significados individuales, sociales y actitudes provenientes de la misma y de la interacción con los usuarios y otros prestadores de servicios de salud.

Las principales categorías de análisis fueron: a) identidad del prestador de servicios, b) adopción y socialización de su rol, c) interacción con los usuarios en el contexto de la Clínica Condesa, d) experiencias en la atención, y e) condiciones organizacionales y su influencia en la satisfacción laboral. Estas categorías se definieron mediante una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema, además de surgir durante el análisis de la información, simultáneo a la realización de las entrevistas.

La investigación recibió la aprobación de los Comités de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP), así como el consentimiento verbal y escrito de la Coordinación del Programa de VIH y SIDA de la Ciudad de México (CPVSCM), encargada de la CEC. Así mismo, se solicitó el consentimiento informado verbal de los participantes, el cual fue audiograbado para su registro.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio se presentan en dos apartados. En el primero se muestra el análisis del discurso de los entrevistados con especial énfasis en los significados que para los prestadores de servicios tienen las identidades de los usuarios de la CEC, y que constituyen un factor que influye en su satisfacción laboral. En el segundo apartado, se presentan los significados que los entrevistados le dan a su rol como prestadores de servicios y sobre su relación con los usuarios y cómo esto determina en parte su satisfacción como prestadores de servicios.

I. Identidades de los usuarios

Los usuarios de la CEC son residentes de la Ciudad de México que se encuentran afiliados al Seguro Popular. De la misma manera, debido a la alta capacidad resolutoria de esta institución, es frecuente que asistan también personas que cuentan con seguridad social de otras instituciones buscando atención inmediata, a los cuales se les refiere a la dependencia correspondiente una vez que se resuelve la problemática urgente con la que ingresaron. En mayo de 2015 se contabilizaron 18,000 expedientes, de los cuales aproximadamente el 70% se consideran activos.

Los usuarios que son atendidos en la CEC presentan una gran diversidad de identidades, tanto por sus preferencias sexuales como por sus características de vida. Así, es regular observar al interior de la misma, a personas pertenecientes a grupos de lesbianas, *gays*, bisexuales y transexuales y personas de las comunidades *friki*¹, *emos*², o con vestimenta *cosplay*³, entre otros. También se

atienden a grupos especialmente vulnerables como son farmacodependientes, individuos que viven en situación de calle y personas con privación de la libertad.

Los prestadores de servicios refieren que no siempre es sencillo atender a personas con estas identidades. Entre las situaciones que indican que se presentan, es que los propios usuarios se inconforman ante la presencia de ciertos pacientes, lo cual se genera principalmente en las salas de espera de la clínica. Un ejemplo de esto es la inconformidad expresada por usuarias heterosexuales ante la presencia de personas pertenecientes a los grupos Lésbico, Gay, Bisexual y Transexual (LGBT).

Casi el 99,9% de las mujeres que yo veo son heterosexuales, alguna que otra sí (es homosexual). [...] Más bien ellas son las que no toleran a los hombres que tienen sexo con hombres, ahí afuera vienen y se quejan que porque se andan besuqueando, que por culpa de éstos ellas están infectadas, que está lleno de estos, que la gente que se viste de mujer, qué cosas tan feas dicen, pero bueno, yo aquí en mi trinchera, yo no salgo a ver quién llegó.

Hombre, 58 años, Médico, Grupo médico

Como se puede apreciar en este testimonio, el prestador de servicios que atiende a estas mujeres refiere que ellas le expresan su descontento ante la presencia de usuarios no heterosexuales. Incluso, manifiestan su enojo y los consideran

¹ **Friki:** (del inglés *freaky* o *freak*, que significa “extraño”, “extravagante” ó “estrafalario”) es un adjetivo que puede emplearse para designar a personas o cosas consideradas como extravagantes, excéntricas o raras, o para referirse a individuos que se entregan de manera obsesiva y desmesurada a ciertas aficiones.

² **Emo:** Es un término empleado para identificar a un adolescente que adopta una apariencia y una serie de comportamientos que pretenden reflejar un estado de tristeza interna, caracterizándose por usar vestimenta negra y tratar de ocultar su cara.

³ **Cosplay:** contracción de las palabras “costume play” (juego de disfraces) y se aplica a las personas que usan disfraces y accesorios para representar a un personaje específico de algún videojuego, película, manga, cómic, anime, etc.

“culpables” de que ellas hayan adquirido el virus. Así mismo, se evidencia la postura tomada por el prestador de servicios ante esta situación, la cual es la de no intervenir cuando indica “yo aquí en mi trinchera, yo no salgo a ver quién llegó”, probablemente para no acrecentar el conflicto y por el rol que juega dentro de la institución. Es decir, se presupone que debe mantener una postura neutral y de negociador ante los diferentes conflictos que se presentan en el escenario que representa la propia clínica.

De la misma manera, en las entrevistas también se hizo evidente la expresión de inquietud por presencia de otros grupos de usuarios como son las personas privadas de su libertad, los presos. Si bien en la CEC existe la política de atención sin discriminación y/o estigmatización, algunos miembros del personal han expresado su preocupación ante un posible evento que involucre a estas personas. En el siguiente testimonio se aprecia que, ante situaciones en donde los prestadores de servicios en las que no tienen un control total de los procedimientos a seguir, existe cierta intranquilidad y preocupación. Esto debido a que en lo relativo a la atención médica, son los prestadores de servicios quienes controlan las situaciones, las formas de interacción y el poder, dado el rol que juegan en su relación con los pacientes.

Por ejemplo, no tenemos un protocolo de actuación, que eso siempre se debe tener, porque nosotros recibimos pacientes reclusos, entonces vienen con guardias armados, [...] vienen esposados de pies y manos, entonces eso siempre es intimidante. Entonces, realmente debe de haber un protocolo de actuación... A ver, ¿a quién le corresponde dar la alerta si una de esas personas se quiere ir? ¿A quién le corresponde dar la alerta si hay personas ajenas esperándolo?

Mujer, 44 años, Laboratorio, Grupo paramédico

Otro aspecto muy referido es que los usuarios presentan cierto nivel de “enojo” o de ser “cerrados” para hablar sobre su situación de salud. Esto, a decir de los entrevistados, se manifiesta principalmente en aquellos individuos farmacodependientes, con identidad transexual, homosexual, y los que viven en situación de calle. Esto lo consideran un obstáculo importante en la atención, ya que en ocasiones estos sentimientos interfieren con las formas de interacción y comunicación y, consecuentemente, con la aceptación del diagnóstico y tratamiento. Estas situaciones provocan frustración e insatisfacción en los prestadores de servicios.

Mi experiencia ha sido basta y ha sido agradable conocerlos, son un tipo de personas muy diferentes a todas las demás, porque cuando vienen aquí a la clínica, manejan cierto nivel de estrés, ellos están enojados, son muy cerrados a veces en hablar con los demás pues por su enfermedad y por cómo son. [...] Vienen enojados, a veces es difícil tratarlos al principio, pero poco a poco, cuando nos vamos conociendo, ya se abren con nosotros y podemos platicar con ellos.

Hombre, 34 años, Enfermería, Grupo paramédico

En este testimonio se logra identificar que el entrevistado percibe el “enojo” de los usuarios, lo cual adjudica a un alto nivel de estrés. Igualmente, identifica que su situación de salud se relaciona a “por cómo son”, es decir, a su identidad. Sin embargo, también reconoce que este tipo de dificultades van disminuyendo cuando los usuarios tienen un mayor trato con los prestadores de servicios y se va definiendo la forma de interacción y el paciente adopta su rol de enfermo, con la consecuente aceptación del lenguaje y el poder médico.

Sin embargo, esta diversidad de los usuarios y las situaciones derivadas de ello se ha convertido en algo que se observa rutinariamente, por lo que los prestadores de servicios lo consideran como parte de su labor cotidiana, salvo algunas excepciones que consideran casos extraordinarios. A pesar de reconocer que esto no es frecuente en otros sitios de atención, la mayoría de los entrevistados consideraron que ello no influye en su capacidad de brindarles atención de calidad.

II. Rol como prestadores de servicios: Usuarios y satisfacción laboral

De la misma manera, en la CEC se han presentado situaciones inusuales, como por ejemplo, que el lugar se ha convertido en un sitio no oficial de reunión para las personas con VIH y pertenecientes a diversos grupos de la comunidad LGBT, sean o no pacientes. Hay referencias de que en las salas de espera y afuera de la clínica se reúnen personas de estas comunidades, así como pertenecientes a diversas organizaciones, los cuales se sienten con derecho de seguir de cerca las actividades que se llevan a cabo en este lugar. Por ello, los trabajadores perciben que los usuarios consideran al lugar como propio, indicando que esta “apropiación” los coloca en una situación complicada, ya que existe lo que consideran un “sobre-empoderamiento”. Refieren que esto en ocasiones se traduce en una actitud demandante y en una ruptura de los procesos de negociación que se establecen entre el saber médico y la aceptación de la persona en su rol de enfermo. Por otra parte están las situaciones en que el paciente con VIH busca renegociar su forma de interacción con el prestador de servicios, dada su condición de especial vulnerabilidad.

Es como, yo estoy enfermo, me tienes que... tienes que hacer lo que yo diga porque estoy enfermo y si no, me estás discriminando, como que se escudan mucho en eso. O sea, es que yo soy persona vulnerable, me tienes que tratar bien, no me tienes que hablar mal y me tienes que hacer lo que yo diga. Me tocó una vez que un paciente dijo: “ah pues no tienes este medicamento, pues te vas a pedirlo porque no tengo” y yo ¿qué hago?

Mujer, 22 años, Farmacia, Grupo Paramédico

Este testimonio por parte de una trabajadora del área de farmacia ejemplifica la exigencia que hace un usuario que acudió a surtir su receta. La exigencia referida está fundamentada en su incapacidad de responder ante una circunstancia determinada, y el no darle lo que desea implicaría un trato discriminatorio.

De acuerdo a los entrevistados, estas actitudes demandantes se presentan en diversas situaciones, tales como al querer tener un trato preferencial, cuando olvidan la documentación necesaria para recibir atención, o bien, para tener acceso a ciertos tratamientos. Igualmente, existen referencias acerca de que los usuarios toman actitudes agresivas al no obtener lo que desean, cuando han permanecido mucho tiempo en las salas de espera o al hacer fila para acceder al servicio de farmacia. Esto último también es muy frecuente debido a los largos periodos que deben permanecer allí, los cuales son producidos por el alto número de usuarios que diariamente solicitan servicios.

No, pues (el usuario) empezó a usar groserías y yo me salí (del baño), yo en ese momento me salí porque, como le vuelvo a repetir, nuestro trabajo no es pelearnos con nadie, es mantener la clínica limpia... Entonces me salgo, se sale atrás de mí y me empuja... Entonces, como fue en la parte de abajo, por la farmacia y sale una doctora que oyó lo que pasó y me dice, “¿a usted la están

agrediendo?” Y le digo, “sí doctora”, ella dijo “vaya con los policías” y lo medio calmaron al chico este...

Mujer, 43 años, Limpieza, Grupo de apoyo

Ante esta situación, el prestador de servicios busca reaccionar dentro de los parámetros y protocolos que están establecidos, sobre los que tiene control y en los que recibe además el apoyo de colegas y trabajadores de la institución.

Sin embargo, hay otras formas de violencia con importante carga simbólica por parte de los pacientes que suponen incluso el riesgo de infección para los prestadores de servicios.

Por ejemplo, nos tocó un paciente que salió de dental, creo que le hicieron una extracción, y pues uno entiende que te sientes mal, te duele y que estás inclusive hasta molesto, y pues el hecho de que tengas que formarte 5 minutos pues a algunos les molesta, entonces escupe sangre en las recetas, y así nos da las recetas, y pues tú ¿Qué haces? Pues las agarras de la orillita y te desinfectas las manos con alcohol...pero pues nos agreden así de esa forma... y pues me da pena porque uno está para ayudarles y así nos agreden

Mujer, 30 años, Farmacia, Grupo paramédico

Como se puede apreciar en este último testimonio el entrevistado refiere haber experimentado agresión ya que el usuario decide plasmar en la documentación entregada un fluido que se presume contiene el virus. La carga simbólica de esta acción es de resaltarse dados los miedos existentes a la infección por el contacto de fluidos corporales como son la saliva y la sangre, entre otros. Es una forma de manifestación de insatisfacción por parte del usuario, y que reta de forma directa al prestador de servicios colocándolo en una situación en donde no tiene el

control, que lo pone frente a la realidad que vive la persona con VIH, y que transgrede las formas establecidas de interacción al interior de la clínica.

Por todo esto, el arbitraje de parte de las autoridades de la clínica y del personal del módulo de derechos humanos es algo cotidiano. Ello provoca incomodidad e insatisfacción pues, a decir de los entrevistados, en muchas ocasiones se les da la razón a los usuarios a pesar en que, en su percepción, no siempre la tienen. Los trabajadores refieren que esto probablemente sucede debido a que con ello se busca evitar conflictos mayores, principalmente relacionados con demandas por supuesta violación de sus derechos humanos.

Pues yo siento que ahorita no... bueno yo les digo “¿me dan permiso por favor?” Pero creo que a ellos les dan muchos privilegios de que cuidadito y te metas con ellos. Creo que derechos humanos los protege mucho, pero creo que ahora sí a nosotros también nos deben de respetar ¿no? porque también... no porque ellos estén malos se pueden encajar con la gente ¿no cree?

Mujer, 48 años, Limpieza, Grupo de Apoyo

Como se evidencia en el testimonio anterior, esta prestadora de servicios no se siente respetada por los usuarios. De la misma manera, indica que éstos son “protegidos” por los encargados de vigilar sus derechos humanos, lo cual los hace merecedores de “privilegios”. Este tipo de referencias son más mencionadas por el personal entrevistado que no pertenece al grupo médico y que además está contratado de manera eventual. Ellos indican que prefieren “no meterse en problemas”, ante la posibilidad de perder su empleo debido a estas situaciones.

Así mismo, los prestadores de servicios refieren que tratar a los usuarios en estas condiciones “es complicado”, pero que “tratan de entenderlos” y “hacerles

entender” que la CEC es una institución pública en la que se busca brindarles una buena atención. Además, algunos refieren que tratan de “perdonar” las actitudes de agresión de las cuales, si no tienen mayores consecuencias, prefieren “olvidar el asunto” pues “no quieren engancharse” en la discusión ni en los problemas personales del paciente. Algunos indicaron que cuando consideran que la situación lo amerita, registran lo sucedido en el expediente clínico o bien, optan por hacerlo de manera electrónica mediante su teléfono celular. Esto también se debe a que refieren que la mayor parte de los desacuerdos terminan con la intervención del personal de dirección y del módulo de derechos humanos, por lo que requieren evidencia que apoye su actuar.

Si bien este empoderamiento y sentido del derecho es ejercido por una gran cantidad de usuarios, también es referido que existen casos contrarios. Por ejemplo, identifican que algunas usuarias no son tan empoderadas como otros pacientes, pues anteponen a sus familiares, trabajo y otras obligaciones, postergando su autocuidado. Este tipo de actitudes causan sentimientos encontrados en algunos prestadores de servicios, debido a su interacción con usuarios que presentan estas polarizaciones del empoderamiento.

Al hablar sobre este tipo de conductas de empoderamiento y sentido del derecho presentados en la CEC, los entrevistados también indicaron que no son frecuentes de observar en otras instituciones de salud pública. Al cuestionarles sobre ello, indicaron que los usuarios de allí generalmente son “controlados” mediante diversos mecanismos, tales como el diferimiento de consultas, restricción de medicamentos o alargamiento en los tiempos de espera, entre otros. Siendo esto

motivo de afectación del estado de salud de los pacientes, este tipo de acciones no están permitidas por las políticas de atención en la CEC, en la cual se trata de brindar atención lo más inmediato posible. A su decir, es por ello que los usuarios de la clínica se sienten con más libertad de expresar su sentir y su inconformidad ante situaciones que consideran lo amerita.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La satisfacción laboral no debe contemplar sólo aspectos positivos de la experiencia o expectativas favorables que las personas tienen en relación a las situaciones que se presentan en su trabajo; este concepto debe incluir también aspectos que provocan preocupación, inseguridad o desmotivación, entre otras emociones negativas. Este tipo de condiciones establecen pautas sobre la realidad que experimentan los trabajadores, los cuales dan lugar a estados emocionales y actitudes hacia el trabajo en general, o hacia facetas específicas del mismo (Bravo et. al., 1996; citado por Mansilla-Izquierdo et. al., 2010:149).

Si bien lo deseable es que los trabajadores, en este caso, los prestadores de servicios de salud, cuenten con condiciones positivas que logren actitudes deseables que favorezcan su relación con su trabajo, desafortunadamente esto no siempre sucede. De acuerdo con Blumer (1982), ello se debe en parte a los procesos simbólicos derivados de la influencia del contexto, por lo que su análisis, en conjunto con los significados derivados de la interpretación de los hechos y

situaciones vividas, puede dar la respuesta al porqué de las actitudes y acciones de los individuos ante ellas.

Por ello, es importante identificar y analizar los factores y situaciones que rodean a los prestadores de servicios en su ámbito laboral. Esto incluye a los propios de la institución en la que laboran, así como de los usuarios que son atendidos en ella, ya que forman parte de la definición del mundo real en que se desempeñan los prestadores de servicios de salud. Éstos, de acuerdo a los resultados de esta investigación, son factores importantes que permiten comprender los significados derivados de situaciones y experiencias vividas, y que a su vez, permiten entender las causas de su satisfacción laboral.

Una de estas condiciones implicadas en esta satisfacción laboral, como indica Bascuñán (2005), descansa sobre la relación existente entre los médicos y los usuarios atendidos; de la misma manera, este autor afirma que ello puede depender de las características del paciente y del tipo de situación clínica que se experimente. Esto es concordante con los resultados de este estudio ya que, a decir de los entrevistados, las características de la población atendida en la CEC influyen en la satisfacción laboral no sólo de los médicos, sino del personal entrevistado que pertenece a otros grupos de atención.

Por su parte, llama la atención que los significados derivados de las características de los usuarios que se relacionan con su satisfacción laboral van más allá de su identidad sexual, tales como el que algunos viven en situación de calle o el ser presos que acuden custodiados a la clínica. Este último dato resalta ya que, si bien algunos autores han identificado cierta resistencia hacia la atención a

pacientes con identidad diferente a la heterosexual (Infante et. al., 2006; Reis et. al., 2005), en este estudio se identificó que dicha característica no fue expresada directamente como causa de insatisfacción. Esto más bien se relacionó con otro tipo de situaciones en los procesos de atención, tales como la referencia sobre la molestia expresada por las usuarias heterosexuales al estar a su lado en la sala de espera.

También es de llamar la atención que en los testimonios revisados se manifestó la preocupación ante un posible evento resultante de la conducta de los usuarios, o algo más que comprometiera la seguridad del lugar, y no tanto la inconformidad relacionada directamente con su atención. Esto concuerda con los resultados presentados por Kabbash et al. (2010), quienes identificaron la presencia de miedo durante los procesos de atención cuando los prestadores de servicios consideraron que su seguridad se encontraba en riesgo, con la consecuente insatisfacción.

Por otra lado, en los resultados se reconoce la presencia de los prestadores de servicios como parte de una sociedad que por sí misma emite significados, lo cual ayuda a identificar una realidad que se construye socialmente, en este caso el ambiente laboral que le rodea y los usuarios que son atendidos. Ello da lugar a un escenario en el que los trabajadores interpretan un rol de acuerdo a los significados que atribuyen al mismo.

De esta manera, los prestadores de servicios interpretan dichos significados a fin de que puedan conducirse de acuerdo a las condiciones establecidas socialmente (Schütz, 1973); en este caso, por las condiciones institucionales de la CEC, de la

interacción que se da con los usuarios, así como de las que surgen a partir de los cambios en el entorno y que influyen en dicha interacción. Por ejemplo, tradicionalmente los prestadores de servicios, principalmente los pertenecientes al área médica, tienden a ejercer el de poder y control sobre los usuarios, lo cual se da por el establecimiento social de un rol que tienden a seguir, es decir, se establece un orden negociado en el que ellos ejercen un rol de *master estatus*, lo que ayuda a dar sentido a los actos y al entorno en que viven estos trabajadores (Castro, 2011; Castro, 1996; en Szasz et. al., 1996).

Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos, se identifica que los usuarios en esta institución no tienden a seguir un orden negociado estático, sino más bien uno de tipo dinámico, en el que se presenta una constante renegociación. Es decir, los usuarios que son identificados como empoderados, tienden frecuentemente a tratar de tomar el control de las situaciones que se presentan cotidianamente dentro de la prestación de servicios dentro de la CEC, lo que trae en consecuencia insatisfacción laboral en los prestadores de servicios. Esto último concuerda con los resultados obtenidos por Bascuñán et. al. (2011), quienes describieron que la insatisfacción se relaciona con la percepción negativa acerca los cambios presentados ante la pérdida del poder en la interacción con los usuarios.

Sin embargo, dentro de los resultados también se puede advertir que este empoderamiento no siempre se presenta en todos los usuarios de la misma manera. Esto es porque se observa que, mientras algunos aplazan su tratamiento debido a que priorizan otro tipo de situaciones, por otro lado se encuentran

aquellos que presentan una actitud demandante, que incluso puede llegar a convertirse en acciones tales como la agresión hacia el personal. Esto último, en apariencia, lo realizan en pos de defender sus derechos a fin de que no sean violentados, o bien, obtener lo que desean.

Lejos de considerarlas negativas, la participación y empoderamiento de las PV en relación a la toma de decisiones sobre su tratamiento, la defensa de derechos humanos de las PV, y al manejo que se le ha dado a la epidemia de VIH en los últimos años, han sido estimadas positivamente. Incluso, se les considera como parte del ejercicio de gobernanza en algunos sistemas de salud. Es decir, las organizaciones civiles que vigilan y apoyan a estos usuarios, históricamente han conformado parte esencial para la toma de decisiones en programas y proyectos en salud, debido a que se han convertido en una manera aceptada de participación comunitaria, y una forma de dar voz a las necesidades de las PV (Bureau-Point y Phan, 2015; Nguyen, 2010). De esta manera, se puede afirmar que sus acciones han sido indiscutiblemente benéficas para el manejo del VIH y SIDA no sólo en México, sino en varias partes del mundo.

Sin embargo, en el caso específico de la CEC, aparentemente su presencia y participación han traído algunos efectos inusuales que fueron referidos por los entrevistados. Dentro de ellos, resalta la argumentación de los usuarios para obtener un trato preferencial, basándose en su condición de ser portador de VIH y, estar en una situación de vulnerabilidad. Esto probablemente esté relacionado con las experiencias previas de los usuarios, los cuales tradicionalmente son sujetos de descrédito por su condición de ser PV, además de que algunos cuentan con

características por las que frecuentemente son discriminados, tales como la identidad diferente a la heterosexual y ser usuarios de drogas recreativas, entre otros.

Es común que los portadores de este descrédito, en consecuencia, busquen la manera de quitarse esta etiquetación debido a las situaciones desfavorables a que son sujetos (Goffman, 2010). Una manera de hacerlo es mediante el manejo de la tensión generada durante la interacción social, la cual comúnmente se presenta en el escenario que constituyen los servicios de salud (Castro, 2011). Dado que dentro de las políticas de atención de la CEC se encuentra la no estigmatización, esto forma parte de las estrategias para tratar de “normalizar” la situación social de los usuarios. Sin embargo, en este caso, es empleado aparentemente a su favor para no ser etiquetados desfavorablemente por su condición de ser portador de VIH.

Una limitación de este estudio es que el análisis de los resultados se presenta desde el punto de vista de los prestadores de servicios de salud, incluyendo informantes clave, pero sin tomar en cuenta la opinión y experiencia de los usuarios. Probablemente sus testimonios darían una perspectiva distinta sobre la problemática revisada, principalmente sobre el empoderamiento y del discurso de vulnerabilidad como defensa ante la posible violación de los derechos de las PV. Sin embargo, consideramos que ello por sí mismo debe constituir un estudio más profundo, a fin de que se identifiquen y analicen factores que muy probablemente no se consideraron en esta investigación. Ello es necesario para buscar estrategias y políticas enfocadas a esta situación, a fin de no afectar la relación

médico-paciente ni la satisfacción laboral, al mismo tiempo que se garantice la calidad de la atención y la satisfacción del usuario con el servicio otorgado.

Dentro de las consideraciones para elaborar estas futuras políticas en la prestación de servicios de salud, es recomendable tomar en cuenta si los fenómenos del empoderamiento de los usuarios y el orden negociado dinámico identificados en este estudio son exclusivos de la institución analizada. Esto es importante porque consideramos que es necesario llevar a cabo más estudios que permitan identificar si dichas situaciones se presentan en otro tipo de instituciones, pero que aún no han sido reportadas. Así mismo, es deseable conocer si esto se presenta a consecuencia de las características propias de la población atendida, es decir, que las particularidades asociadas con ser portador de VIH, incluyendo las metáforas y significados emanados de la interpretación del contexto social, así como las políticas para su atención, influyan en que este fenómeno se presente. O bien, por el contrario, es posible que esto se presente también en otro tipo de población atendida, lo cual se convertiría en evidencia de cambios en el paradigma del modelo tradicional de la interacción que se da entre los prestadores de servicios y usuarios, implicando que el master estatus esté dejando de ser propiedad exclusiva de los primeros, tendiendo a la desaparición de un orden negociado estático. Por ello, consideramos imprescindible que se analicen otras instituciones de atención exclusiva de enfermedades crónico-degenerativas, a fin de que se busquen identificar estos mismos factores y se contrasten con los hallazgos de este estudio.

Finalmente, como se puede apreciar, el conocer y comprender el contexto donde se llevó a cabo esta investigación ayudó para la interpretación de los significados inmersos en el discurso de la experiencia de los prestadores de servicios de salud al atender a PV. En este caso, fue muy importante y de gran utilidad el poder analizar cualitativamente el problema de investigación empleando dos corrientes sociológicas, como fueron la fenomenología y el interaccionismo simbólico desde el punto de vista del orden negociado. De no hacerlo de esta manera, probablemente no habría sido posible identificar estos resultados si se hubiera empleado una metodología más restrictiva. Por ello, instamos a no temer emplear la combinación de herramientas de investigación que se consideren necesaria para lograr el objetivo de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bascuñán ML (2005). Cambios en la relación médico-paciente y la satisfacción con los médicos. Rev Med de Chile; 133:11-16
2. Bascuñán ML, Horwitz N, Schiattino I, Acuña J, Jiménez JP (2011). Percepción de cambios en la práctica médica y estrategias de afrontamiento. Rev Med Chile; 139: 1305-1312
3. Blumer H (1982). El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona, Hora
4. Bravo MJ, Peiró JM, Rodríguez I (1996). Satisfacción laboral. España: Peiró J, Prieto F editores, Síntesis S.A. Citado en: Mansilla-Izquierdo F, García-Micó J, Gamero-Merino C, Congosto-Gonzalo A (2010). Influencia de la insatisfacción laboral en las demandas de cambio de puesto de trabajo por motivos de salud. Med Segur Trab; 56(219): 147-57
5. Bureau-Point E y Phan S (2015). The structural violence of patient participation in Cambodian HIV services. Qual Health Res; 4: 1-12
6. Castro R (2011). Teoría social y salud. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar
7. Castro R (1996). En busca del significado: Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. Capítulo en: Szasz I, Szasz-Pianta I, Lerner S, Amuchástegui A (1996). Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
8. Chen L y Hanvoravongchai P. (2004). Human resources for health: Overcoming the crisis. Lancet; 364:1984-90
9. Fernández-Moreno SJ (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud. Ref Gerenc Polit Salud; 6(12): 52-76
10. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH (2001). Las organizaciones: Comportamiento, estructura, procesos. México, McGraw-Hill/Interamericana. Citado en: Chiang-Vega M, Salazar-Botello C, Núñez-Partido A (2007). Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: Hospital tipo 1. Theoria; 16 (2): 61-76
11. Goffman E (2010). Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
12. Hughes EC (1943). The sociological eye. Selected papers. New Brunswick: Transaction Publishers. Citado en: Castro R (2011). Teoría social y salud. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar

13. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Sal Pub Mex*; 48: 141-50
14. Kabbash IA, Mekheimer S, Hassan NM, Al.Nawawy AN, Attalla AA (2010). Evaluation of HIV voluntary counselling and testing services in Egypt. Part 2: Service provider's satisfaction. *East Mediterr Health J*; 16 (5): 491-497
15. Linzer M, Baier Manwell L, Williams ES (2009). Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med*; 151:28-36. Referido por: Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S (2013). The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. *Fam Med*; 45(2):95-101
16. Mead GH (1999). Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires, Paidós
17. Mulaudzi MV, Pengpid S, Peltzer K (2011). Nurses' knowledge, attitudes and coping related to HIV and AIDS in a rural hospital in South Africa. *Ethno Med*, 5(1):25-32
18. Mutemwa R, Mayhew S, Colombini M, Busza J, Kivunaga J, Ndwiga C (2013). Experiences of health care providers with integrated HIV and reproductive health services in Kenya: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13:18
19. Nguyen, V. K. (2010). The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's Time of AIDS. Durham, NC: Duke University Press.
20. Pham HN, Protsiv M, Larsson M, Ho HT, De-Vries DH, Thorson A (2012). Stigma, an important source of dissatisfaction of health workers in HIV response in Vietnam: a qualitative study. *BMJ Health Services Research*; 12: 474-87
21. Ramírez-Fernández DM, Infante C, Caballero M (2016). Personal de salud que atiende a personas con VIH y SIDA: factores que influyen en su satisfacción laboral (mimeo).
22. Schütz A (1944). The stranger: An essay in social psychology. *Am J Sociology*; 49(6):499-507
23. Schütz A, Luckmann T (1973). The structures of the life-world. Northwestern University Press, Estados Unidos de América.
24. Uys LR, Holzemer WL, Chirwa ML, Dlamini PS, Greeff M, Kohi TW, et al (2009). The development and validation of the HIV/AIDS stigma instrument-nurse (HASI-N). *Aids Care*; 21(2): 150-159

Conclusiones

1. Estudiar la satisfacción laboral es complejo, ya que las actitudes y comportamientos desarrollados a partir de ella pueden determinar el funcionamiento y calidad de los servicios de salud.
2. La satisfacción laboral no debe contemplar sólo aspectos positivos de la experiencia o expectativas favorables que las personas tienen en relación a las situaciones que se presentan en su trabajo; este concepto debe incluir también aquellos que provocan preocupación, inseguridad o desmotivación, entre otras emociones negativas.
3. Los factores que influyen en la satisfacción laboral incluyen aspectos de índole personal, sociocultural, y de tipo organizacional de la institución en que se trabaja. En el caso de los prestadores de servicios que laboran en la Clínica Especializada Condesa (CEC), los factores organizacionales permean en la presencia de los otros aspectos relacionados con la satisfacción laboral.
4. Dentro de los factores organizacionales que influyen en la satisfacción laboral, resaltan las políticas institucionales de la CEC, ya que en apariencia propician el empoderamiento de los usuarios, con la presentación de las situaciones inusuales durante la interacción con los prestadores de servicios descritas en este documento.
5. La satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud que laboran en la CEC, se presenta a pesar del desgaste físico y emocional producido por las condiciones contractuales, la excesiva carga de trabajo, la posibilidad de

ser rechazados socialmente, el riesgo y la vulnerabilidad percibidas a consecuencia de atender a PV. Aparentemente, aspectos tales como la red social y la imagen positiva que surge al realizar su labor, entre otros, se convierten en refuerzos positivos que los motivan a seguir desempeñando sus funciones, e incluso, el buscar una vacante para trabajar en este lugar.

6. Los problemas de tipo organizacional tales como la excesiva carga de trabajo, insuficiente infraestructura y problemas derivados de las condiciones contractuales, son aspectos que no son exclusivos de la CEC, sino que se presentan dentro de otras instituciones del sistema de salud mexicano.
7. Los significados derivados de algunas de las características de los usuarios atendidos en la CEC, tales como el ser personas privadas de su libertad, producen sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad en los trabajadores entrevistados, influyendo negativamente en su satisfacción laboral.
8. La relación prestador de servicios-paciente en la CEC es de tipo dinámico. Esto es porque se presenta una constante renegociación en la que los usuarios tratan de ejercer su poder, con la consecuente insatisfacción de los trabajadores.
9. Es necesario llevar a cabo otras investigaciones que ayuden a profundizar en el análisis de aspectos relacionados con el empoderamiento de los usuarios descrita en este documento, ya que consideramos que es necesario tomar en cuenta su punto de vista para poder estudiar los fenómenos que se han mencionado en referencia a estas cuestiones.

10.El uso de dos corrientes sociológicas para el análisis cualitativo del discurso, en este caso la fenomenología y el interaccionismo simbólico, permitió comprender e interpretar los significados provenientes del contexto, las experiencias, el rol que desempeñan los prestadores de servicios de salud que atienden a PV, y de la interacción con los usuarios, los cuales influyen en su satisfacción laboral.