



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADO

**CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIA SOBRE DESARROLLO
REGIONAL**

MAESTRÍA EN ANÁLISIS REGIONAL

**ANÁLISIS DE CONDICIONES LABORALES Y RIESGOS PSICOSOCIALES EN
TRES HOSPITALES GENERALES DE TLAXCALA 2019-2023.**

T E S I S

**QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ANÁLISIS REGIONAL**

PRESENTA:

KARLA A ZUCENA RODRÍGUEZ LUNA

DIRECTORA DE TESIS:

CELIA HERNÁNDEZ CORTÉS

TLAXCALA. TLAX., DICIEMBRE DEL 2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. DEL TRABAJO HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD ECONÓMICA	10
1.1 Concepciones del trabajo	10
1.1.1. La Fuerza de Trabajo	18
2.1 El configuracionismo	19
2.1.1. El configuracionismo en el proceso de producción y trabajo	21
3.1 Condiciones laborales	23
3.1.1. La regulación del trabajo	28
3.1.2. Terciarización del trabajo	30
II. RIESGOS PSICOSOCIALES EN LOS LUGARES DE TRABAJO	33
1.2 Nuevos trabajos, nuevos riesgos	33
2.2 Riesgos psicosociales y salud.....	39
2.2.1. Clasificación de los riesgos psicosociales	41
2.2.2. Impacto de la psicología en estudios sobre el trabajo	42
3.2 Modelo Desequilibrio Esfuerzo Recompensa (DER) de Siegrist 1996.....	43
III. SISTEMA Y TRABAJADORES DE LA SALUD EN MÉXICO.....	47
1.3 El Sistema sanitario en el mundo	47
2.3 Sistema de salud en México	51
2.3.1. Sector público y privado.....	52
2.3.2. Reformas laborales en México y normatividad para los trabajadores de la salud.....	55
3.3 Hospitales de México	57
4.3 Hospitales de Tlaxcala.....	61
4.3.1. Caracterización de ciudades centrales: Calpulalpan, Tlaxcala y San Pablo del Monte ..	63
5.3 Áreas de urgencias. Definición; generalidades y protocolos de operación.....	70
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	75

1.4 Análisis General	75
2.4 Análisis por Hospital	80
2.4.1. Relación y comparación entre hospitales	81
2.4.2. Hospital General de Calpulalpan.....	82
2.4.3. Hospital General de San Pablo	84
2.4.4. Hospital General de Tlaxcala	85
3.4 Aplicación del modelo DER en cada hospital.....	88
V. CONCLUSIONES.....	97
VI. REFERENCIAS	104
VII. ANEXOS.....	112
1.7 Anexo 1	112
2.7 Anexo 2	120
3.7 Anexo 3	121
4.7 Anexo 4	122
5.7 Anexo 5	123
6.7 Anexo 6	124
7.7 Anexo 7	125
8.7 Anexo 8	126
9.7 Anexo 9	127

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Poblacion de Ciudades centrales.....	64
Tabla 2	Características demográficas de Ciudades Centrales.....	65
Tabla 3	Caracterizacion económica de las ciudades centrales. Sector secundario 2019	66
Tabla 4	Caracterizacion económica de las ciudades centrales. Sector terciario 2019	67
Tabla 5	<i>Ciudades Centrales y su ubicación por región</i>	68
Tabla 6	<i>Población, unidades económicas y cobertura de servicios de salud 2020</i>	68
Tabla 7	<i>Escala de Triage Abreviada por Prioridades en Hospital General (TRIAGE ETAP)</i>	72
Tabla 8	<i>Categorías de análisis general</i>	75
Tabla 9	<i>Relación entre Condiciones Generales y Estado de Ánimo</i>	83
Tabla 10	Relación entre Actividades y Responsabilidades y Estado de Animo	84
Tabla 11	Relación entre Ergonomía y Estado de Ánimo	86
Tabla 12	Relación entre Relaciones Laborales y Estado de Ánimo	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	<i>Metodología configuracionista</i>	20
Figura 2	<i>Representación gráfica del modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER)</i>	44
Figura 3	<i>Conformación del Sistema de Salud en México</i>	54
Figura 4	Atención médica de primer y segundo nivel.....	60
Figura 5	Ubicación de Hospitales Generales IMSS-Bienestar.....	69
Figura 6	<i>Autoridades sanitarias del estado de Tlaxcala</i>	70
Figura 7	<i>Infraestructura física y servicios del área de urgencias</i>	71
Figura 8	<i>Organigrama general de Sala de urgencias en México</i>	74
Figura 9	<i>Índice sintético de condiciones de trabajo en tres Hospitales Generales del estado de Tlaxcala, 2019-2023</i>	77
Figura 10	<i>Modelo DER aplicado a tres Hospitales Generales de Tlaxcala</i>	89
Figura 11	Modelo DER aplicado al HGC.	92
Figura 12	Modelo DER aplicado al HGSP	94
Figura 13	Modelo DER aplicado al HGT.....	96

AGRADECIMIENTOS



Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología, por la beca otorgada para realizar la Maestría en Análisis Regional en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias Sobre Desarrollo Regional de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Con la publicación del presente trabajo de investigación, además de la presentación del examen de grado correspondiente, sean la mejor muestra de gratitud hacia el CONAHCyT.

ESPECIALES

Antes que a nadie, yo me doy las gracias. Por haber logrado el crecimiento profesional y personal a pesar de las adversidades que se me presentaron en el transcurso de esta investigación, porque la resiliencia y perseverancia me han venido acompañando y porque sé que soy capaz de llegar lejos, mirar atrás y volver a tomar impulso para seguir avanzando.

A todas las personas que aceptaron formar parte de esta investigación, representando una muestra significativa de su población, sin su aportación no habría podido lograr el presente trabajo.

A mi madre que en ningún momento dudó en apoyarme en la medida de sus posibilidades cuando se lo solicité; por siempre creer en mí y mostrarse como la persona más feliz y orgullosa por cada uno de mis logros; a mi hermana y sobrinos por mostrarse tan amorosos y solidarios ante cualquier situación en que pude haberme sentido vulnerable.

Agradezco enormemente a mi directora de tesis, la Dra. Celia Hernández Cortés, que fue elemento clave para la realización de esta investigación, por la apertura a mi interés de incluir temas de psicología y que en conjunto con su gran saber en el ámbito de la economía y ciencias sociales se logró forjar lo que se presenta en las siguientes páginas. Por confiar en mí tanto en situaciones personales como académicas; me deja como aprendizaje la madurez y disciplina para crecer profesionalmente.

Al Dr. Edgar Iván García Sánchez quien me mostró una gran paciencia al acompañarme en el proceso hacia el análisis de resultados, exponiendo su gran conocimiento y apoyo en todo momento, además de que, en circunstancias adversas, las palabras que me ofreció fueron parte del impulso para lograr el gran objetivo dentro de la maestría.

A la Dra. Luz María Martell Ruíz, porque como su nombre lo dice, fue una luz en la fase hacia la culminación y precisión del borrador y me brindó las herramientas justas para un mayor acercamiento al ámbito psicológico y además mostró en todo momento el interés y apertura para guiarme e impulsarme a concretar esta tesis.

A los demás Doctores que integran el Seminario de Desarrollo Regional y Urbano; El Dr. Carlos Bustamante López quién siempre encontraba más ideas y vertientes para el fortalecimiento de mi investigación; a la Dra. Isabel Castillo Ramos que desde el inicio de la maestría mostró la gran empatía y aporte de ideas para la construcción de los primeros avances; Al Dr., Raúl Lozada Ortega quien me brindó comentarios e ideas nutritivas que dieron pie a la constante revisión de temas en el ámbito del sector salud; no menos importante es la contribución del Dr. Sergio Alejandro Pérez Muñoz que en todo momento tuvo los aportes necesarios y complementarios en cualquier tema, muestra clara del gran saber que posee.

A mi gran amiga, la ahora Mtra. Brenda Daniela Pérez Guillén, quien con sus palabras y solidaridad muchas veces me hizo sentir tranquila y capaz. Agradezco mucho que hayamos coincidido.

A todos los ya mencionados. Muchas gracias, porque representaron un gran equipo que estuvo en ocasiones sobre mí y en otras al lado, pero siempre guiándome y contribuyendo para lograr lo que más había deseado por un largo tiempo. Que la salud siempre los acompañe y su conocimiento trascienda por mucho tiempo.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones laborales son consideradas como todas aquellas circunstancias y características dentro de un trabajo y que están en relación con el trabajador; cualquiera de ellas puede significar un riesgo cuando no cumple los lineamientos de seguridad establecidos por la Ley para salvaguardar la integridad de la persona que cambia su fuerza de trabajo a cambio de un salario.

La presente investigación se centró en el análisis de las condiciones laborales generadoras de riesgos psicosociales que pudieran repercutir de manera negativa al personal de urgencias de hospitales generales en el estado de Tlaxcala ubicados en ciudades centrales (Calpulalpan, Tlaxcala y San Pablo del Monte); a través de la revisión teórica y de trabajos realizados dentro del contexto de trabajadores de la salud, para la construcción del estado del arte así como también las teorías base sobre el trabajo, tales como la *Marxista* (1867); el *Configuracionismo* (2018) y *El concepto ampliado de trabajo* (2009); agregado además, el aspecto psicológico con los *Riesgos psicosociales* y el *Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa* de Siegrist (1996).

Tanto las condiciones laborales como los factores psicosociales que pueden convertirse en riesgos dentro de un lugar de trabajo han tomado gran relevancia en los últimos años dentro de América Latina y se encuentran en constante estudio tanto por organizaciones de la salud; Instituciones de investigación y autores que han centrado su interés en ello y con el paso del tiempo se ha vislumbrado la importancia de la salud laboral y su repercusión a nivel individual, social y organizacional y a la vez visibilizar este fenómeno dentro de cada país, en esta ocasión dentro del estado de Tlaxcala.

Estudios de condiciones laborales como el de Noriega et al.,(2009) explican sobre el deterioro de las condiciones de trabajo y de salud en México; pone la mira en el Modelo Neoliberal y las repercusiones en el mundo del trabajo; enfocado en las poblaciones trabajadoras que cuentan con prestaciones de las instituciones IMSS e ISSSTE, que brindan servicios de salud a comparación de SSA que carece de ello, pues se ocupa de atender a personas no asalariadas e identificadas como marginadas de las instituciones de seguridad social. Así también SSA es la institución responsable de elaborar normas oficiales con relación al medio ambiente laboral.

Las condiciones laborales han tomado un gran papel en la población de trabajadores en el sector salud; lo cual representa una necesidad de identificarlas y evaluarlas para su propia intervención y prevención. Diversos autores se han dado a la tarea de aportar herramientas clave para un estudio más focalizado en el tema, tal es el caso de Blanch et al., (2010) quienes han llevado a cabo la validación de un cuestionario y el análisis de las condiciones de trabajo en diferentes países iberoamericanos; afirman que “*las condiciones de trabajo* son concebidas como el conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrollan la actividad y las relaciones laborales.” (Blanch, 2010, p.175)

Además de ello, considera que la categoría de riesgos psicosociales son una gran contribución a los cuestionarios tradicionales sobre condiciones de trabajo que en la mayoría centraba su interés en riesgos físicos, aspectos materiales y técnicos, ergonomía, entre otros, lo que hacía de lado el aspecto psicosocial. Por lo anterior, cabe destacar la importancia de la relación dada entre las condiciones laborales y la dimensión psicosocial enfocada al trabajador de la salud.

Desde la perspectiva de Gil (2012) los riesgos psicosociales en el trabajo y la salud ocupacional guardan relación con las economías en todos los países y repercuten sobre las consecuencias entre la población laboral, sumado a ello las opciones de empleo, relaciones socio-familiares, actualización de conocimiento, el ritmo de trabajo entre otros aspectos. Agrega que tanto enfermedades como accidentes de trabajo han estado en constante cambio al paso del tiempo, con ello, tanto los riesgos de origen psicosocial como sus consecuencias, toman una posición de protagonismo y la causa de bajas laborales debido a las afecciones en la salud y accidentes del mismo origen laboral.

Esta investigación tiene como objetivo general el realizar un análisis de las condiciones laborales y riesgos psicosociales a los que se exponen los trabajadores del área de urgencias en tres hospitales de Tlaxcala en un tiempo estimado desde 2019 al 2023, debido a que fue un lapso en el que una emergencia sanitaria como lo fue la pandemia por COVID trajo consigo la concientización de las condiciones en las que los trabajadores de la salud no dejaron de trabajar de manera presencial. Así entonces, se prosigue específicamente a identificar las condiciones

laborales en el área de urgencias de los hospitales generales de Calpulalpan, San Pablo del Monte y Tlaxcala para luego identificar cuáles son las situaciones que ponen en riesgo a sus trabajadores: médicos, enfermeros y camilleros; finalmente se ha de reconocer cuáles son las condiciones laborales que representan un riesgo psicosocial en cada una de las áreas de los mismos hospitales.

La metodología considerada aquí corresponde a un corte mixto, se ha utilizado la técnica de recolección de datos que es el cuestionario; aplicado específicamente a trabajadores de áreas de urgencias (médicos, enfermeros y camilleros) para la identificación de condiciones laborales y riesgos psicosociales; elaborado a partir de la Norma Oficial Mexicana (NOM-035-STPS-2018) por La Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS) así como del cuestionario básico propuesto para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe (ECTES, 2016) considerados como guías y adaptado para intereses particulares en cuanto a trabajadores de la salud.

Anterior a la implementación del cuestionario en los hospitales generales, se llevó a cabo una prueba piloto a personal de la salud en general de la cual se recolectaron doce respuestas que correspondían a hospitales privados y públicos y que sirvieron de apoyo para replantear ciertas preguntas y generar el instrumento final el cual se compone tanto de preguntas abiertas como de opción múltiple en escala Likert (*Anexo 1*) bajo las aclaraciones del consentimiento informado, así como la confidencialidad de datos personales. (*Anexo 2*).

En cada una de estas secciones se formuló una serie de preguntas específicas para reconocer la relación entre las condiciones laborales y su efecto en el Estado de Ánimo¹ del trabajador,

¹ A diferencia de las emociones, el Estado de Ánimo se considera como el fondo de éstas, pero con una duración mas prolongada, se puede reconocer tambien como el humor de una persona y que puede ser determinado por factores tanto internos como externos. En este caso las condiciones de trabajo que guardan relación a la respuesta psicofisiológica del trabajador. Para fines de esta investigación, dicha categoría se contruyó a partir de ocho ítems que cuestionan al trabajador sobre su capacidad de concentración; si se siente feliz con y en su trabajo o si ha sentido enojado, triste, nervioso u otra emoción sobre el reconocimiento de sus logros; la toma de desiciones o la dificultad para realizar sis actividades laborales. Así mismo esta categoría es retomada más adelante en el capítulo dedicado al análisis de resultados.

entendido como el nivel de felicidad/infelicidad que puede transitar durante varios momentos acorde a las situaciones que se viven -en este caso, en el trabajo- además de conocer experiencias personales, en las cuales se ha puesto en riesgo o no la integridad y salud del mismo.

Por cada sección se codificaron las respuestas para agilizar la vista de los resultados de acuerdo a puntuaciones y correlaciones de unas con las otras, es decir, las repercusiones de las Condiciones Laborales y factores psicosociales sobre el Estado de Ánimo del trabajador, así como de la percepción de bienestar y/riesgos que implican laborar en un hospital.

Para ello, se seleccionó el uso de muestra no probabilística por conveniencia, la cual a decir de Otzen y Manterola (2017) permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. En este caso, de todos los trabajadores de un hospital se seleccionan solo aquellos del área de urgencias y que respondan el cuestionario una vez que decidan formar parte de esta investigación y que hayan firmado también un consentimiento informado y de acuerdo a los criterios de selección y de exclusión².

La elaboración de tal cuestionario se conformó en base a las consideraciones bioéticas³ determinadas por la Secretaría de Salud (SESA) y la revisión de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM, 2017)⁴ Principios éticos para las investigaciones médicas en

² Inclusión:

1. Participantes que se les ha asignado trabajar en el área de urgencias, sin importar el turno
2. Participantes que hayan firmado carta de consentimiento informado
3. Haber llenado el cuestionario completo
4. Participantes que llevan 6 meses o más en el área de urgencias y que no hayan tenido ausentismo mayor a 30 días

Exclusión:

- 1 Participantes con diagnóstico previo de enfermedades que comprometan o favorezcan el estrés
- 2 No haber llenado el cuestionario completo o solo una sección
- 3 Participantes que lleven menos de 6 meses trabajando en el área de urgencias o que hayan tenido ausentismo mayor a 30 días

³ Se considera que para realizar una investigación dentro del área de la salud aun cuando no represente un mínimo daño o en caso contrario pueda generar algún riesgo a las personas consideradas como muestra: es necesario trabajar bajo criterios de bioética para resguardar tanto la salud como la integridad de los mismo.

⁴ Sobre la AMM, que la privacidad y confidencialidad, Párrafo 25: Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información

seres humanos; de igual forma el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud en México⁵ (DOF, 1987) en su última reforma publicada en 2014.

personal

⁵ La investigación para la salud es un determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, así como el desarrollo de estas mismas investigaciones deben atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. Se consideran los puntos más esenciales para esta investigación lo siguientes:

CAPITULO ÚNICO.

ARTICULO 3.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

CAPITULO I

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio,deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: (Se consideran los puntos acordes a esta investigación)

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigacióno su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala

ARTICULO 16 que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18, el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

CAPÍTULO V

De la Investigación en Grupos Subordinados

ARTICULO 57.- Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTICULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

- I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso;
- II. Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y
- III. Que la institución de atención a la salud y, los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

Cabe mencionar que se presentaron ciertas limitaciones, ya que, debido a los lineamientos de aplicación de instrumentos para la recolección de información dentro de los hospitales, el protocolo de investigación tuvo que ser sometido a revisión por parte del Comité Estatal de Investigación en Salud, así como el Comité de Ética en investigación ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala. (Anexos 3 y 4).

Por otra parte, además de la aplicación de dicho instrumento se pudieron obtener fotografías de cada institución, (Anexo 8) así como la facilidad de ingreso al área de trabajo para realizar observación directa.

Dicho lo anterior, se han construido cinco apartados: cuatro capítulos y uno de conclusiones. Realizada anteriormente la revisión de bibliografía para la conformación del estado del arte, se presenta entonces en el primer capítulo la perspectiva del trabajo como la actividad principal para generar bienes; su conceptualización existente en raíz al estudio de años y desde diferentes disciplinas, así como las evoluciones teóricas a partir de la época en que se estudia.

El trabajo se toma como punto de partida para la existencia de las relaciones productivas y como generador de plusvalor a través del análisis de la teoría marxista para la producción de bienes. Es considerado por Marx en su más reconocida obra *El capital*, mediante el análisis de la mercancía que se conforma de la interacción entre fuerza de trabajo y los medios de producción para su creación. Además del papel esencial del poseedor de la fuerza de trabajo que se relaciona a su vez con el dueño de los medios con los que se producirá dicha mercancía.

La generación del plusvalor, las relaciones laborales, el concepto de valor de uso y trabajo útil conforman parte de dicho capítulo para llegar al reconocimiento del trabajo en la salud visto como un tipo de trabajo, ubicado en el sector servicios, que forma parte de las *re-configuraciones* sociales, culturales, económicas, políticas que se llevan a cabo en un sector particular.

Así entonces se puede expresar la diversidad de producción de mercancías tangibles e intangibles y la división del trabajo; todos guiados tanto a la satisfacción de necesidades como a la generación de plusvalor.

Al reconocer la dimensión objetiva y subjetiva, mediante la ampliación del concepto de trabajo es también la base para el análisis de una realidad en constante movimiento, conformada por un contexto sociohistórico, esto es, mediante una metodología configuracionista propuesta por De la

Garza (2018) y que es aplicada unicamente al trabajo industrial; da entonces, la base de conocimiento para emplearla en esta ocasión en el sector terciario, específicamente en el sector salud.

El segundo capítulo está dedicado al reconocimiento de los riesgos a nivel psicosocial generados por las mismas condiciones; los estudios realizados en México, poco a poco han cobrado importancia en las últimas décadas; lo que también se ha reflejado en la formulación de Normas Laborales y la implementación de Programas de Identificación de Factores Psicosociales que puedan representar un riesgo.

Además del estrés reconocido en la mayoría de estudios sobre salud laboral, es necesario ahondar en los estudios sobre riesgos psicosociales y condiciones de trabajo en México, ya que, a comparación de otros países europeos y dentro de Latinoamérica, la visibilización de la salud laboral es menor a comparación de países como España y Chile en los cuales se han encontrado más publicaciones referentes a los factores y riesgos psicosociales laborales y de manera más específica en trabajadores de la salud.

Las condiciones y el medio ambiente laboral deberían ser motivo de preocupación en todos los ámbitos de trabajo y en especial en el sector Salud, ya que estos repercuten en la salud del trabajador y en su entorno, y lo que es aún más importante, en el paciente y su familia (Goñi et al., 2015, p. 40).

Desde la psicología, para trabajar en el ámbito laboral se ha hecho uso de modelos enfocados a las demandas de actividades; la capacidad de control sobre ellas, así como también los desequilibrios que pueden surgir en tanto al esfuerzo invertido en su quehacer y la recompensa que percibe conforme a ello. En esta investigación se ha considerado el impacto de las circunstancias que representan riesgos y reconocido por Fernández et al., (2005) y Canepa et al., (2008), quienes coinciden en la importancia de la aplicación del modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER) desarrollado por Siegrist¹ (1996).

Díaz y Mauro (2013) Mencionan que la salud mental es una de las principales causas de enfermedad que afecta a la población adulta a nivel mundial y que es la primera o segunda causa de que se dé ausentismo, sin dejar de lado aquellas enfermedades relacionadas con los

desórdenes musculo esqueléticos. En su mayoría, el aspecto más relevante y al que se le ha dado mayor atención es al estrés psíquico. Se explica que, de las personas trabajadoras dentro del sistema de salud, en gran mayoría quienes laboran en el servicio de urgencias son quienes se encuentran con mayor frecuencia ante la exposición a riesgos laborales y que entre estos predominan el estrés, enfermedades contagiosas y la violencia.

Para el tercer capítulo, se consideró la revisión general del Sistema sanitario a nivel mundial el cual se conforma de organizaciones como lo es la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que definen la salud como un derecho humano fundamental y como uno de los objetivos para la sociedad el cual debe llegar a una cobertura universal a través del trabajo en conjunto de los gobiernos de cada país.

Se da cuenta del Sistema de Salud en México y la creación de Secretarías; Leyes; Departamentos y Hospitales de especialidades que se fueron reestructurando para la conformación de lo que hoy se conoce como Sistema Nacional de Salud, así como la extensión de dependencias enfocadas a ofrecer seguros sociales a los trabajadores dentro del sector público.

Se describe la transformación de las instituciones a nivel nacional, así como a nivel estatal y la descripción de las salas de urgencias que poseen una estructura similar en los hospitales generales públicos, así como los protocolos de atención, considerados más adelante para dicha investigación por aspectos de interés tales como la dinámica de trabajo y las condiciones que pueden resultar propulsoras o limitantes para la ejecución de sus actividades y la estabilidad en salud física-mental y social.

El capítulo cuatro está conformado por el análisis de resultados obtenidos después de haber trabajado en campo y llevar a cabo la aplicación de técnicas para la recolección de información en las poblaciones objetivo; la descripción a nivel general mediante la representación gráfica en la cual se da una comparación entre las categorías Condiciones Generales; Ergonomía; Actividades y Responsabilidades; Relaciones con Pacientes y laborales; Acontecimientos Traumáticos y Seguridad de los tres Hospitales respectivamente.

En segunda instancia se realizó un análisis específico por cada Hospital para reconocer si alguna de estas categorías se relacionaba con el estado de ánimo de los trabajadores; así como posteriormente se aplicó el Modelo psicológico DER, del cual se obtuvo que en cada una de las instituciones el modelo ha resultado de manera distinta y además surgieron diferencias regionales entre ellos.

Finalmente, el apartado de conclusiones se enfoca en resaltar los aspectos teóricos que finalmente nos sirvieron para esta investigación; los aspectos metodológicos por considerar en futuras investigaciones y la importancia de los resultados encontrados.

Las limitaciones de esta investigación a nivel teórico y metodológico son responsabilidad de la autora, ya que, de haber tenido mayor tiempo y recursos para realizar la investigación se habrían incorporado otros elementos de orden sociodemográfico y políticos de los encuestados, además de haber trabajado con mayor profundidad en las características de cada uno de los hospitales estudiados y comprender mejor las condiciones laborales y los riesgos psicosociales de estos trabajadores, ya que cada hospital presenta una historia y condiciones de atención diferente.

I. DEL TRABAJO HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD ECONÓMICA

1.1 Concepciones del trabajo

El ser humano se ha encargado de crear bienes para su subsistencia y para la satisfacción de sus necesidades, sirviéndose de diversos medios de producción que han cambiado a través de la historia. La actividad principal para generar estos bienes es el trabajo. Visto como punto de partida para esta investigación se aborda a continuación la evolución teórica y práctica de este concepto que existe desde hace miles de años y se ha posicionado desde varias disciplinas además de las configuraciones a partir del espacio-tiempo que permiten vislumbrar nuevos puntos de partida y continuación a investigaciones que giren alrededor de este fenómeno social.

El trabajo y los medios de que se sirve para la transformación de los materiales extraídos de la naturaleza, son la base material de las relaciones sociales de producción. Fuerza de trabajo y medios de producción, constituyen la base económica de cualquier sociedad y sobre ella descansa el conjunto de instituciones que permiten su reproducción. Base económica y superestructura conforman una *formación social* concreta.

Uno de los principales autores que se han considerado para esta investigación es la teoría de Carlos Marx (1867) tomada como base; se consideran entonces las principales categorías sobre el trabajo, retomadas por algunos otros autores para renovar tal teoría, como es el caso de Enrique de la Garza (2009) con una visión ampliada sobre el concepto mismo de trabajo y la metodología configuracionista que comprende un nivel subjetivo para concebir la realidad en el mundo del trabajo.

En el siglo XVIII Marx en su obra *El Capital*, busca comprender el funcionamiento del sistema económico, que él denomina capitalismo. Para su comprensión realiza distintos acercamientos, el primero de ellos tiene que ver con la producción, el segundo es la circulación y finalmente el consumo. Tres procesos que no se encuentran separados ya que constituyen el proceso completo para la obtención de plusvalía.

En la producción el punto de partida es el análisis de la mercancía, la cual es el resultado de dos interacciones, la fuerza de trabajo y los medios de producción necesarios para la generación de mercancías. Los dueños de la fuerza de trabajo (trabajadores) interaccionan con los dueños de los

medios de producción (capitalistas) a partir de un salario y una jornada laboral. En este proceso de producción de mercancías se genera lo que Marx llamó plusvalor, al pagarle al trabajador parte del valor generado durante la jornada de trabajo y el resto de trabajo no pagado que queda en manos del dueño del negocio.

De ahí que se considere a la mercancía la unidad elemental de la riqueza capitalista. Este proceso de interacción productiva es posible a partir de un intermediario monetario que es el dinero. El dinero permite la compra de las destrezas de la fuerza de trabajo, durante una jornada y los medios productivos (maquinaria, renta de edificios, etc.) que se establece en forma de norma a través de los contratos y leyes laborales. De esta forma los hombres entran en relaciones productivas independientemente de su voluntad, relaciones que corresponden a un grado determinado de desarrollo de las fuerzas productivas.

En el análisis de la mercancía, Marx identificó el valor de uso y valor de cambio. El primero es la utilidad que tiene toda mercancía, es decir, para producir algo requiere que tenga una utilidad para el que la consume, si no la tiene, probablemente no se venderá y se dejará de producir, dicha mercancía dependerá del nivel de adquisición o necesidad a la que esté destinada. El trabajo que materializa el valor de uso de un producto, es lo que Marx (1867/1990) reconoce como trabajo útil, de ahí que el trabajo se revela asociado a su utilidad.

Para ser considerada como una mercancía, esta debe tener la intención de satisfacer a otros, pues una persona puede producir productos para sí mismo y tener un valor de uso, pero no se considera una mercancía a menos que se produzca para alguien más y además manejarse a través de un intercambio. “Para producir mercancías, no basta producir valores de uso, sino que es menester producir *valores de uso para otros, valores de uso sociales*” (Marx, 1867/1990, p.50).

Los valores de uso engloban trabajos útiles distintos, el trabajo de un sastre implica destrezas distintas a las de un mecánico o de un obrero textil o automotriz, lo mismo pasa con las destrezas entre médicos, arquitectos, profesores, etc. La diversidad de trabajos útiles que encierra la producción de mercancías expresa la compleja división del trabajo que existe en la sociedad.

En cada formación social, podemos encontrar diversos trabajos útiles, pero no todos tienen expresiones materiales, ya que puede tratarse de servicios que al entrar a un proceso mercantil, lo que generan es la satisfacción de necesidades y un estado de bienestar; un servicio médico, el

diseño de un edificio, la limpieza de una casa, una obra de teatro, conciertos de música, danza, etc., considerados trabajos útiles que a pesar de no tener una representación material, se mercantilizan a nivel micro social o de manera masiva.

El valor de cambio en las mercancías se adquiere cuando son objeto de una transacción, la característica de una economía mercantil es privilegiar el valor de cambio, sobre el valor de uso. Cuando las mercancías se intercambian, generalmente se usa el dinero nuevamente como medio para el intercambio. Al realizarse las mercancías en el mercado, el valor de esta se convierte en dinero que regresa al dueño del capital como dinero aumentado. La repetición de este proceso lleva a la acumulación de capital que posteriormente se va a invertir en nuevas instalaciones donde vuelven a confluir fuerza de trabajo y medios de producción. La acumulación del capital se puede invertir dentro de la misma industria o empezar a circular en otros sectores del mismo país o en otros países.

Estas relaciones entre trabajo y capital, que son la base de la propiedad privada generan relaciones contradictorias dentro de la producción y contraposiciones entre las clases que son dueñas de la fuerza de trabajo (proletariado) y los dueños del capital (capitalistas).

Para que se produzcan estos bienes se requiere de una fuerza que será ejercida por parte de quien lo elabora, es decir una fuerza productiva de trabajo que se da a partir de procesos cognitivos de la persona y aunado a ello el nivel de desarrollo de la ciencia y de tecnología.

Algo interesante a considerar es que la cantidad de fuerza productiva puede ser determinante para el valor de la misma mercancía, pues si hay más fuerza productiva de la requerida para su elaboración, el costo del trabajo (salario) será menor y de manera contraria, si hay menor fuerza productiva la demanda será mayor y por ende su costo también.

El trabajo es considerado como una condición de existencia humana, cuando se realizan distintos tipos de actividades que aluden a un trabajo, cada una de ellas va a ser a través tanto de fuerza humana como de fuerza mental.

Todo trabajo es, de una parte, gasto de fuerza de trabajo humana en el sentido fisiológico, y como tal trabajo humano abstracto conforma el valor de las mercancías. Todo trabajo es, de otra parte, gasto de fuerza de trabajo humana en una forma específica, orientada a un fin, y como tal trabajo concreto útil produce valores de uso. (Marx,1968/1990, p.55)

Si bien Marx analizó la mercancía en la producción industrial de Inglaterra del siglo XVIII, Rosa Luxemburgo (1912) indica en su obra *La acumulación de capital*, que la circulación del capital va buscando mercantilizar otras actividades pre capitalistas como la agricultura y los servicios, donde prevalezca el intercambio mercantil entre los poseedores de la fuerza de trabajo y los dueños de capital.

A diferencia de Marx, quien no considera los servicios como generadores de plus valor, al mercantilizar un bien material o no material, se establece una relación de compra venta y por lo tanto se mercantiliza la actividad, no para la producción en masa de un bien material, sino para el consumo inmaterial que genera satisfacción cuando en lugar de realizar cierta actividad como quehacer doméstico o preparar comida, se ofrece un intercambio monetario a cambio de que alguien más lo realice.

Las actividades comerciales y de servicios si bien existen desde antes de la presencia del modo de producción capitalista, se llegan a incorporar a la mercantilización de forma masiva en el siglo XX. Su crecimiento en los años cincuenta y sesenta en algunas ciudades de Estados Unidos y otras como Tokio, Londres y París; a la par se da un incremento en los ingresos de ciertas capas de la población de esos países. El crecimiento de estos ingresos, permitió a esta población contar con tiempo libre y acceder a otro tipo de bienes no necesariamente materiales.

El trabajo es visto también como una condición humana, pues se encuentra en la misma naturaleza del hombre quien puede generar bienes para su propio consumo o para intercambio mediante la fuerza que posee y emplea para realizarlos; sin embargo, cuando esta fuerza se emplea en un intercambio por dinero, se ejerce entonces a favor del comprador (capitalista) quien será libre de tomar el control y explotarla a su favor para apropiarse de lo que el ahora trabajador produzca en un tiempo establecido.

A cambio de este pago/salario, el trabajador realizará las actividades asignadas por el empleador o jefe. El ingreso monetario a cambio del trabajo, se ha valorizado como un acceso a medios de subsistencia, en cambio para el contratante, significa el crecimiento de las ganancias o su bienestar a través del rendimiento y productividad del trabajador.

Lo que pudo develar Marx, con el estudio del capitalismo fue la importancia que tiene el trabajo al generar plusvalor dentro de la producción de mercancías, la circulación del capital lo que

conlleva a la acumulación de éste y la importancia que tiene el consumo para la realización de las mercancías.

Como menciona Luxemburgo (1912) la misma circulación de capital además de encontrarse en la producción capitalista a través de las mercancías se encuentra en una dinámica de transformación en forma de capital dinero, capital productivo y capital mercancía.

En cuanto al consumo Marx, distingue entre el consumo de subsistencia y el consumo de lujo. En el primero se refiere a la alimentación y al vestido que dependen de las condiciones culturales de cada sociedad, sin embargo, con el Estado de Bienestar, los artículos que se consideraban no necesarios, pasaron a ser necesarios como la educación, salud, vivienda y ocio para grandes masas proletarias. Estas demandas aumentaron la producción. En este sentido la producción creó el consumo y al consumidor.

El consumo necesario pasó a ser todo aquello que se consideró habitualmente como tal. Esto se inició con el fordismo y el Estado de Bienestar; pasar de alimentación y vestido al resto del consumo no fueron concesiones, sino resultado de la lucha de clases. El consumo de lujo corresponde al consumo de la clase capitalista, que también se ha modificado con el tiempo.

El consumo representa dos cosas: para los trabajadores los medios de subsistencia para la reproducción de la fuerza de trabajo y para los capitalistas, la cristalización de la ganancia y el inicio de un nuevo proceso productivo.

El concepto de trabajo se ha modificado a nivel perceptivo y pragmático así como la relación con otros términos que si bien pueden complementar el concepto principal también se conciben como nuevas perspectivas, tal es el caso del *trabajo ampliado*, postulado por De la Garza (2009), quien menciona que el trabajo no solamente se reduce a un modo de producción clásico sino el producto final como resultado de procesos cognitivos; la conciencia para lograr ciertas metas; la forma en que se logran y todos los elementos que entran en juego considerados como propios del mismo trabajo.

El interés para De la Garza es presentar un concepto del trabajo con nuevas perspectivas, en el que se involucran dimensiones tanto objetivas como subjetivas, esto porque el hombre dentro del trabajo interactúa tanto con objetos materiales como simbólicos, también se refiere al proceso de trabajo como ampliado cuando considera que no solo es una relación capital-trabajo, sino entran

más actores como los clientes; las personas que transitan; automóviles de traslado; entre otros elementos que se encuentran involucrados, sean asalariados o no, ya que su presencia interviene y/o forma parte del mismo proceso.

En los años ochenta, hubo un decaimiento de las organizaciones tradicionales de trabajadores asalariados en casi todo el mundo, debido a la fragmentación de los procesos productivos, por el reacomodo de las industrias así como la distribución de fábricas lo que llevo al debilitamiento y disolución de organizaciones sindicales; pero al mismo tiempo, nuevos movimientos sociales surgieron como una encarnación del concepto de obrero social como así se les denominaba a las clases obreras recibieran o no un salario.

Existe la necesidad de explicar las fuentes de identidad y la acción colectiva entre trabajadores situados en relaciones poco claras de asalariamiento o bien con la imbricación con clientes, usuarios y tal vez, de recapitular acerca de un concepto ampliado de trabajo que no se restrinja al trabajo asalariado. Pero también es necesario pensar en la potencialidad de constitución de identidades colectivas en los nuevos trabajos asalariados. (De la Garza, 2009, p.113)

Una de las fuentes de los planteamientos De la Garza es la teoría neoclásica, la cual considera que solo es trabajo cuando hay un salario de por medio; la teoría marxista en cambio, lo considera como un trabajo -asalariado o no asalariado- mientras contribuya a la riqueza material de la sociedad, pero privilegia al asalariado.

En la producción capitalista del S. XIX se dio importancia a los tipos de trabajo del sector industrial, con grandes cantidades de obreros en fábricas al igual que las ciencias sociales se interesaron por esta línea del obrero industrial dejando de lado los demás sectores. El decaimiento del empleo agrícola en el primer mundo y la aparición de servicios modernos llevo a los países de Europa a mediados del S. XX a convertirse en sociedades asalariadas.

Desde hace años que el empleo en la industria disminuyó e hizo que se trasladaran grandes cantidades de fuerza de trabajo al sector servicios y con ello vino el gran crecimiento de trabajos precarios y la aparición de nuevas calificaciones, lo que ha generado incertidumbre sobre lo que se entiende por trabajo clásico, ubicado fundamentalmente en la industria. Esto no significa, que

el trabajo clásico haya desaparecido, sino que en la medida en que avanza el capitalismo han surgido trabajos que son considerados como no clásicos.

La perspectiva clásica percibe el trabajo como una ocupación y actividad productiva, se limita a considerar solo al que labora y su relación con el jefe y los medios de producción; su estudio se centra en la evolución del obrero de oficio que aprendió y tomó un control sobre su trabajo hacia el obrero que pasó a ser controlado por una máquina y por la organización al interior del lugar de trabajo; además del trabajo automatizado en el cual las calificaciones y responsabilidades se elevan constantemente mientras que se ponen en juego la capacidad de decisión e identificación del trabajador.

En su aspecto más básico el trabajo puede entenderse como la transformación de un objeto a partir de la actividad humana, utilizando determinados medios de producción para generar un producto con valor de uso y en ciertas condiciones, con valor de cambio. Esto no significa que sea una actividad aislada pues en ella existen interacciones con otras personas, como resultado se generan productos y al mismo tiempo la persona se transforma. (De la Garza, 2009, p.117)

A comparación de los trabajos clásicos se considera que, en los servicios, el cliente, derechohabiente o usuario, está implicado en el proceso de producción y lo convierte en un tercer agente que no es el obrero ni el empleador.

A lo anterior se agrega que, también existe el trabajo desterritorializado como los servicios a domicilio, ambulantes o ventas por internet; lo cual modifica la concepción de jornada de trabajo, el espacio y control de producción y por último la producción de símbolos que dependen de las cualidades del trabajador.

Históricamente, el objeto de trabajo provenía principalmente de la naturaleza de manera inmediata o mediata como resultado del trabajo anterior. Lo que modifica y caracteriza los conceptos de trabajo a finales del siglo XX es la extensión de la producción inmaterial, así como la transformación y generación de objetos que son puramente simbólicos.

La producción inmaterial es aquella en la que el producto no existe separado de la propia actividad de producir y que, de manera ideal, comprime las fases económicas tradicionales de producción, circulación y consumo en un solo acto. Esta compresión del

proceso pone en relación directa en el acto mismo de la producción, al productor con el consumidor-cliente. (De la Garza, 2009, p.118)

Las relaciones laborales y de producción se configuran y suelen verse complejizadas porque se adhiere un tercer sujeto de forma inmediata en el proceso donde ya está un trabajador y un contratante en un trabajo asalariado, como es el caso de los servicios educativos, de salud, de esparcimiento, transporte, entre otros.

Este tercer actor se convierte en un condicionante dentro del proceso de producción, ya que, sin él, el servicio no podría ser generado, además de que estos productos finales no son almacenables, sino que se consumen en el mismo momento de producción.

De la Garza (2009) señala que “la manera de consumir es al mismo tiempo, forma de producción y, especialmente, complica el problema de las relaciones sociales y del control dentro del proceso de producción” (p.119). Aunque cada vez menos productos provengan de la naturaleza y sean productos meramente simbólicos, en ocasiones requieren plasmarse de forma material, sírvase como ejemplo el conocimiento que requiere de un software para transmitirse.

Tanto la producción material como inmaterial traen consigo dimensiones objetivas y subjetivas; la actividad de trabajar físicamente implica el desgaste de energía y las transformaciones de lo material-inmaterial vienen de la importancia que adopta el aspecto intelectual.

Lo anterior supone que no hay trabajo físico sin la intervención de lo intelectual, lo que refleja la concepción del trabajo a nivel subjetivo; un producto final tangible que ha sido creado por estos dos niveles, “El aspecto subjetivo del trabajo implica conocimiento, pero también valores, sentimientos, estética, formas de razonamiento cotidianas o científicas y discursos.” (De la Garza, 2009, p.120)

Esta actividad laboral es la interacción entre sujetos, aunque actualmente ya no se requiera que sea cara a cara; se definiría mejor como una *comunidad simbólica de trabajo*. El trabajo no clásico se contempla como un producto de interacción entre el trabajador y el cliente y la misma producción de símbolos.

1.1.1. La Fuerza de Trabajo

Un componente implícito en la concepción del trabajo y que ya se ha nombrado anteriormente, es la *fuerza de trabajo*; empleada por el trabajador para realizar cualquier actividad dentro del mismo proceso de producción y mediante la transformación de la materia prima o la generación de información y servicios a través de los medios y herramientas de trabajo.

Entendemos por fuerza o capacidad de trabajo el conjunto de condiciones físicas o espirituales que existen en la corporeidad, en la personalidad viviente de un hombre y que este pone en movimiento cada vez que produce valores de uso de cualquier tipo. (Marx, 1968/1990, p.162)

Esta fuerza se encuentra tanto en personas que laboran, así como las que se dedican a trabajar de manera particular y otras que se encuentran en búsqueda de empleo y cuentan con los elementos como la edad; capacidades físicas y mentales, necesarios para formar parte de un proceso de producción.

La fuerza empleada en un trabajo se reconoce como una mercancía cuando el que la posee la ofrece y de manera libre puede disponer de ella, pero, tanto el que la compra como el que la vende son poseedores. Cuando el poseedor de dinero se encuentra dentro del mercado y solicita tal fuerza, su dinero se convierte en capital. El vendedor (empleado) de fuerza la ofrece a cambio de un salario y el comprador (contratante) la paga con la intención de maximizar su productividad a cambio del menor costo.

Anteriormente se consideraba que el que tenía la fuerza de trabajo solo debía venderla por un tiempo determinado, de lo contrario se convertiría él mismo en mercancía o en esclavo, por lo que, los trabajadores lucharon en el siglo XX por alcanzar contratos laborales que fijaron un plazo máximo de horas de trabajo; ya que la fuerza involucra un nivel físico, pero también un nivel mental, lo que requiere de un tiempo de descanso y ocio para una reposición de energía y las condiciones de empleo adecuadas; el movimiento de la clase obrera fue generador de lo que se conoce como *derechos laborales*.

Pero, al representar una fuente de valor económico y social dentro del sistema capitalista; se genera una situación de poder y explotación dentro del mercado laboral. El trabajador pone en

acción la fuerza de trabajo a través de las fuerzas naturales de su cuerpo actuando sobre lo material e inmaterial.

Además, existe una caracterización de la fuerza de trabajo que tiene que ver con el contexto urbano/rural; el tipo de trabajo; la diferencia de hombre y mujer; la edad; políticas de trabajo; tipo de producción; entre otros. Al ser un valor económico tiene como efecto la selección de personal, competencia entre trabajadores y trabajos precarizados.

No solo a nivel conceptual y de ejecución del trabajo se ve reestructurada por las perspectivas distintas, sino también todo lo que engloba éste, tal como las condiciones laborales; la fuerza de trabajo; la división de trabajo; derechos laborales; clasificación en sectores; trabajadores; economías; políticas y cualquier otro aspecto que pueda incluirse de manera objetiva y subjetiva.

Tal es el caso de la teoría *configuracionista*, la cual estudia tanto el concepto de trabajo como las intervenciones de circunstancias, elementos y condiciones que se transforman de manera que resulta una nueva visión y a partir de ella otra visión de manera sucesiva, por ello hace la comparación de esta realidad y su constante cambio como una especie de caleidoscopio que a continuación se explica de manera más amplia.

2.1 El configuracionismo

La trayectoria de estudios sobre el trabajo y la generación de conocimiento que conforman el tejido para la construcción de teorías y perspectivas de éste han dejado detrás conceptos que constituyen lo clásico y han anclado otros para la constitución de nuevas posturas teóricas.

Tal es el caso de De la Garza que propone *el configuracionismo*, un modelo que también se encuentra dentro de las teorías del trabajo; y que proviene del método dialectico de Marx y la escuela de Hugo Zemelman.

Durante los 80's y con el surgimiento del capitalismo neoliberal De la Garza presta especial interés tanto al estudio del Estado autoritario y los movimientos estudiantiles, así como de la clase obrera, en este último la idea principal fue realizar investigación empírica en el mundo del trabajo.

A través de los estudios en el trabajo industrial y su distinción con el trabajo no clásico además de la intervención de otros actores en el proceso de producción, se generaron reflexiones mismas del concepto de trabajo para dar paso a lo que él llama *concepto ampliado del trabajo* y de las relaciones laborales y construcciones sociales.

Para ello propone una metodología configuracionista la cual se considera dos elementos, el uso de una teoría y la validación de resultados. El *configuracionismo* considerado como una herencia marxista se basa en un proceso de abstracción a partir de las condiciones históricas y de vínculos sociales.

Es una propuesta de análisis de la realidad social a través de elementos tanto objetivos como subjetivos que tienen que ver con las condiciones históricas y las relaciones sociales. Empleado el método marxista que parte de lo *concreto real* que considera la realidad tal cual es; que pasa al *abstracto*, con la elaboración conceptual o la definición de características esenciales del objeto y sus principios básicos (de los hechos sociales presentes en la realidad). De la Garza incorpora a este modelo una tercera fase para acceder al *concreto pensado* como una reconstrucción y explicación más precisa del objeto con la intención de generar categorías más complejas a partir de las primeras. (Figura 1).

Figura 1

Metodología configuracionista



Nota: Elaboración propia

Para Marx resultaba esencial pasar de lo simple a lo complejo generando conocimiento a través de las particularidades del objeto por medio de la abstracción; para De la Garza es aún más relevante generar un nuevo concreto a partir de niveles de abstracción y del uso de múltiples

conceptos que sirven de articulación para la construcción de una teoría específica que dará paso a la explicación de ese objeto.

El concreto pensado, resultado de la abstracción a través de experiencias; es un proceso progresivo e histórico que tiene como resultado la formulación y reformulación de conceptos, ya que el resultado no será el mismo de donde se inició aun cuando se mantiene lo esencial de ese concreto. De la Garza (2018) menciona que la abstracción siempre va a ser un paso inevitable en el proceso del conocimiento, independientemente de la forma en que éste se adquiera y de los supuestos epistemológicos que subyacen a dicha abstracción.

2.1.1. El configuracionismo en el proceso de producción y trabajo

Retamozo y Morris (2022) consideran que la forma del Estado; los procesos de producción; las regulaciones de trabajo y las identidades laborales representan un punto de partida - lo concreto- para estudios laborales a partir del configuracionismo; para reconocer lo abstracto se deben identificar características y elementos que la conformen, por ejemplo, que al pasar del tiempo cada tipo de producción ha contenido siempre un sujeto que es la humanidad y medios como la naturaleza, además de que cada uno de los modos de producción requerirá de un instrumento de trabajo -aun cuando solo pueda ser la mano- las instituciones jurídicas, un gobierno entre otros, es decir, las características generales a través de la historia que llevarán a conformar el análisis del trabajo de manera teórica y que está estrechamente vinculado con la investigación empírica.

La idea de configuración se refiere a la realidad que está en constante cambio a través de las diferentes estructuras donde se relacionan el sujeto y objeto en diferentes niveles de abstracción y concibe la realidad tan solo como uno de esos niveles.

Dentro de la sociedad existen estructuras de política; de conocimiento; de salud; de cultura; educación; entre otras y son estas mismas las que tienen un efecto dentro de los fenómenos sociales, no determinan un comportamiento único, sino que son abstraídas por los sujetos y son transformadas de manera subjetiva.

De la Garza, las denomina como “configuraciones subjetivas” pues se ha formado un tipo de red o conglomerado de códigos en un espacio de subjetividades que dan sentido a una situación concreta. La constante transformación de estructuras a través de lo subjetivo da como resultado la

transformación de teorías y perspectivas, en este caso en cuanto al concepto de trabajo, a partir de cómo se toma la realidad en movimiento en el tiempo en que se estudia, no en cuanto a percibir lo general del trabajo clásico sino la identificación de más elementos que entran en juego y los procesos de producción, circulación y consumo que también se configuran y crean otros/nuevos conceptos de trabajo.

Las abstracciones durante la época en la que Marx escribe son acordes al modo de producción de ese momento, así como las relaciones sociales dadas en la misma; representaban entonces una totalidad que era la realidad percibida. La formación; deconstrucción; configuración y reconstrucción forman una clase de racimo en las que existen términos y/o categorías de mayor relevancia y uso teórico que otras.

La identificación de las nuevas concepciones de trabajo lleva a la comprensión de la realidad en constante movimiento conformada de subjetividades, códigos e interacción de los sujetos. La teoría entonces explicará los conceptos y categorías que se han reconfigurado y reformulado, así como su relación con el objeto. La teoría que explica la realidad actual no siempre podrá considerar categorías, subjetividades y conceptos formados anteriormente.

La reconstrucción teórica no solo implica la revisión crítica de las jerarquías y relaciones entre conceptos (en su corpus general) sino la articulación de esas “nuevas relaciones” con lo específico del objeto, su problema y dinámica de apertura...toda reconstrucción debe girar alrededor del problema específico que se quiere privilegiar para conocer. Aquí se combinan aspectos teóricos y sentidos prácticos de los sujetos, entre otros. (Favieri, 2020, p.201)

Se trata de una constante desarticulación entre los elementos para dar una manera más precisa de explicación en tanto al contexto a nivel cultural, político, económico y social. Tal es el caso de la teoría del trabajo en la cual las características y conceptos de una teoría anterior dieron pie a la renovación y reformulación de nuevas teorías que son consideradas a partir de la intención de explicarse en el tiempo en que se estudian, o como De la garza nombra, una realidad “dada-dándose”. En este proceso, se presentarán tanto paradojas como contradicciones entre los conceptos puesto que depende de las abstracciones de realidad, así como el constante cambio espacio temporal.

Si bien para De la Garza es una determinante el traer conceptos base de teorías clásicas ha agregado a ellas un elemento teórico-conceptual que abre un nuevo panorama de conocimiento que se incorporan a los estudios sociales en la actualidad.

En el caso de las condiciones laborales que coexisten con el trabajo remunerado se pretende considerar de manera general las más recientes perspectivas sin dejar de lado que en un inicio de sus estudios eran otras condiciones las que se consideraron: tanto el contexto como el ser social se encuentran en constante renovación en tanto a un nivel objetivo y subjetivo, por ello también las mismas condiciones serán configuradas de manera objetiva como salarios; ergonomía; contratos; y de manera subjetiva como lo es el ambiente laboral; la percepción de riesgos y seguridad y exigencias psicológicas. Las condiciones laborales actuales, son el resultado tanto de las dimensiones objetivas y subjetivas así como procesos políticos, socioeconómicos y culturales, de nuestro tiempo.

3.1 Condiciones laborales

Sin embargo, es necesario comprender lo actual haciendo un breve recorrido histórico sobre los movimientos de clases sociales por la búsqueda de derechos laborales y justicia social.

Se toma como escenario principal Inglaterra, con la llegada de la revolución industrial que trajo consigo transformaciones sociales que beneficiaban a los burgueses y al par afectaban al proletariado.

Con la aparición de la competencia con el mercado extranjero y la expansión del comercio se generó gran demanda de obreros en el mercado interno; el maquinismo convirtió en mismas máquinas a estos obreros que no salían más allá de su lugar de vivienda, trabajaban y ocupaban momentos de ocio para sembrar y cosechar sus campos, posteriormente, con la aparición de más herramientas de trabajo que aceleraban la producción, se abandonó progresivamente el trabajo en sus tierras para cumplir una jornada de trabajo que se compensaba con un salario.

Al trabajar para el dueño de los medios de producción, conformaban una clase de trabajo; las relaciones y procesos de producción se comprimieron y se generó la división del trabajo. Posteriormente se suplió el trabajo manual por el trabajo mecánico lo que hizo al proletariado

dependiente del burgués y poco a poco cayó en la carencia por la competencia entre trabajadores y pasó a vivir solamente a extensas de ese monopolio protegido por el poder del Estado.

El proletario es, por tanto, de hecho, como de derecho, el esclavo de la burguesía; ella puede disponer de su vida y de su muerte. Le ofrece los medios de vida, pero solamente a cambio de un "equivalente", a cambio de su trabajo; llega hasta concederle la ilusión de que obra por voluntad propia, que establece contrato con ella libremente, sin coacción, como persona mayor. (Engels, 1845, p.132)

Frente a la gran competencia por tener un trabajo y a la vez un sustento, los obreros trabajaban bajo un salario mínimo y además de eso, las mujeres y niños tenían salarios más bajos. El salario solo se elevaba si entre burgueses había competencia, decidían aumentar el salario cuando necesitaban producir aún más mercancía que les generaba mayores ganancias, como señala Engels (1845) el burgués es sabedor de la demanda y el mayor beneficio para sí mismo por lo que arriesga la jamonada por el jamón y cuando logra obtener el jamón, deja la jamonada para el proletariado.

El avance de la industria orilló al traslado de obreros a las ciudades donde además de las condiciones en las que ya se encontraban laborando, ahora se exponían a peligros físicos por el uso de la maquinaria y por la expulsión de gases y de químicos de las máquinas, así como la falta de medidas sanitarias; lugares de alojamiento precarios, y la exposición a situaciones de violencia.

No solo en Inglaterra sucedieron estos acontecimientos, sino en las demás partes del mundo a la par de las nuevas formas de producción y el surgimiento del sistema. Aun cuando la lucha del proletariado y la regulación del trabajo, así como la creación de leyes y normas lograron una disipación de las condiciones más precarias e incluso mortales en el trabajo; surgieron nuevas condiciones con el avance tecnológico; hecho que considera a las condiciones laborales indelebles de todo trabajo remunerado.

Actualmente, dentro de un lugar o centro de trabajo donde además de realizar actividades con los medios y herramientas que la organización ofrece se dan relaciones laborales en las cuales los sujetos perciben las diferentes circunstancias y condiciones dentro de su área de trabajo, así como

de su organización, lo que repercute en gran medida en las tareas asignadas, así como en la vida extra laboral.

Ya que tanto las condiciones de ambiente, las herramientas de trabajo, el salario y jornada entre otras características del trabajo serán la mayor determinante para el desarrollo tanto del trabajador, la organización y la economía de un país. “Las condiciones de trabajo son concebidas como el conjunto de circunstancias y características materiales, ecológicas, económicas, políticas, organizacionales, entre otras, a través de las cuales se efectúan las relaciones laborales.” (Martínez, 2013, p.543)

Cabe mencionar que las relaciones laborales se definen a partir del trabajo, es decir, se entiende por trabajo aun cuando es improductivo o no capitalista, así como meramente simbólico; pero en palabras de De la Garza, las relaciones laborales son la concreción del trabajo.

En términos de derechos y obligaciones, contenidos en contratos colectivos, reglamentos de trabajo, leyes laborales o de la seguridad social, resultado de las luchas de los trabajadores organizados que, por tanto, incluye en la relación laboral el derecho a la sindicalización, a la contratación colectiva, a la huelga y a la seguridad social. (De la Garza, 2019, p.27).

A partir de lo anterior y para fines de esta investigación, se consideró el término de condiciones laborales, ya que este término va en función con los lineamientos de trabajo formal; el seguimiento de leyes, en algunos casos contrato fijo; prestaciones; seguridad social; sindicato; entre otros elementos.

Las condiciones laborales se denominan como un conjunto de circunstancias implícitas en cualquier trabajo, por las cuales el trabajador junto con las herramientas de trabajo y capacidades física y mentales entre otras determinantes, realiza la ejecución de las tareas asignadas dentro de un horario y área de trabajo; pero de la misma manera, dichas condiciones pueden considerarse como las desencadenantes de enfermedades reconocidas en la actualidad por instituciones dedicadas al estudio de la salud laboral.

Entre las condiciones más generales en cualquier lugar de trabajo se encuentran:

El contrato de trabajo. Considerado a partir de la necesidad de establecer tanto un tiempo determinado y horario de trabajo, así como un descanso además de una remuneración monetaria,

y las diferentes estipulaciones que el contratante o la organización establece a partir de las reformas de trabajo y en colaboración con sindicatos en caso de empleos formales; establece acuerdos para que el trabajador tenga tanto obligaciones como derechos y genere beneficios para y por el centro de trabajo. Los diferentes tipos de contrato que existen dependen de cada organización y sector económico, ya sea de tipo fijo; por periodo; interinato; obra determinada o indefinido.

La *jornada* determinará el tiempo en que el trabajador esté a disposición de las actividades asignadas sin exceder las horas determinadas legalmente que por lo regular van de 7 a 8 horas por día; dentro de esta jornada se debe ceder un descanso de al menos media hora.

Los *días de descanso* por lo regular abarcan un día o dos a la semana dependiendo de lo que se ha fijado en el contrato; se deben respetar también los días conocidos como festivos, tal es el caso de México en donde se encuentran estipulados en la última actualización de la Ley General de Trabajo (2024).

La *seguridad social* dependerá de la formalidad y contrato del mismo trabajo, se refiere a tener un seguro de vida, al cuidado y prevención de riesgos hacia el trabajador, así como la extensión a sus familiares inmediatos o dependientes, aun cuando un trabajador informal no cuenta con seguro de salud, puede recurrir a instituciones que brindan este servicio sin la necesidad de haber un convenio ni contrato de por medio.

Las *condiciones ergonómicas* constituyen el mobiliario, las herramientas y equipos de trabajo que utiliza el trabajador para desarrollar su actividad; el no hacinamiento, que podría causar algún accidente, así como la funcionalidad e insumos de los mismos equipos entre otros, facilitarán y harán eficientes las actividades por parte del trabajador.

El *salario* determinado como parte de reformas laborales en trabajos formales, así como de la determinación del contratante en actividades informales, varía en tanto a la jerarquización dentro de la misma organización, así como las pautas para recibir una cifra en la que intervienen condicionantes como el grado de estudios, especialidades o la actividad a realizar. Puede resultar una influencia en la percepción del trabajador debido a la demanda de actividades con respecto al monto que recibe considerándolo como equivalente o no a la actividad que realiza.

El ambiente laboral, al resultar como favorable o no y que también influirá en la producción y resultados esperados por la organización, es además un espacio formador de identidades tanto individuales como colectivas que se desarrollaran en otros contextos fuera del trabajo.

La eficiencia de las estructuras y vivencias del mundo del trabajo pueden ser variables en la conformación de identidades y acciones colectivas, porque un trabajador no solo comparte con otros el espacio laboral, sino que tiene interacciones y experiencias en otros mundos, articulados de manera inmediata o no con el del trabajo. Además, la identidad no se da en abstracto, sino que es con respecto a determinado problema, símbolo, espacio de relaciones sociales, conflicto, amigo o enemigo. (De la Garza, 2009, p.123)

Las vivencias dentro de otros contextos como familiares y de ocio generan al individuo un sentido de pertenencia, dentro del trabajo se forma un sujeto laboral que se desempeñará de acuerdo a las experiencias, a la organización y demandas de actividades; todas ellas en torno a la relación capital-trabajo.

Menciona Fernández et al., (2005) que existen tanto condiciones laborales extrínsecas como intrínsecas y que la autorregulación personal que conlleva la salud y el bienestar en la vida adulta está en gran medida relacionada con un “intercambio social exitoso”. Define como extrínsecas a las condiciones estructurales de alternativas dentro del mercado laboral, las habilidades y contratos. Las condiciones intrínsecas son entonces aquellas que se asocian con condiciones personales y características individuales de afrontamiento; respuestas fisiológicas ante situaciones como la presión de trabajo, gran demanda de actividades y estrés.

El transcurso de un modo de producción a otro además de generar nuevas formas de trabajo trae consigo nuevas formas de relación laboral, -presencial/a distancia- lo que implica la presencia de nuevas condiciones y factores que influyen y determinan la misma función de las organizaciones o lugares de trabajo.

Todas las condiciones laborales dependerán de aspectos y situaciones en las que se den, por ejemplo, el tipo de trabajo; el sector al que pertenece; las leyes por las que se rige así como la ubicación geográfica de dicho lugar de trabajo; la estructura física o lo que se ha determinado como trabajo desterritorializado.

3.1.1. La regulación del trabajo

Los cambios económicos y políticos de los países capitalistas y en vías de desarrollo se vieron influidos por organizaciones internacionales lo que llevó a tener como resultado la inestabilidad en las condiciones laborales afectando a sindicatos; salarios; prestaciones; primas vacacionales; jornadas; entre otros; pero, de lo anterior resultó la formulación de reformas de leyes que respaldaban las condiciones de trabajo, resultado de luchas de los trabajadores.

En México durante el mandato de Adolfo López Mateos se realizó una propuesta de Ley en materia de trabajo la cual terminó de estructurarse en la siguiente presidencia con Gustavo Díaz Ordaz quien siguió la consigna. Este anteproyecto tomó en cuenta las opiniones tanto de empresarios como de trabajadores; se entregó una copia a los sectores que se interesaran ser incluidos para expresar sus puntos de vista. Así entonces, en 1968 se envió la iniciativa de la Ley Federal de Trabajo (LFT) a la Cámara de Diputados.

Bajo el proceso democrático y las voces de representantes de los sectores dicha Ley entró en vigor el 1° de abril de 1970; a partir de ese momento y hasta la actualidad ha sido reformada en diversas ocasiones con el fin de que algunos artículos trasciendan y algunos otros sean renovados o desechados con el fin de aportar el beneficio justo a la sociedad trabajadora.

Además de la LFT; la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) estableció en 2004 que el trabajo es considerado como un derecho.

Son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación nutritiva y de calidad, la vivienda digna y decorosa, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2004, p.3)

Con el paso de los años y los constantes cambios sociales y laborales las reformas se han plasmado y publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) donde todo mexicano que se encuentre ejecutando su fuerza laboral a cambio de una remuneración, puede tener acceso al conocimiento tanto de sus derechos como obligaciones.

Dentro del DOF estas actualizaciones buscan el equilibrio entre los factores de producción y la justicia social. Como punto relevante considera al trabajo digno /decente a aquel en que se

respetar completamente la dignidad del trabajador; que cuente con seguridad social y reciba un salario remunerador, así como la constante capacitación y prevención de riesgos de trabajo.

Las relaciones laborales y prestación de trabajo subordinado llevan a la necesidad de establecer un contrato individual en el cual el trabajador se deberá comprometer a la realización de tareas para otra persona y en respuesta obtendrá un salario.

Mismo contrato debe exponer las condiciones generales para la ejecución del trabajo, tales como; datos personales del trabajador y del contratante; lugar y duración de dicho trabajo; servicios que serán prestados; duración de jornada; monto de pago y lugar en donde se recibirá; capacitaciones; descansos y vacaciones además de un nombramiento de beneficiarios en caso de fallecimiento.

Tanto los derechos y obligaciones del trabajador y el contratante son determinantes de la correcta ejecución de actividades y el buen funcionamiento de la organización; algunos ejemplos se mencionan a continuación:

El contratante tiene la obligación de respetar tanto las jornadas como el salario y facilitar al trabajador los útiles y herramientas necesarias para realizar sus tareas sin reclamar alguna remuneración del desgaste de estas, por su parte el trabajador tendrá que conservarlos en buen estado, pero sin hacerse responsable de su deterioro y regresar los materiales que no se hayan utilizado.

En caso de que el trabajador falte en los días y horarios acordados se le descontará lo proporcional a la falta a menos de que se justifique o anticipe esa falta pues el contratante tendrá que considerar que el funcionamiento de su organización no sufra alguna falla o desequilibrio.

El fin de establecer una normatividad general para cualquier trabajo es el de salvaguardar la integridad de cualquier trabajador que invierte tanto fuerza física como intelectual para recibir a cambio una remuneración, así como buscar y mantener un equilibrio entre relaciones laborales: empleador-trabajador.

Conforme a los señalamientos legales, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2022) se encarga de realzar diagnósticos sobre el derecho al trabajo. De la misma forma considera al trabajo como un derecho que debe ejercerse plenamente a partir de las dimensiones y fenómenos que han acontecido a través del tiempo; en este caso en

su actualización en el 2022 en cuanto a normas en cuestiones sanitarias como la pandemia por COVID-19.

Centra su atención en la accesibilidad a un empleo; las diferentes brechas ante grupos vulnerables que impiden la inserción al trabajo, así como las prestaciones de seguridad social. Considera como una de las prioridades el acceso a un empleo formal, y al lado de ello la inserción de jóvenes y mujeres al mercado laboral.

Toma en cuenta aspectos como la afiliación a un seguro social y la determinación del salario mínimo, la capacitación y especificación de jornadas laborales, las constantes inspecciones de seguridad e higiene y las condiciones laborales que son determinantes para el funcionamiento de una organización, pero también para el bienestar físico y mental del trabajador.

Uno de los fines de la regulación del trabajo es garantizar que las condiciones laborales sean las adecuadas, así como tomar en cuenta algunas determinantes como edad; sexo; no exclusión y contrato; para obtener tanto el derecho y al mismo tiempo una obligación social; es decir; la ética dentro de las relaciones laborales para generar un beneficio y bienestar a una comunidad. El establecer este tipo de normas tiene como fin contribuir al fomento y creación de nuevos empleos y el crecimiento económico de un país.

3.1.2. Terciarización del trabajo

Las grandes transformaciones del trabajo y el modo de producción dieron pie al reconocimiento de los servicios como parte de la economía, pues al igual que los otros trabajos, los servicios aportaban a la cuenta nacional en cada país. En la actualidad este sector laboral impera en el aporte por medio de empleos en la mayoría de los países.

Pero la perspectiva sobre el sector servicios no tuvo gran aprobación sino hasta mediados del s. XIX e inicios del s. XX que es cuando se comienza a percibir la importancia de los servicios como generadores de valor. “Tanto Smith Como Marx aceptaron la creación de valor por una cantante o un trabajo doméstico en una posada, pues se da la relación capitalista, independientemente de que conduzca a un producto material” (Garza, 2006, p.54).

La gran diversidad de actividades que se han desarrollado en la formación del capitalismo ha llevado a lo que hoy se conoce como “Revolución terciaria o de servicios”. La primacía de estas actividades empieza a figurarse en la segunda mitad del s. XX en Estados Unidos, fue la primera nación terciaria que alcanzó el 51.7% de su fuerza de trabajo en ese sector en 1950, así como la generación de más empleos; el conocimiento técnico-científico y la informática se vuelven puntos clave de este movimiento durante esa última mitad de siglo. En el mismo año en México se identifica el 27.7% de actividad en el sector terciario y es hasta 1991 cuando alcanza el 50.1 %, medio siglo después que Estados Unidos.

La sociología del trabajo fue punto clave para el conocimiento más profundo sobre los otros tipos de trabajo, identificados como trabajo emocional, trabajo estético o trabajo cognitivo, pero De la Garza, (2019) ha denominado a estas categorías en conjunto como trabajo no clásico.

La clásica relación capital-trabajo se pone en juego y se ve configurada en el trabajo no clásico ya que no siempre implica que estén presentes físicamente para que se lleve a cabo la misma generación de dinero; la relación salarial se torna un poco invisible pues pareciera que la persona que trabaja en ofrecer un servicio no existe, esto sucede por ejemplo en el caso del trabajo en telecomunicaciones; De la Garza,(2019) señala que el trabajo implica un control de capital, entonces estos nuevos procesos de trabajo se reconocen como lo que él nombra *relaciones laborales encubiertas de asalaramiento*.

En ocasiones, la definición de los servicios entra en duda cuando se limita únicamente a lo inmaterial ya que algunos de ellos solo son perceptibles ante los sentidos, como es la música o una obra de teatro pues se denominan símbolos subjetivos; pero en el proceso de producción de otros interfiere lo material para su elaboración, como es el caso de un software que sirve como proyección de información o la belleza de una joya son ejemplos de símbolos objetivos.

Es solamente en la producción inmaterial cuando el proceso de producción – circulación – consumo se dan al mismo tiempo; en el caso de servicios que implican lo material en algún momento de su producción se dan en diferentes tiempos y lugares.

Esta nueva manera de producción ha sido sobreviviente de crisis económicas; el comienzo de la terciarización y subcontratación de pequeñas y medianas empresas se da a partir de la apertura al mercado exterior y haciendo modificaciones en tanto a horarios extendidos para la atención de

clientes; el desplazamiento a otros establecimientos descentralizados; una flexibilidad de trabajo que trae consigo condiciones precarias.

La terciarización llega a formar una triangulación cuando hay una empresa extranjera o un monopolio que contrata a medianas y pequeñas empresas mismas que contratan a un trabajador generador de plusvalor hacia la primera.

Además de que el sector servicios sigue en el primer lugar como generador de ingresos a cuentas nacionales, también es un mayor generador de trabajos precarizados en continuo crecimiento ya que la mayoría de personas que no acceden a un trabajo fijo como menores de edad; jóvenes sin experiencia; mujeres jefas de hogar y quienes han sufrido desempleo por tiempos prolongados recurren a este sector como casi única fuente de ingreso.

A modo de conclusión, cabe mencionar que este fenómeno de terciarización avanza de manera dicotómica entre el crecimiento económico y el deterioro de la salud de los trabajadores, pues por un lado la productividad y división del trabajo permiten que este sector se expanda a nivel mundial con el crecimiento de la demanda de bienes y servicios necesarios además de diversión y lujos; posicionándose como el principal sector generador de empleos. Pero al mismo tiempo repercute en el trabajador al encontrarse la mayoría de las veces bajo un empleo informal, sin prestaciones, ni seguro, sin contrato fijo y a expensas de obtener un salario a partir de su productividad.

La mayoría de estas condiciones de trabajo son visibles en los países en vías de desarrollo, ya que las empresas internacionales ocupan a estos como un espacio de producción y manufacturación que imposibilita el avance hacia el sector terciario como el principal generador de capital y al mismo tiempo impulsa la existencia de riesgos tanto laborales como psicosociales que quedan de lado por centrar la atención a los aspectos políticos y económicos, lo que acorta la posibilidad de trabajar sobre la salud en el trabajo en la mayoría de estos países.

II. RIESGOS PSICOSOCIALES EN LOS LUGARES DE TRABAJO

1.2 Nuevos trabajos, nuevos riesgos

Como se ha mencionado anteriormente sobre las condiciones dentro de un trabajo que han ido cambiando junto con los tipos y división de éste, pueden ser propulsoras de una producción beneficiosa para la organización, o en el caso contrario, pueden ser determinantes para la no realización de actividades asignadas dentro de la jornada.

La idea del progresismo dentro de una organización o cualquier tipo de trabajo crea la necesidad de generar la mayor ganancia posible para beneficio propio del dueño o jefe dejando de lado el interés por el trabajador. Se crea así, un conjunto de circunstancias o situaciones en las que el trabajador pierde bienestar e incluso la autonomía; aun cuando es una de las bases de la producción, su salud no se considera como prioridad y se enfrenta ante una serie de condiciones y riesgos que se modifican a través del tiempo y lugar.

El concepto de riesgo ha sido interpretado la mayoría de las veces de forma objetiva ante cuestiones de nivel físico, sin embargo, es necesaria la modificación de este concepto, ya que a nivel subjetivo se consideran una gran cantidad de factores que los desencadenan y repercuten en el aspecto psicosocial en el que el sujeto percibe una amenaza ante una situación y conforme a sus procesos cognitivos como el pensamiento, memoria y experiencia, se ve expuesto y vulnerable al peligro. En conjunto con las declaraciones de organizaciones internacionales y mundiales, este tipo de situaciones dentro del ámbito laboral se consideran como riesgos psicosociales.

Los perjuicios al bienestar del trabajador pueden ser considerados como un efecto a nivel individual, sin embargo, el impacto se da a nivel de las economías nacionales; en un principio se consideraron estudios sobre las condiciones de trabajo y medio ambiente laboral, sin embargo, en cuanto a las repercusiones psíquicas se abordó muy poco hasta después de los 70's por efecto de los cambios en el sistema de producción.

La producción en masa; la división del trabajo; la industrialización y la búsqueda del plusvalor acarrió consigo nuevas cargas de tareas y jornadas, condiciones y riesgos que conducían a la

pérdida de autonomía, pues el trabajador ya se encontraba bajo el funcionamiento de máquinas que determinaban el ritmo de producción.

Los riesgos psíquicos y mentales (pérdida de autonomía, conflictos interpersonales y laborales, falta de reconocimiento, control de las emociones y tener que evitar dar su opinión ante la jerarquía, el temor al despido) ya estaban presentes, pero estaban aún invisibilizados. (Neffa, 2018, p. 155)

Los efectos sobre la salud se adjudicaban al poco control psíquico y debilidad personal, se entendía más como una situación fuera de lo laboral, como si fuese más un caso a nivel personal o familiar en donde el trabajo no ofertaba ni guardaba alguna relación con ello, e incluso fue un tema en ciertos casos estigmatizado y considerado como una debilidad en el trabajador.

En la actualidad, la salud mental aun es un estigma, lo que lleva en ocasiones al trabajador a encubrir sentimientos y pensamientos ante la poca oportunidad de encontrar un nuevo empleo, una situación de exigencia psicológica que devalúa e influye en la realización de actividades. El contacto con riesgos de cualquier índole se ha hecho presente desde siempre y ha llegado a formar parte de la cotidianidad de las personas, pues estos riesgos se identifican en cualquier contexto de desarrollo y no solo en el personal sino también en el familiar, social y laboral.

El término riesgo es una parte integrante del vocabulario de los diferentes técnicos y especialistas que participan en la elaboración o confección de estrategias en el contexto preventivo. Pero a su vez, forma parte del lenguaje diario y cotidiano de las personas que son susceptibles de sufrirlo. (Morillejo, et al, 2002, p. 418)

En el contexto laboral, los riesgos se visualizaban principalmente en el sector productivo primario y secundario ante accidentes y enfermedades que fueron considerados más tarde con el desarrollo del sector terciario pues la nueva forma de trabajo trajo consigo riesgos que a inmediato, mediano o largo plazo repercutía en la salud y la vida de la población trabajadora.

Ante la presencia de un riesgo, las personas ejercen diversas conductas de acuerdo a sus procesos cognitivos, es decir, a través de conocimientos, experiencias o respuestas fisiológicas de manera consciente e inconsciente, como un instintito de supervivencia. La percepción que tienen hacia los riesgos a nivel laboral es crucial para reconocer y procesar el comportamiento ante

situaciones donde pueden sufrir un accidente o poner su vida en peligro por efectos de enfermedades, contagios y/o padecimientos.

En tanto a los planteamientos generales sobre los riesgos laborales es necesaria la consideración de los riesgos psicosociales; esto porque a efecto de un riesgo generado por una condición laboral no solamente se pone en peligro la integridad y salud física, sino también a nivel mental y la interdependencia que existe entre el bienestar mental y el desarrollo en la vida social del individuo,

Existe una diferenciación entre factores psicosociales y riesgos psicosociales; los primeros se refieren a las condiciones organizacionales que impactan de manera positiva o negativa y los segundos son hechos o situaciones que ejercen daño a la salud, así el termino de *Riesgos Psicosociales* se refiere a aquellos que afectan de manera y grado diferente a los trabajadores a nivel físico, mental y social. “Los factores psicosociales de riesgo suelen provocar daño, usualmente menor, mientras que los riesgos psicosociales laborales usualmente producirán daños con frecuencia importantes” (Moreno y Báez, 2010, p. 19) estos riesgos no son emergentes de los factores psicosociales de riesgo, sino que cabe la posibilidad de que en casos exista una asociación.

Mencionan Sarsosa, et al., (2014) que los factores psicosociales en el trabajo corresponden a cualquier condición que experimenta el trabajador en su relación con el medio organizacional y social, así como aspectos de ambiente o características individuales que puedan afectar tanto el bienestar como la salud mental, física y social.

Constituyen un riesgo cuando de manera intensiva y en prolongados tiempos de exposición, comienzan a generar efectos negativos en el trabajador, en los grupos y en la organización, afectando de esta manera al individuo tanto en su bienestar individual como en relación con el trabajo o el entorno, asociándose de manera especial a reacciones esencialmente de estrés ocupacional y sus enfermedades consecuentes. (Sarsosa, et al, 2014, p.352)

A decir de Moreno y Báez (2010) los riesgos psicosociales se definen mediante un conjunto de características; la primera es que afectan a los derechos fundamentales del trabajador, casos como

la violencia o acoso que transgreden la integridad física y personal, la dignidad y la intimidad; mismas que limitan el desarrollo profesional, la percepción y la formación de experiencia laboral.

Los riesgos psicosociales afectan de manera global, es decir, circunstancias como el estrés, la carga de trabajo y situaciones que vulneran al trabajador repercuten tanto a nivel organizacional, así como al sujeto y su estilo de vida personal, familiar, social y profesional.

Afectan a la salud mental del trabajador de manera muy notable en tanto a procesos de adaptación y su sistema de estabilidad/equilibrio mental. Se asocian con trastornos como ansiedad, depresión y estrés postraumático por exposición, y de la misma manera resultan afectados los procesos cognitivos, emocionales y de conducta.

Los riesgos psicosociales son un tipo de riesgos que se originan en las condiciones organizacionales, que son dinámicas y cambiantes. Eso supone que los cambios que el mercado económico, financiero y laboral está generando en las empresas pueden dar lugar a nuevas formas de riesgos psicosociales. De la misma forma que las nuevas tecnologías, los nuevos productos, materias primas y sistemas de producción generan nuevos riesgos de seguridad, higiene y ergonomía, los cambios en las organizaciones pueden dar lugar a nuevos riesgos psicosociales. (Moreno y Báez, 2010, p. 46)

Los efectos de condiciones laborales como las jornadas largas, la mala organización y mal liderazgo, relaciones negativas, aspectos ergonómicas y tipo de contrato son percibidos por los trabajadores como benéficos o perjudiciales, lo que en conjunto con el comportamiento da pie a la probabilidad de generar psicopatología, es decir, la persona manifiesta a nivel físico el malestar psicológico, la incapacidad y/o privación de expresar pensamientos y sentimientos a través de medidas preventivas de riesgos dentro del lugar de trabajo, tiene como resultado padecimientos que implican desequilibrio en el individuo, ya que no solamente se pone en acción su cuerpo dejando de lado los demás sistemas de los que está conformado, sino que también trabaja al mismo tiempo la mente y los procesos cognitivos que generar impacto a nivel psicológico. Todo aquello que no puede expresar se manifestará en forma de enfermedad.

A consideración de Neffa (2018) los riesgos psicosociales de mayor relevancia son en primer lugar la demanda psicológica y el esfuerzo requerido para ejecutar la actividad, por las propias características de la misma, es decir, cantidad, ritmo e intensidad; la carga mental que genera

además de los horarios en que se realiza -y que podrían ser alternados-, así como el ambiente y los recursos para ejecutar las actividades designadas.

En segundo lugar, postula las exigencias emocionales y que considera inherentes al trabajo, pues existen situaciones de acoso, violencia, desigualdades o insultos en donde se finge estar bien, e incluso sonreír forzosamente, además de aparentar no tener miedo a accidentes y al fracaso en las actividades.

El tercer riesgo relevante se dirige hacia las relaciones sociales en cuanto a compañeros de trabajo; supervisores; jefes de área; directores, así como a clientes y/o usuarios; ya que pueden repercutir tanto de manera positiva al hacer sentir al trabajador en un ambiente de compañerismo y reconocimiento, así como puede resultar todo lo contrario y percibir nulo apoyo, con grandes responsabilidades o una falta de reconocimiento por las actividades realizadas.

Tanto la seguridad como la estabilidad se pueden ver afectadas por procesos de restructuración económica o reformas administrativas, además de la manera de contratación y la precarización que puede ser resultado de las nuevas formas de trabajo. La autonomía también puede verse afectada en el momento en que la persona es limitada a tomar decisiones, cuanto hay monotonía en las actividades y no hay estímulos para involucrarse en el trabajo. “La autonomía del trabajador en la empresa capitalista es siempre limitada.” (Neffa, 2018, p.159)

En lo que respecta a América Latina sobre el abordaje de los riesgos psicosociales; se ha considerado que se encuentra en el proceso de generar más información para su identificación, intervención y prevención en espacios laborales, ya que se ha hallado mayor información referente a riesgos físicos, y en base a lo dicho páginas atrás, se puede obtener mayor información sobre la salud física, psicológica y social abordadas de manera particular.

En cuanto a México, la STPS (2018) considera el abordaje de los Factores de Riesgo Psicosocial, interpretados como aquellos factores que pueden provocar trastornos del sueño, ansiedad y estrés a partir de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, así como la jornada y exposición a situaciones no favorables a las que se expone el trabajador.

Las condiciones laborales se vuelven peligrosas e inseguras dentro de un ambiente o lugar de trabajo cuando la sobrecarga o elevada exigencia hacia el trabajador para realizar las actividades designadas; así como el poco o nulo control que se tiene sobre esta carga; los varios turnos

cubiertos sin la oportunidad de un descanso o tiempo de recuperación; la ergonomía; el mal liderazgo y el nulo reconocimiento afectan no solo en el ámbito individual, sino en el familiar y el social.

Es necesario posicionar el riesgo desde un enfoque político y social. Es una problematización a nivel mundial que en su mayoría se ha cubierto en países europeos a comparación de América Latina ya que ha resultado confuso, ambiguo, e incluso contradictorio el concepto de riesgo psicosocial, además de que el instrumento utilizado para su identificación no se adecua a todos los países ni a todos los sectores.

No se trata de un asunto de terminología sino de la real comprensión cuando se habla de los riesgos psicosociales. A menudo se suele usar el término de estrés acomodado a conveniencia e incluso visto como algo normal y favorable para el impulso de afrontar retos; además del término burnout que sugiere de manera general el agotamiento físico del trabajador, deja de lado el sufrimiento que genera a nivel físico y psicológico, pues éste último solo se considera a nivel comportamental y no a nivel subjetivo y las implicaciones sobre el ser humano.

Esto último se explica al decir que los riesgos psicosociales llegan a perturbar la dimensión cognitiva y psíquica de una persona y por ende el impacto se refleja en aspectos afectivos y relacionales. Si esos riesgos superan las capacidades y la resistencia del trabajador generan sufrimiento. (Neffa, 2018, p.11)

El riesgo psicosocial visto como un fenómeno complejo involucra aspectos políticos, económicos y sociales. Además de su conceptualización, es importante la intervención ante la identificación de estos riesgos y la cobertura legislativa, como se ha mencionado anteriormente, en Europa se suele utilizar una terminología común y fácil de comprender para todos, y que, a nivel normativo, aunque cada país tiene sus particularidades, existe un encuadre general.

La teoría marxista enfocada en las relaciones capital-trabajo permiten entender el contexto histórico para reconocer los grandes cambios en cada época y el abordaje alcanzado en cada una.

En la época actual se ha integrado la visibilización de los riesgos psicosociales, reconocidos a partir de los riesgos laborales y con ello las propuestas y avances de disciplinas como la

sociología y psicología del trabajo que han abierto el camino hacia la construcción de un término ad hoc así como las herramientas y lineamientos esenciales para su adaptación en países de América Latina y específicamente en México, ya que resulta primordial tomar en cuenta aspectos culturales, económicos y políticos para un abordaje puntual que se adecúe a las características de cada país y que deje como resultado pasos sólidos y confiables.

2.2 Riesgos psicosociales y salud

El hombre tiene la necesidad perdurable de recibir seguridad, tanto individual como colectivamente y en cualquier contexto y época, sentirse cubierto ante cualquier riesgo, por lo que la seguridad social surge como respuesta ante tal demanda. Para llegar a la obtención de esta seguridad social se reconocen por lo menos tres etapas en la historia mundial.

En primer lugar, se habla de una era paternalista, basada en el apoyo mutuo ante las contingencias sociales, las obras caritativas influidas por el cristianismo y beneficencia pública hacia pobres y enfermos que no tenían la poca posibilidad de pagar seguros privados lo que lleva a la sociedad al apoyo mutuo y la cooperación.

La segunda etapa se refiere al surgimiento de los seguros sociales propuestos en Alemania por el político Otto Von Bismarck en 1883, quien postuló las primeras medidas de protección social con el seguro obligatorio de enfermedad y maternidad y en 1884 se agrega un seguro de accidentes en el trabajo. Posteriormente en el año 1889 se extiende la seguridad ante invalidez, vejez y muerte. Este seguro era cubierto a partir de los aportes de los empleadores, trabajadores y el Estado.

Dentro de la tercera etapa surgen los sistemas de seguridad social desarrollándose en 1941 e intensificándose al término de la segunda guerra mundial; posteriormente la Conferencia Internacional del Trabajo junto con los estados miembros de la OIT plantean programas de seguridad social para todas las naciones y extendiéndose al par de sus economías entre los años 50's y 60's, más tarde se incluyó a las distintas poblaciones de trabajadores y junto a ellas a personas que no contaban con trabajo.

En el año 1974 la OMS da mayor atención a los factores psicosociales con relación a la salud y el desarrollo humano y la Asamblea Mundial de Salud solicita al director general de la OMS la organización de programas multidisciplinarios con el fin de saber más sobre el tema pues la

población trabajadora estaba siendo afectada por la nueva automatización de los procesos industriales y los efectos negativos en la salud ya eran demasiado evidentes.

Para la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo “Los riesgos psicosociales surgen de una mala concepción, organización, y gestión del trabajo, así como de un contexto social deficiente del trabajo y pueden entrañar resultados psicológicos, físico y social negativos”. (2024) Menciona algunas condiciones laborales que pueden implicar riesgos psicosociales como la carga de trabajo excesiva; exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones; falta de apoyo por parte de los directivos o compañeros; acoso y la dificultad de tratar con clientes, pacientes y alumnos.

La violencia y acoso mediante abusos, amenazas y agresiones son de gran impacto en la salud del trabajador; existen también riesgos ambientales que se refieren a temperaturas extremas y exposición al ruido y la salud ambiental que considera la higiene en tanto a la salubridad del agua tanto para beber como para lavarse y desechos propios de la atención médica. Estos y muchos otros factores influyen para la presencia de riesgos causantes de lesiones como de malestares físicos y mentales.

La OIT expone que a diario se producen muertes por accidentes dentro o enfermedades derivadas del trabajo; estudios recientes visibilizan que hay alrededor de 2.78 millones de muertes cada año de las cuales 2.4 están relacionadas con enfermedades profesionales. Además del sufrimiento que esto causa a los trabajadores y sus familias. (OIT, 2022).

Sumado a lo anterior, la OMS (2024) considera como riesgos ocupacionales en el sector de la salud, en primer lugar, las infecciones ocupacionales como la tuberculosis, hepatitis B y C, VIH/SIDA, e infecciones respiratorias como coronavirus y gripe; el manejo inseguro de pacientes, es decir, el uso inadecuado de técnicas y movimiento para el traslado y reubicación de los mismos que puede desencadenar malestares como dolor crónico y lesiones de espalda. La exposición a agentes químicos como esterilizantes, productos de limpieza, plaguicidas, mercurios reactivos de laboratorio entre otros; la exposición a radiaciones por rayos x y laser.

2.2.1. Clasificación de los riesgos psicosociales

Los factores psicosociales como parte de la organización laboral pueden ser desencadenantes de la percepción negativa del trabajador a partir de sus experiencias e influyen en la salud, rendimiento y satisfacción en su trabajo.

De manera general se categorizan los diferentes tipos de riesgos a partir de dimensiones como la caracterización del empleo, es decir, la precariedad que puede existir y que provoca la sensación de inseguridad y que posteriormente en el apartado de resultados se podrán identificar, relacionar y/o comparar con los que a continuación se describen:

Las condiciones físicas, como la temperatura extrema de frío o calor; la iluminación; sonidos fuertes y vibraciones; condiciones que involucran la integridad física del trabajador de acuerdo al sector de producción, así como los tiempos en cuanto a jornadas, descansos y turnos que desequilibran hábitos alimenticios y de sueño.

En tanto a las características de las tareas se consideran tanto la excesiva como la nula carga de trabajo; las actividades repetitivas y monótonas; ritmos y responsabilidades delegadas y roles que no corresponden al trabajador; toma de decisiones privadas o limitadas y además la falta de capacitación.

La organización también puede representar un riesgo cuando existen roles asignados fuera de las capacidades profesionales y la exclusión del trabajador ante actividades laborales que pueden favorecer a su formación como actividades de integración y retroalimentación por parte de sus superiores.

Al lado de estos también se involucra la comunicación a través de los estilos de liderazgo ya sea de forma excesiva y agresiva, así como la nula supervisión e indicaciones claras; las relaciones interpersonales cuando se es excluido tanto por compañeros como por el jefe además de la falta de fluidez y vías de comunicación como el no recibir indicaciones claras o no ser asertivo a la hora de delegar e informar.

En conjunto y por separado, estas situaciones llevan al deterioro psicológico y capacidad de continuar con las actividades intra y extra laborales, así como llevar al trabajador al límite de sus capacidades para enfrentar situaciones como violencia y acoso laboral que degradan la integridad, dignidad y seguridad personal.

Por ello, la relación que los riesgos psicosociales guardan con el Estado de Ánimo es significativa, ya que las diversas percepciones en el trabajador repercuten en *la manera de sentirse* la mayoría del tiempo. A diferencia de las emociones, el estado de ánimo puede considerarse como una sensación de mayor durabilidad, una persona que se siente agotada, por momentos puede sentir alegría y reír, pero dicha emoción será pasajera y volverá a estar en un estado de agotamiento, preocupación, hostilidad, etc. La constante sensación de malestar puede desencadenar una serie de circunstancias, en este caso, a nivel laboral; como son las percepciones negativas y de resignación ante las condiciones de trabajo así como la somatización por estrés laboral pues el mismo estado de ánimo corresponde a un nivel psíquico y por ello a lo subjetivo.

2.2.2. Impacto de la psicología en estudios sobre el trabajo

Dentro del mundo laboral existen dos componentes, el primero se refiere a lo objetivo que se da a través de las funciones que cumple el trabajador; en segundo, el modo subjetivo que se considera como la percepción individual sobre el bienestar, es decir, el sentirse bien o el sentir malestar.

Sin embargo, a través del modo subjetivo resulta más complicado identificar los aspectos para ser reconocidos y evaluados, así como la dificultad de poder situar tal percepción dentro de una categorización y/o puntuación debido a que las respuestas de cada trabajador corresponden a un enfoque cualitativo.

Desde el posicionamiento de la psicología, los riesgos psicosociales, así como el bienestar de los trabajadores pueden definirse a través de modelos propuestos a partir de los fenómenos sociales dentro del mundo laboral.

El primero de ellos se refiere al *Modelo Demanda-Control-Apoyo social* de Karasek, Theorell y Johnson (1986) el cual se desarrolló a partir de situaciones laborales en las que se presentaban situaciones de estrés crónico. Este modelo resalta las características psicosociales dentro del espacio de trabajo.

Al poner a prueba este modelo se observaron los efectos que tenía el ejercicio del trabajo sobre la salud y el comportamiento del trabajador como resultados de dos elementos determinantes, por un lado, la demanda psicológica que exigían las actividades a realizar junto con las características

que conformaban el trabajo y por el otro la capacidad del trabajador para tomar decisiones, es decir, el control ante las mismas exigencias.

A partir de ello se generó un modelo bidimensional que incluía estas dos dimensiones y que daba como resultados la identificación de efectos psicosociales a efectos de las condiciones laborales.

Este es uno de los modelos más reconocidos en el ámbito de la psicología y de los primeros en centrar atención a las demandas dentro de un lugar de trabajo, así como las capacidades personales del trabajador para lidiar con las tareas y las consecuencias a nivel personal y a nivel organizacional. Posteriormente se agregó la dimensión de *apoyo social* ejercido por los líderes, jefes inmediatos o supervisores, así como de los mismos compañeros, situación que juega un papel elemental en el desarrollo de las actividades demandadas.

En las ejecuciones de tareas y responsabilidades laborales entran en juego diversos aspectos como la ejecución cognoscitiva, un proceso mental de respuesta, mismo que también conduce a una respuesta física interna y externa, tal como lo explica este modelo.

3.2 Modelo Desequilibrio Esfuerzo Recompensa (DER) de Siegrist 1996

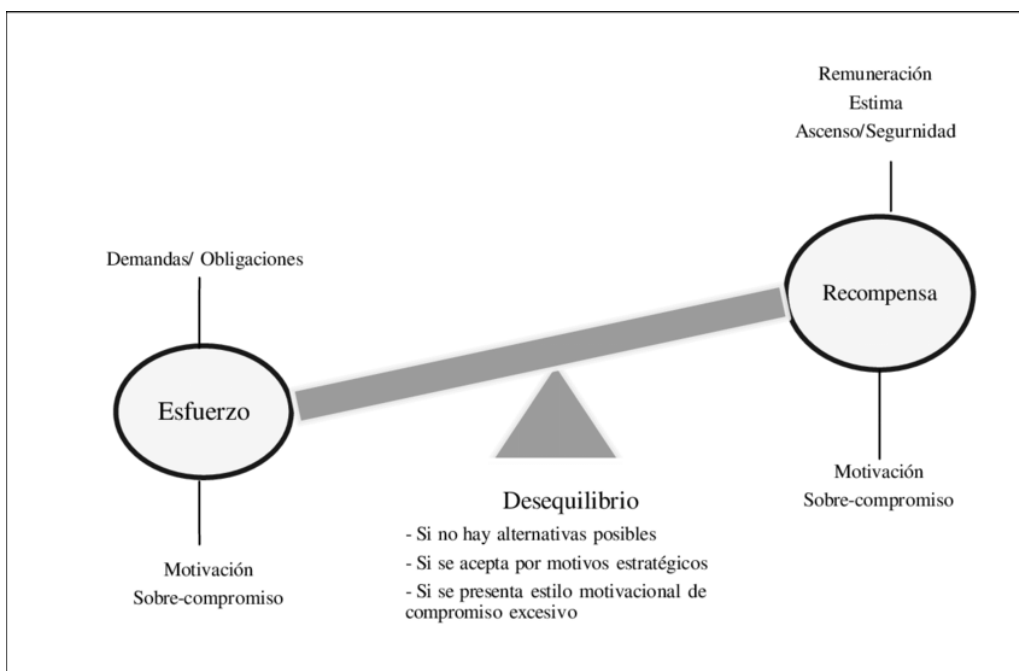
Sin embargo, aunque el modelo mencionado en los párrafos anteriores representó una de las primeras aportaciones de la psicología para el ámbito de los estudios del trabajo, para fines y mayor adecuación a esta investigación y a partir de los elementos que conforman la información obtenida, se ha optado considerar el *Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER)*, propuesto por Siegrist (1996).

Dicho modelo considera las variables de salud y bienestar en situaciones extrínsecas (situacionales) e intrínsecas (personales). Plasma la idea de que el esfuerzo en el trabajo es un proceso de intercambio en el que el trabajador ejerce fuerza ante una tarea con el fin de recibir a cambio una recompensa diferida en tres vías, la primera correspondiente al salario; la segunda a la estima (el reconocimiento del trabajo, trato justo y apoyo social); por último, la seguridad y carrera profesional. Mismas que deberían ser recíprocas ante el esfuerzo ejercido y el resultado esperable sería el equilibrio entre esfuerzo y recompensa mismo que generará el equilibrio entre el bienestar físico y psicológico y social.

Pero también, los resultados dados a partir de las actividades laborales que implican el esfuerzo pueden generar un desequilibrio; cuando hay una recompensa baja, lo que posiciona al trabajador ante una percepción de malestar, emociones negativas e incomodidad en el trabajo principalmente y además en sus actividades extra laborales. (Figura 2).

Figura 2

Representación gráfica del modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER).



Nota: Adaptado de *Representación gráfica del modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa* [Imagen], por Corso, 2013, ResearchGate, ([Representación gráfica del modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa | Download Scientific Diagram \(researchgate.net\)](#)).

Además, de ello, las diversas circunstancias que pueden generar un alto riesgo de no reciprocidad se presentan cuando el mercado laboral es mínimo y no hay alternativas de elección; si las habilidades no son lo suficiente y no existe un contrato establecido. La autorregulación de la persona entra en juego cuando genera una necesidad de aprobación y estabilidad que le llevan a ejecutar tareas y esfuerzo en exceso al sentir peligro de ser despedido o querer conseguir un contrato de mayor duración. Suelen aceptar condiciones laborales injustas sin la intención de dañarse a sí mismos sino por la posibilidad de contraer un contrato fijo.

“La autorregulación personal que conlleva la salud y el bienestar en la vida adulta está en gran medida relacionada con un intercambio social exitoso.” Fernández (2005, p. 160) el estrés de manera similar comprende un papel determinante cuando hay una respuesta alta del sistema nervioso que implica una serie de respuestas fisiológicas ante el desequilibrio.

Existen también causas psicológicas que provocan el mismo desequilibrio sin ser percibido por el trabajador debido a que ha convertido el esfuerzo como algo inherente a su trabajo aun cuando la recompensa no es la justa, por ejemplo, las horas extras para terminar sus actividades totalmente, también el hecho de considerar como una vocación y dedicación al trabajo que representa una inversión cuando se dedica tiempo extra laboral y la realización de tareas extras causado por una necesidad de aprobación.

El modelo DER considera también aquellas situaciones de condiciones en las que la reciprocidad respecto al contrato no es ejercida por dos circunstancias, la primera se refiere a lo extrínseco, es decir, aspectos estructurales como las pocas alternativas ante el mercado de trabajo, las pocas habilidades o experiencia además de contratos cortos; del lado intrínseco que se refiere a la parte personal que explica las características personales el esfuerzo y las recompensas cuando hay una ejecución excesiva en su trabajo.

Los impactos de este desbalance se reflejan a un nivel psicofisiológico; ya que el sistema nervioso autónomo el cual se encarga de controlar los músculos de los órganos internos y las acciones involuntarias del cuerpo como los latidos del corazón, y segregación de glándulas, se ve afectado por la realización de actividades sostenidas, lo que puede provocar enfermedades a largo plazo de tipo cardiovasculares y/o mentales; desgaste físico y mental; despersonalización y sufrimiento.

El efecto mediador dentro de las diversas situaciones es el estrés, que, aunque en ocasiones puede considerarse un efecto común en los seres humanos como respuestas de supervivencia ante situaciones que consideran de riesgo o de reto, también suele ser generador de padecimientos cuando se presenta en ocasiones repetidas y por tiempos prolongados. Cabe mencionar además que este modelo guarda gran relación con la percepción del trabajador, es decir, a nivel subjetivo dentro de una situación de análisis de costos y beneficios que darán como resultado un nivel de estrés producido.

A pesar de que este modelo no ha podido ser adecuado en su versión en español, es una de las principales herramientas junto con el *Modelo Demanda-Control* para recoger aspectos psicológicos dentro del ámbito laboral que puedan considerarse peligrosas para los sujetos.

Los estudios sobre higiene en el trabajo no solo se han dedicado a la identificación y evaluación de los daños en la salud por las condiciones laborales, es decir, las enfermedades profesionales⁶, sino también sobre los efectos psíquicos negativos. El sector salud está conformado por una gran población de trabajadores que se dedican al cuidado y promoción de la salud, misma situación que los lleva a tomar el papel de trabajadores, por lo que también se necesita conocer el contexto en el que ejercen y así reconocer tanto las condiciones laborales como los diferentes riesgos a los que se puedan exponer.

El servicio de salud que ofrece el Estado es un elemento crucial para el bienestar de sus ciudadanos, pero también de sus trabajadores, sin embargo, no siempre ha sido considerado como tal, pues el sistema de salud en el mundo resulta modificado a través de las ideas que vienen desde los países primermundistas y que los países en vías de desarrollo tratan de seguir con la finalidad de que exista una cobertura de salud a nivel mundial.

⁶ Se refiere a enfermedades que se adquieren dentro del lugar del trabajo por las exposiciones a situaciones que resultan de peligro, como estructuras físicas; de organización agentes biológicos y químicos o la combinación de estos.

III. SISTEMA Y TRABAJADORES DE LA SALUD EN MÉXICO

1.3 El Sistema sanitario en el mundo

La salud a nivel mundial se considera como uno de los derechos humanos fundamentales para toda persona, La OMS define la salud como “un completo estado de bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 1948). Además de que la misma salud es vista como un objetivo prioritario para la sociedad; este objetivo se lleva a cabo con la colaboración de diferentes sectores sociales, económicos y sanitarios para conseguir una calidad de vida.

El gobierno de cada país es responsable de velar por la salud de su población, así como a nivel internacional y mundial las distintas organizaciones y asociaciones se han encargado de hacerle promoción y de ofrecer medidas sanitarias.

En 1978 se llevó a cabo la *Conferencia internacional de atención primaria de salud* convocada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); con el fin de implementar la atención primaria sanitaria a nivel mundial; consideró que para el año 2000 la población mundial tendría un nivel de salud que le permitiera tener una vida productiva social y económicamente; programado como un objetivo social por parte de cada gobierno en conjunto con las organizaciones internacionales.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2000* por la OMS recalca el trabajo conjunto de los servicios de salud con otros sectores de políticas públicas con el fin de la mejora y protección de la salud; pero también presta atención en la equidad en la forma de pago de la asistencia sanitaria y la capacidad de los sistemas para responder efectivamente a las expectativas de la población en tratamientos.

El sistema de salud toma un lugar primordial en el desarrollo y bienestar de la sociedad, y de acuerdo con el informe de la OMS (2000) tiene una responsabilidad fundamental y permanente para con las personas a lo largo de toda su vida.

En los sistemas de salud, existen diversos mecanismos la atención de la población, el primero de ellos se conoce como Atención Primaria de Salud (APS)⁷ es el primer nivel de contacto con la población y este a su vez, en conjunto con otros sectores sociales reflejan las condiciones económicas y socioculturales al igual que las características de cada país y de sus comunidades.

El propósito general de la OMS en el 2000 fue alcanzar el grado más alto posible de salud para toda la población, esto depende de cada sistema de salud en cada país, por lo que se definen cuatro aspectos como las orientaciones estratégicas de esta organización: el fortalecimiento de los sistemas; reducir el exceso de mortalidad en las poblaciones pobres y marginales; hacer frente con eficacia a los principales factores de riesgo y situar la salud en el centro del programa de acción en pro del desarrollo.

Para que la población vulnerable, así como quienes padecen cierto riesgo de enfermedades y muerte puedan recibir la atención y seguridad necesaria se requiere de un fortalecimiento y calidad en los Sistemas de Salud, pues son la primera línea de intervención en la mejora de salud y en salvar vidas.

Posteriormente, el Informe del 2010 sobre la salud en el mundo, aclaró que el trabajo continuaba todavía en algunas propuestas que se plantearon desde el primer informe, así como la sugerencia de algunas otras estrategias para el progreso del sistema de salud en cada país. Hace mención de que en el 2005 los Estados miembros de la OMS determinaron como objetivo una cobertura universal con equidad y su evaluación del sector salud para generar directrices hacia la mejora en el sistema de financiación y hace énfasis en no dejar de lado la prioridad a los países de bajo ingreso.

Una de sus conclusiones es que el contar con una alta cifra económica no significa garantía de una cobertura universal, sino que ese recurso tendría que ser utilizado de manera eficiente. “Cerca del 20-40% de los recursos utilizados en la salud se malgastan; unos recursos que se podrían encauzar en la dirección correcta para alcanzar la cobertura universal.” (OMS, 2010, p.18)

⁷ Para la OMS y UNICEF, la APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

La atención a la salud corresponde a que, tanto sector público y privado trabajen en función del gobierno correspondiente, siendo promocionada de manera eficiente con la implementación de campañas mediáticas que sirvan ante la prevención de ciertas enfermedades; se ha considerado que lo más adecuado es que los servicios de salud se ubiquen en el lugar donde hay más población; sin embargo, en zonas de pobreza es conveniente ubicarlos de manera que tengan un fácil acceso y no impliquen costos mayores.

Para trabajar en las mejoras del sistema de salud y la cobertura sanitaria universal (CUS)⁸ cada país debe evaluar previamente su situación actual.

Para crear una cobertura sanitaria universal se requiere un cierto grado de solidaridad social, puesto que cualquier sistema eficaz de protección financiera para toda la población se basa en la disposición de los ricos para subvencionar a los pobres, y la de los sanos para subvencionar a los enfermos. (OMS, 2010, p.15)

Se considera que en algunos países el recurso financiero no llega a tomarse como prioridad para destinarlo al sistema sanitario y los fondos destinados son bajos; además de que algunas personas no dejan de tener un acceso a la salud sin que se genere algún costo como el transporte a la unidad de tratamiento. Lo anterior propone las miras a seguir el trabajo en materia de sanidad a nivel mundial y local.

Una de las fuentes de falta de eficiencia en el sistema sanitario se debe al personal sanitario, en tanto a tener una plantilla inadecuada o personal desmotivado; por el hecho de tener que mostrar conformidad con las políticas de trabajo; los contratos fijos e inflexibles un salario bajo, así como la contratación basada en el favoritismo.

Además, la mala infraestructura en los hospitales en cuanto al tamaño, la cantidad alta de hospitales y camillas en algunas áreas y déficit en otras. Esto puede reflejarse poca o falta de planificación de desarrollo de infraestructuras en lo que refiere a los mismos servicios sanitarios.

El uso y manejo de equipos de tecnología médica representa un factor esencial en el sistema sanitario, pues en algunos países de alto ingreso suele haber mayor presencia y uso de estos;

⁸ Se entiende por cobertura sanitaria universal que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesitan en el momento y el lugar adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello. Es un concepto que abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida. (OMS, 2023)

contrario a los países de ingresos bajos o en vías de desarrollo; en el 2010 se consideró que alrededor del 50% de los equipos tenía poco o nada de uso.

La visión también se centra hacia los profesionales sanitarios que son considerados como el centro del Sistema de Salud, y los que generan casi la mitad de gasto sanitario del país. Esto no significa que una solución sea dejar de contratar personal, sino que se considere el tipo de contrato; formación; supervisión y remuneración ya que al ser deficientes uno o varios, provocan una baja productividad y bajo rendimiento.

A lo antes dicho, la 76ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) llevada a cabo en mayo del 2023 hace referencia sobre dónde y cómo centrar esfuerzos para promover la salud y la atención de salud.

Hasta 2023 para la OMS sigue siendo el principal objetivo alcanzar la CUS, prestando el mayor interés tanto al servicio de salud, así como a gastos financieros que implica este. Se ha reconocido que la brecha de desigualdad sigue presente. A pesar de tener en cuenta dentro de sus leyes y planes nacionales de cada país; las medidas operativas de financiamiento público son todavía carentes; por lo anterior se convierte en un obstáculo para alcanzar metas fijadas para 2030.

En el punto álgido de la pandemia de COVID-19, los Estados Miembros informaron que sus servicios de salud esenciales sufrían grandes perturbaciones: en el 92% de ellos se produjeron interrupciones, que se notificaron por término medio en casi la mitad de los servicios que fueron objeto de seguimiento (en el 45% de los 66 servicios esenciales). Otra preocupación creciente son las interrupciones en los servicios de inmunización sistemática: tomando solamente los datos correspondientes a 2021, no se administraron vacunas sistemáticas a 25 millones de niños menores de cinco años. Asimismo, ha habido más interrupciones en las intervenciones quirúrgicas, de cuidados intensivos y de urgencias que salvan vidas: el 37% de los países han notificado interrupciones en los servicios de ambulancia, el 33% en los servicios de urgencias durante las 24 horas y el 24% en las intervenciones quirúrgicas de urgencia durante la pandemia. También son evidentes las desigualdades en el acceso a las vacunas contra la COVID-19: a 19 de diciembre de 2022, en los países de ingresos bajos se había vacunado completamente al

22% de la población, mientras que en los países de ingresos altos este porcentaje era del 75%. (OMS, 2023, p.3)

El primer escalón para lograr una CUS es tener facilidad de acceso a la Atención Primaria y a la prestación integrada de servicios, es decir, las diferentes instituciones que prestan un servicio de salud específico; dos servicios esenciales para generar eficiencia, salvar vidas y aumentar la esperanza de vida.

Queda claro que los objetivos tanto de las asociaciones como de los gobiernos transcurridos en la mayoría de los países no han podido dar el gran salto hacia la cobertura total de atención a la salud y al mismo tiempo la imposibilidad de ofrecer calidad en ésta, pues se ha privilegiado el acceso y atención a determinados grupos sociales, lo que deja de lado a grupos vulnerables.

Con el advenimiento de la pandemia por COVID-19 tanto el sistema como los trabajadores de la salud atravesaron una de las más grandes adversidades que dejó como resultado una pausa en el logro de objetivos y en el peor de los casos un retroceso. Queda en duda el posible progreso hacia una atención completa y digna, así como la capacidad de respuesta eficaz y eficiente ante las emergencias sanitarias.

2.3 Sistema de salud en México

El sistema de salud en México comprende una trayectoria de casi 120 años; la creación del Hospital General de México representa el primer hito en la historia del sistema de salud del país; seguido del Consejo de salubridad General y Departamento de Salubridad Pública en 1917 y la Secretaría de Asistencia Pública en 1937; durante el mandato del presidente Manuel Ávila Camacho en 1943 se formó la secretaria de Salubridad y Asistencia que se conoce hoy como secretaria de Salud (SSA) -dedicada a la protección de la población campesina y urbana que no era derechohabiente- y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), a la par, se publicó la Ley de Seguro social en el Diario Oficial de la Federación y el Hospital Infantil de México.

En 1938 comenzó la creación de instituciones de especialidades como cardiología, nutrición y cancerología; en 1960 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE) y en 1964 el Instituto Nacional de Neurología.

Ante una etapa de desarrollo industrial y la atención y cuidado a los grupos obreros, se logró una primera generación de reformas en salud que ante la gran demanda de servicios para las personas que no contaban con recursos trajo consigo una segunda generación de reformas llamada *El cambio estructural de la salud*, que tenía como fin la creación de un sistema Nacional de Salud que atendía a la población abierta que no contaba con seguro.

En 1970 se fija un convenio entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR) del cual resulta IMSS-COPLAMAR que diez años después se renombró como IMSS-Prospera, el cual funcionó a través de un modelo de atención integral de salud enfocado en la mejora de condiciones familiares y comunitarias; hubo una regionalización de servicios a nivel rural ubicando unidades médicas y hospitales rurales.

Para 1983 las nuevas iniciativas para la protección de salud y la promulgación de la Ley General de Salud que entró en Vigor en julio de 1984 aprobada por el Congreso de la unión; dio comienzo a la descentralización de servicios de salud a la población que no estaba asegurada. Esta ley se reformó en 2003, tuvo como objetivo la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y en 2019 algunos artículos fueron modificados respecto a servicios; protección social en salud y el control sanitario de medicamento.

2.3.1. Sector público y privado

Actualmente el sistema de salud dentro del país se encuentra dividido entre el sector público y sector privado, estructurado por un grupo de instituciones destinadas a diferentes grupos poblacionales por medio de afiliaciones y reformas en leyes de salud.

De igual forma se conforma de tres componentes debido a que el sector público atiende por un lado sobre el esquema de seguridad social de empleo y por otro la asistencia pública a personas que no cuentan con un seguro; el tercer componente se refiere al sector privado, el cual opera bajo la remuneración económica a cualquiera que tenga la capacidad de adquirir este servicio.

Sector público: Instituciones de seguridad social.

- IMSS, que a su vez se alinea a un régimen obligatorio cuando en relación de un contrato laboral el jefe afilia al trabajador y a un régimen voluntario en el que cualquier persona puede afiliarse de manera individual o colectiva.
- ISSSTE que presta servicios a trabajadores del Estado y sus familiares, así como a pensionados y jubilados.
- Petróleos Mexicanos (PEMEX) que atiende a trabajadores de planta, así como a sus familiares afiliados.
- Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), que brinda sus servicios a trabajadores y familiares afiliados.
- Secretaría de Marina (SEMAR), que de la misma manera atiende a trabajadores y familiares afiliados.

Dichas Instituciones tienen como objetivo proveer servicios de salud a los trabajadores y a sus familias de acuerdo al artículo 123 de la Constitución Política Mexicana, la cual señala el derecho al trabajo digno y socialmente útil, así como la seguridad e higiene en cada centro de trabajo.

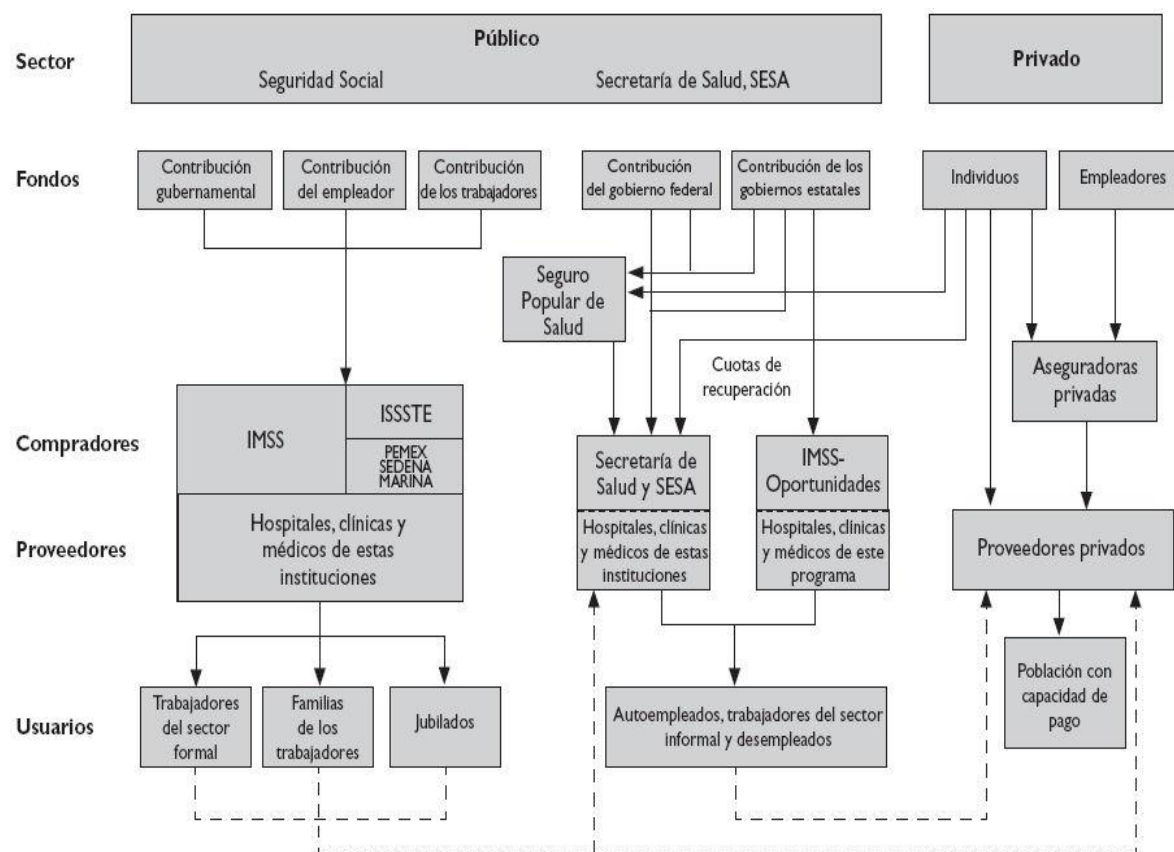
El resto de la población que no cuenta con un contrato ni seguridad social accede a la Secretaría de Salud (SSA) y a los Servicios Estatales de Salud (SESA), así como a lo que en gobiernos anteriores se llamaba Seguro Popular e IMSS-Oportunidades que en el gobierno actual se conoce como IMSS-BIENESTAR.

En el caso contrario a las dos anteriores, la población que cuenta con la capacidad de pago se sirve del sector privado que comprende clínicas; consultorios; hospitales; aseguradoras y medicina alternativa. (Figura 3)

Aunque de forma general se puede comprender que casi toda la población tiene acceso a la salud, dependerá de la institución brindar ciertos tipos de servicios, como es el caso de IMSS, ISSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, instituciones que cubren al menos la mayoría de la atención a enfermedades, maternidad, atención quirúrgica, cobertura farmacéutica y seguro por riesgos, jubilación e invalidez. Administradas por las Instituciones nacionales descentralizadas.

Figura 3

Conformación del Sistema de Salud en México



Nota. Adaptado de Sistema de salud de México [Imagen], por Gómez, 2011, Salud Pública de México, ([Vista de Sistema de salud de México \(saludpublica.mx\)](http://saludpublica.mx)).

Tanto el gobierno como el empleador y empleado son quienes financian las instituciones que prestan el servicio de seguridad social, tal es el caso del IIMMS; ISSSTE; SEDENA Y SEMAR. Las instituciones de SSA; SESA e IMSS-BIENESTAR se cubren con la aportación del gobierno federal, gobierno estatal y cuotas de los usuarios en el momento de recibir atención médica.

Con la creación de las primeras instituciones se procuraba reducir la tasa de mortalidad y mejorar la calidad de vida de la población, así como lograr una cobertura total de acceso a la salud; en cada uno de los gobiernos anteriores y actuales aún se considera una propuesta de mejora social.

Los servicios que brinda el sistema mexicano han ido en incremento a la par de profesionales de la salud y las personas que requieren de la atención, lo que ha dado apertura a más unidades de servicio de Salud y Asistencia Social.

Según el Censo Económico de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) dentro del sector terciario, en el 2003 el sistema de salud contaba con 102, 940 Unidades Económicas (UE); diez años más tarde se conformaba por 170, 937 UE; para 2018 habían 196, 089 UE; recientemente, en noviembre del año pasado se registraron en el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE, 2024) un total de 235, 151 establecimientos. es decir, en las dos últimas décadas el incremento ha sido alrededor de 130,000 unidades.

La consulta de información en Data México con datos del DENUE (2023) refleja que, del total de UE registradas en el 2023, la mayor parte de ocupación de trabajadores en Servicios de Salud y Asistencia Social es de médicos generales y familiares; médicos especialistas y enfermeras técnicas; de los cuales la mayor cantidad de personal es femenino con el 67.8% y el 32.2% correspondiente al personal masculino y los estados con mayor concentración de servicios es el Estado de México, Ciudad de México y Jalisco.

El sistema de salud mexicano se rige a través de la secretaria de Salud, dependencia del poder ejecutivo que se encarga de la prevención de enfermedades y promoción de la salud a través de las políticas del Estado para proporcionar los servicios de salud como parte de sus derechos. Al tener en cuenta que es objetivo social, económico y político brindar seguridad social y servicios médicos a la población mexicana, cabe resaltar la participación de los trabajadores de la salud, quienes brindan la atención dentro de cada centro médico a través de toda actividad necesaria para salvaguardar la integridad de los usuarios.

En casos específicos como la reciente pandemia por COVID, el propósito fue brindar una cobertura total y de calidad a toda la población, sin embargo, no fue de la manera esperada debido a que el modelo Salud para el Bienestar (SABI) dirigido hacia una cobertura universal; no cubre en su totalidad los propósitos estipulados por lo que sigue en el camino, basado en un sistema de salud propio y adecuado para toda la población sin seguridad social y basado en la Atención Primaria de Salud.

2.3.2. Reformas laborales en México y normatividad para los trabajadores de la salud

Por lo anterior mencionado, los diferentes sistemas en el mundo han considerado la integración y participación de los trabajadores de la salud para efectuar el servicio de manera activa y

motivada, pues la generación de servicios de la salud a través de la capacitación y practica juegan una parte elemental para cada nación.

Frente a los cambios económicos, en América Latina se comenzaron a postular reformas en cuanto al avance tanto en infraestructura como en tecnología para el sector salud, sin embargo, no siempre hubo las mejorías en condiciones laborales en las que se encontraban los trabajadores de este sector ya que al ser asalariados por instituciones públicas fueron y son expuestos a cambios en las economías, así como a la flexibilidad laboral. Además de la reducción de sindicalización que amparaba los intereses de los trabajadores por la misma flexibilización.

Los sistemas de salud han tenido que responder en los últimos 20 años a nuevas presiones generadas por el cambio demográfico, caracterizado principalmente por el envejecimiento y por los consecuentes cambios epidemiológicos caracterizados principalmente por el aumento de las enfermedades crónico degenerativas y su coexistencia con las enfermedades transmisibles. Nigenda, et. al., (2012, p.617)

Estas situaciones conllevan a procesos de cambio en el sistema de salud a través de reformas que se han reflejado en su mayoría en infraestructura y equipamiento tecnológico, tomado en gran cantidad del gasto público. Además de ello los cambios que se han visto reflejados dejan de lado la consideración de condiciones laborales para sus trabajadores.

A partir de ello, en México, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2003 dio oportunidad a la población trabajadora a acceder al servicio de salud contando o no con algún contrato, es decir, aquellos que se encontraran en el trabajo informal o que no estuvieran laboralmente activos. Posteriormente se crea el Seguro Popular en 2004 el cual funcionó como un organismo elemental del SPSS.

La formación del Seguro popular recibía fondos por parte del gobierno federal, de cada entidad, así como de la capacidad de contribución de las personas afiliadas, este recurso servía tanto para la atención de la población que contaba con este seguro y a su vez para la contratación de personal de la salud que en ese momento no contaba dentro de su contrato la protección laboral.

A partir de 2008 la modalidad de contratación varió, extendiendo el tiempo y costo del contrato y ofreciendo algunos beneficios a los trabajadores, tales como el goce de

vacaciones, aguinaldo, servicio médico y días económicos. Este proceso es conocido como *regularización*. (Nigenda, 2012, p.617)

El cambio en las condiciones laborales se ve como una propuesta a generar nuevas condiciones que generen la incorporación de los trabajadores de la salud a mejorar las condiciones del sistema de salud lo que podría ser posible a través de la regularización de estos. Uno de los mayores beneficios que tuvieron los trabajadores de la Secretaría de Salud se vio reflejado en el incremento de salario y la contratación por honorarios que brindó los mismos beneficios de seguridad social.

La forma de contratación regularizada son un aporte a la mejoría de situaciones laborales. “A pesar de que no se trata de un proceso que generó nuevas plazas de base, la regularización de este grupo de trabajadores es un hecho inédito en los últimos 25 años en México.” (Nigenda, 2012, p.611) Lo anterior significa una manera de inclusión de los trabajadores a una relación con el Sistema de Salud; efecto de la relación entre el sector financiero y político.

Esta propuesta de regularización dentro del Sistema de Salud permite que otros programas consideren la participación del personal de salud, a pesar de que no se llevó a cabo una contratación fija, fue una directriz para la búsqueda de mayores beneficios para todo quienes integran este sistema y para la mejora de condiciones laborales.

3.3 Hospitales de México

Al referirnos a los hospitales en México, es importante revisar la trayectoria que tuvo el servicio de salud, por lo que a continuación se recorre de manera general los aportes más significativos a lo que hoy es el Sistema de salud en México, en específico en el sector público. Como datos generales se menciona que en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública, posteriormente en el año 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad para dar origen a la Secretaría de Salud.

El Sistema de Salud en México tuvo sus cimientos durante el s.XIX con la apertura de profesiones para las mujeres, entre ellas enfermería y parteras. A finales del mismo siglo, la beneficencia pública no contaba con los suficientes médicos ni enfermeras, y tampoco con los recursos convenientes y necesarios para la atención médica; circunstancias que llevaron a Sor

Micaela Ayans -reconocida enfermera religiosa- junto con el político José Urbano Fonseca Martínez; a fundar el hospital de San Pablo en 1845; actualmente conocido como Hospital Juárez. Posteriormente, durante el mandato del presidente en ese entonces Porfirio Díaz se creó la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros, en la que en su mayoría asistían mujeres ya que los hombres tenían más oportunidades de ingresar a otras profesiones. (de ahí que regularmente el término enfermera en su mayoría se considera una profesión de mujeres). Esta enseñanza fue cubierta por enfermeras norteamericanas, ya que no se tenía el suficiente conocimiento en ese entonces dentro del país para dicha formación, que posteriormente llevó a la apertura específica de la carrera de enfermería.

La creación del Hospital Juárez es símbolo de eventos relevantes, como la primera radiografía en el país; el primer banco de sangre y el banco de huesos y tejidos. Se considera que esta institución fue la cuna de cirugía en México y que actualmente es conocida como pionera de trasplante renal del donador vivo y tratamientos novedosos en tanto a diagnósticos y terapias entre otros reconocimientos.

Hasta inicios del s.XX se utilizaban los términos de salubridad refiriéndose a lo que se consideraba como bueno para la salud y en segundo lugar el término de beneficencia, que refiere a los servicios de salud prestados por el gobierno. El término de salud pública se introdujo a finales del mismo siglo, un término utilizado a nivel mundial y el cual involucra tanto a sectores políticos, económicos, sociales, culturales y ecológicos.

Las prácticas de medicina moderna y los sistemas sanitarios que se implantaron a inicios del s.XX fueron a partir de la influencia europea; el término *Salud pública* tiene sus orígenes en la misma enseñanza occidental.

Debido al incremento de población y hacinamiento, las consecuencias se reflejaron en la producción elevada de basura, contagios por exposición a animales muertos y otros agentes químicos/biológicos que se producían por los mismos desechos. Algunos Estados-nación se organizaron para implantar medidas de higiene y salud para su población; se comenzó por agregar drenajes a las calles, abastecimiento de agua, alumbrado, seguro médico, entre otras actividades que indicaban progreso y el reconocimiento de la *Salubridad pública*.

En 1841, se instauró el primer Consejo de Superior de Salubridad; que aún pertenecía a la beneficencia pública; complementado por escuelas y academias de medicina se interesaban por promover acciones para la salud e higiene, como parte del inicio de la Salud Pública en México, las funciones que se ejecutaban quedaban a medias; fue hasta 1980 donde se reconoció el funcionamiento y consolidación de esta organización.

Actualmente México se conforma de una gran cantidad de hospitales públicos y privados que conforman el Sistema de Salud, descrito en páginas anteriores; instituciones en su mayoría públicas que funcionan a través de los lineamientos que el Estado establece con el fin de ofrecer una cobertura total de salud a su población. A través de una larga historia, se han implantado programas, asambleas y medidas para brindar los servicios.

Como parte de cada jefatura de la Nación, el programa de desarrollo involucra el constante fortalecimiento y eficiencia de este sector, situación que hasta la actualidad no se ha consolidado totalmente. Situación que no solo involucra al sector salud, sino a sectores político, económico, social y cultural.

Los datos del DENU, actualmente, reflejan que el Sistema de Salud se conforma de 235, 222 unidades que brindan servicios médicos y de asistencia social; entre ellos 5,817 hospitales de tipo generales, de psiquiatría y de otras especialidades médicas; ya sean pertenecientes al sector público o privado. Loyo y Díaz (2009), refieren que un hospital público es aquel que brinda los servicios médicos a personas que no están protegidas por el sistema de seguridad social y que regularmente son financiados por la Secretaría de Salud federal o en su caso jefaturas municipales o locales; por otra parte, definen al hospital privado como las instalaciones que se han instalado por organismos y empresas y que ofrecen los servicios médicos a personas que cuentan con el dinero para pagar dicha atención.

La creación de los primeros hospitales sucede a partir del reconocimiento oficial de la Secretaría de Salud en 1983; la construcción en diferentes espacios rurales y urbanos de centros de salud y hospitales dio oportunidad a que la población mexicana tuviera acceso a los servicios médicos.

Los mayores avances en el país en el Sistema de Salud ha sido la creación de seguridad social por parte del IMSS e ISSSTE; y posteriormente en el año 2000 se genera la construcción de hospitales en zonas rurales por la Secretaría de Salud, con el fin de elevar la esperanza de vida.

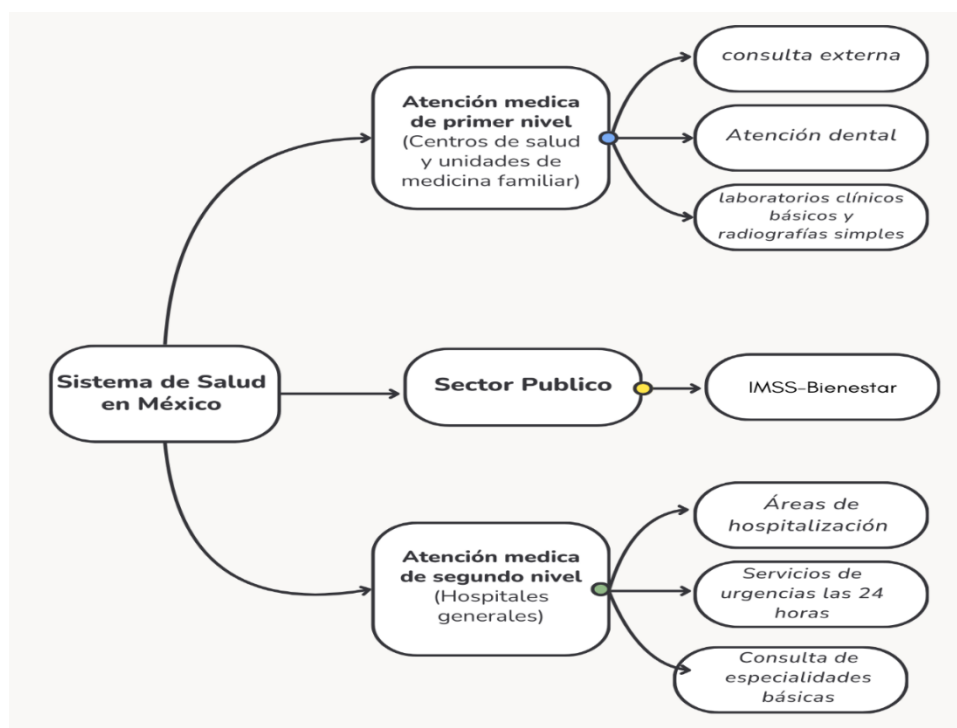
Actualmente se ha reconocido el esfuerzo por la conformación del sector salud en México, a pesar de las dificultades y retrasos que se han presentado en los programas de desarrollo en tanto a la cobertura universal y financiamiento para mayores avances, se ha visto una expansión de unidades en diferentes periodos.

En el año 2009 con el programa del Seguro Popular se decía que las instalaciones contaban con los equipamientos necesarios para cubrir la atención médica, pero se encontraban aún en vías de abastecimiento y conformación de hospitales adecuados y con los recursos suficientes para cubrir la mayoría de las atenciones demandadas por los usuarios.

Con el programa IMMS-Bienestar se dio inicio a cambios dentro de la estructura del sector salud con el fin de formar un modelo único de atención pública, gratuita y preventiva a través de la transferencia de hospitales y centros de salud al sistema de descentralización que proporcionan servicios de primer y segundo nivel de atención a personas que se encuentren adscritas. (Figura 4)

Figura 4

Atención médica de primer y segundo nivel



Nota. Elaboración propia a partir de <https://www.isssteson.gob.mx/index.php/subdirecciones/medica/serviciosmedicos>

de

La descentralización de servicios de salud fue el avance para que estos se extendieran a nivel federal, estatal y municipal entre los años 1996 y 1997; se conformó entonces la red de atención a la salud con el fin de alcanzar las zonas más alejadas.

El modelo del neoliberalismo benefició de mayor manera al sector privado debido a que obtiene y administra sus recursos al cobrar de manera directa por los *clientes* y por la adscripción a seguros privados, así como la infraestructura, que, a comparación de los primeros hospitales en México, la construcción de estos ocasionó mayor apertura de la brecha entre estos dos sectores.

Las infraestructuras de los hospitales públicos en el nuevo siglo fueron resultado de las adaptaciones más prácticas para atender al *paciente*; de manera que se consideraron aspectos como la estética; aprovechamiento de luz natural; así como evitar el hacinamiento por ingresos hospitalarios implantando acciones como atención ambulatoria, cirugías de mínimo acceso; hospitalización a domicilio; servicios preventivos y terapéuticos que si bien se practican de manera extrahospitalaria conforman parte del hospital como sistema. “La estructura hospitalaria indefectiblemente tiene que adaptarse a los nuevos cambios tecnológicos y a los requisitos sociales de bienestar.” (Loyo y Díaz, 2009, p.502)

Además, con el transcurso de los años y las innovaciones en telecomunicaciones son cruciales para las nuevas atenciones a los pacientes, como el uso de la robótica y asistencia integral de manera presencial y virtual; componentes de una atención hospitalaria bidireccional.

4.3 Hospitales de Tlaxcala

Las expansiones de las instituciones de salud en México representan una parte del desarrollo para el país, así como los intereses por disminuir la tasa de muerte y atender las condiciones que colocan a los pobladores en estado de vulnerabilidad; aunque por otro lado la privatización de los servicios genera un acceso limitado a quienes no cuentan con el dinero necesario para comprar este servicio.

De ahí entonces que se incremente la demanda de atención en el sector público; situación que lleva a los trabajadores de la salud de estos hospitales generales, en especial a los que pertenecen al SESA a vivir una jornada laboral con condiciones que pudieran repercutir en su estabilidad biopsicosocial; debido a que dichas instituciones se integran al recién nombrado modelo IMSS-

Bienestar que tiene como objetivo principal la cobertura universal de acceso a la salud de manera gratuita.

El Sistema de Salud de este estado también cuenta con una larga trayectoria, pues a partir de la información encontrada se registra que en el año 1537 se fundó el primer hospital llamado “Encarnación”, atendido en ese entonces por médicos indígenas quienes brindaban la atención a personas de otros lugares -forasteros y españoles- a comparación del hospital en la ciudad de México que hacía distinción por el origen de las personas que requerían la atención.

Esta estructura se ubicó en un principio cerca del actual ex convento y donde es actualmente la plaza de toros; posteriormente se trasladó a las instalaciones del entonces convento por orden de la Corona española. En 1904, se cambia de ubicación cerca al centro de la ciudad y es renombrado “Mariano Sánchez Santos”.

La transformación y modernización tanto en la estructura de las instalaciones y métodos de intervención y atención de los sistemas de salubridad se visibiliza en Tlaxcala cuando en el año 1942 a partir de la visita de la Secretaría de Asistencia y Salubridad se considera la construcción de un nuevo hospital, mismo que se inauguró en 1948 como el Primer Hospital General de Tlaxcala “Dr. Miguel Lima Ramírez” conformado por las diferentes áreas de salud que brindaron sus servicios durante 75 años y que recientemente con la nueva gubernatura se trasladaron a la comunidad de San Matías Tepetomatitlán y fue renombrado “Lic. Anselmo Cervantes Hernández”.

Similar a lo anterior, el Hospital General de Calpulalpan dio apertura a sus instalaciones en el año 1990 y por el crecimiento de la población en el municipio, así como la evaluación a su infraestructura a nivel normativo fue necesaria la construcción de una nueva institución en 2009; los cambios atendieron necesidades como el incremento de camas, dos áreas de quirófano y la extensión de turno de servicios laboratorios.

el Hospital General de San Pablo del Monte es inaugurado en 2016 por el presidente Enrique Peña Nieto; con el fin de avanzar en la misma línea del programa de calidad en salud, la mejora de reclutamiento de médicos y enfermeros, el servicio de calidad y fácil acceso, reducir la mortalidad, entre otros objetivos.

El DENU (2024) muestra que a nivel estatal existen 46 hospitales de los cuales 39 son hospitales generales⁹; 18 correspondientes al sector público y 23 al sector privado. En cuanto a hospitales de otras especialidades se ubican 6 para sumar un total de 46 unidades hospitalarias en todo el estado.

La mayoría de estas instalaciones se han establecido a través de protocolos normativos; la intervención del Estado y sectores económicos y sociales. Los hospitales que son considerados para esta investigación se encuentran en zonas geográficas que define Christaller (1933) como *lugares centrales*; este término se basa en la teoría de que todo lugar central está situado mediante la distribución del espacio respecto las actividades económicas que se agrupan o concentran sin importar el tamaño de área (Tabla 1). Son lugares a los que la población que se encuentra cercana a ellos tiene fácil acceso a los bienes y servicios que cubren sus necesidades, explicado lo anterior se considera el acceso a una institución de salud a la cual la población circundante o más próxima se traslada para recibir atención.

4.3.1. Caracterización de ciudades centrales: Calpulalpan, Tlaxcala y San Pablo del Monte

Cada una de estas ciudades resulta relevante dentro de la región a la que pertenecen por ser espacios caracterizados de manera demográfica y económica que les hace diferenciarse de las otras ciudades dentro del estado.

Calpulalpan representa el sexto municipio con mayor población, después de Tlaxcala; Apizaco; Huamantla; Chiautempan y San Pablo del Monte. Tanto en esta como en las otras ciudades que se consideraron en este trabajo el proceso de industrialización ha avanzado de tal manera que la ganadería y agricultura así como actividades de manufactura han quedado en segundo plano.

Tlaxcala, que es el mayor contenedor de habitantes al lado de las otras dos zonas; cuenta con la mayor demanda y recurrencia a los servicios tanto de salud, educación, departamentos comerciales y vías de transporte, se considera entonces una de las mayores ciudades centrales por la accesibilidad para sus habitantes y los de sus alrededores.

⁹ Se considera como hospital general a la unidad de salud que cuenta con las instalaciones necesarias para hospitalizar a pacientes así como la atención a las diversas enfermedades. Por lo general existe primer y segundo nivel de atención; cuentan con áreas de cirugía; pediatría; urgencias; obstétrica; medicina interna y ginecología. Se le asigna el término *general* debido a la variedad de áreas y que en su mayoría o en su totalidad se encuentren en función.

En conjunto, estas tres zonas representan el 17% de población dentro del estado, casi una quinta parte de éste, una cantidad significativa, pero también de manera particular; por ejemplo, a comparación de algunos otros municipios como Tocatlan, que se conforman de alrededor de 6,300 habitantes; lo que representa solo el 0.4% del total estatal.

Tabla 1

Poblacion de Ciudades centrales

	Estatad	Calpulalpan	San Pablo del Monte	Tlaxcala	Total
Población total *	100.00	3.81%	6.15%	7.44%	17.40%

Nota *Gobierno de México (2024). Data Mexico. Datos del 2020. [Tlaxcala: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública | Data México](#)

Una cualidad más es que la población de cada lugar se concentra entre los 5 y 24 años de edad, esto es un estrato de población joven, lo que posiblemente sea motivo de la alta cantidad de instituciones educativas y de salud así como de la movilidad de transporte y vías de comunicación, y la demanda de algunos otros servicios. (Tabla 2).

Los datos también reflejan que la mayoría de esta población tiene un fácil acceso a servicios de internet, equipos de cómputo y dispositivos celulares, indicador de una facilidad de comunicación, de adquisición de servicios y comunicación a través de la tecnología que se ha convertido en primicia de crecimiento económico.

Tabla 2

Características demográficas de Ciudades Centrales

Municipio	Concentración de población *	Servicios de vivienda **			Unidades de salud ***		Tiempo de traslado promedio del hogar (minutos) ****	
		Internet	Computadora	Celular	Rural	Urbano	A su trabajo	A su centro de educación
Calpulalpan	5-19 años (28%)	35%	24.5%	88.5%	4	12	24.1	17.7
							74% < una hora 8 % > una hora	94% < una hora 5% > una hora
San Pablo del Monte	5-19 años (29.9%)	36.5%	21.2%	82.9%	5	8	38.5	20.6
							70% < una hora 15% > una hora	96% < una hora 4% > una hora
Tlaxcala	10-24años (24.3%)	64.8%	54.1%	92.6%	6	56	26.3	20.7
							78% < una hora 7 % < una hora	93% < una hora 6% > una hora

Nota:

*Gobierno de México., (2024). Data México. Datos del 2020. [Tlaxcala: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública | Data México](#)

** Gobierno de México., (2024). Data México. Datos del 2020. [Tlaxcala: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública | Data México](#)

*** Gobierno de México., (2024). Data México. Datos del 2023. [Tlaxcala: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública | Data México](#)

**** Gobierno de México., (2024). Data México. Datos del 2020. [Tlaxcala: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública](#)

Para la caracterización económica de estas ciudades se utilizaron cinco variables las cuales dan cuenta de la presencia en estas ciudades en primer lugar el total de unidades económicas; la cantidad de personas promedio en cada una de ellas; el personal ocupado; las remuneraciones a dicho personal y los valores agregados.

Hasta el ultimo Censo Económico registrado por el INEGI (2019) la mayor parte de Unidades Económicas distribuidas entre el sector secundario y el sector terciario se dedican a la producción y comercialización de bienes y servicios, en su mayoría en establecimientos fijos en las cuales la Poblacion Ocupada, que se refiere a las personas que cuentan con un trabajo remunerado; ejercen los procesos de producción y comercialización.

La tabla 3 se trata del sector secundario de empresas pequeñas, en general son 7 personas por unidad; la mayor cantidad están en Tlaxcala, seguido de Calpulalpan y San Pablo. El estado de Tlaxcala se basa en su mayoría de pequeñas y medianas empresas (PyMES). El INEGI reportó hasta el 2019 un total de 89.076 establecimientos de los cuales el 97.7% son microempresas, con alrededor de hasta 10 personas en ellas. El sector secundario ocupa el 11.05% de personal ocupado en este tipo de empresas y que corresponden a actividades de manufactura.

En cuanto al Total de Remuneraciones, de acuerdo a cada censo, se calcula la suma de todo tipo de gasto destinado como paga de una persona por su trabajo, ya sea por honorarios, por comisión o sueldo base, además de prestaciones, liquidaciones y seguridad social. La contribución económica que se agrega en su totalidad es del 3.26% del Total estatal, es decir el valor que se genera a través de las producciones en este caso de actividades de manufactura.

Tabla 3

Caracterización económica de las ciudades centrales. Sector secundario 2019

	Unidades económicas	Personas por unidad	Personal ocupado total	Total, de remuneraciones (millones de pesos)	Valor agregado censal bruto (millones de pesos)
Estatel	100,00	6.90	100,00	100,00	100,00
Calpulalpan	4.08	3.71	2.19	1.63	1.16
San Pablo	8.63	3.00	3.75	1.34	0.68
Tlaxcala	6.76	5.22	5.11	4.74	1.43
Total	19.47	11.93	11.05	7.70	3.26

Nota Elaboración propia a partir de INEGI. Censo económico 2019.
<https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/#tabulados>

Aunado a lo anterior, Tlaxcala representa un sector terciario de pequeña escala del total a nivel estado (Tabla 4) el INEGI (2019) reporta un 50.5% de PyMES dedicadas al comercio y el 31.8% a servicios representado en un 20.75% del total de Unidades Economicas dentro del estado con un promedio de 3 personas en cada una de estas y un 24% de Personal Ocupado. Estas tres ciudades conforman el 27.06% de Remuneraciones en millones de pesos; es decir, mas de una cuarta parte. Es este sector en la ciudad de Tlaxcala el que refleja la cantidad más alta y en conjunto generan el 3.26% del total de Valor agregado censal Bruto.

Tabla 4

Caracterización económica de las ciudades centrales. Sector terciario 2019

	Unidades economicas	Personas por unidad	Personal ocupado total	Total, de remuneraciones (millones de pesos)	Valor agregado censal bruto (millones de pesos)
Estatal	100.00	2.46	100.00	100.00	100.00
Calpulalpan	4.13	2.29	3.85	3.63	5.00
San Pablo	6.35	1.72	4.45	1.78	2.35
Tlaxcala	10.27	3.68	15.39	21.65	16.88
Total	20.75	10.15	23.69	27.06	24.23

Nota Elaboración propia a partir de INEGI. Censo económico 2019.
<https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/#tabulados>

Cabe mencionar que estas tres instituciones se encuentran localizadas en diferentes regiones determinadas por el Programa de Ordenamiento Territorial de la entidad (PEOT, 2013) de acuerdo a características económicas, viales, naturales y sociales. (Región plan o programa¹⁰), consideradas entonces como lugares centrales. (Tabla 5), (Anexo 9).

¹⁰ Se refiere a una región considerada para la implementación de programas y estrategias de desarrollo; el aprovechamiento de la zona para el uso de suelo o infraestructura, por ejemplo; a partir de objetivos políticos y económicos.

Tabla 5*Ciudades Centrales y su ubicación por región*

Ciudad	Región
Calpulalpan	Poniente
San Pablo del Monte	Sur
Tlaxcala	Centro Sur

Nota: Elaboración propia a partir del Programa de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano para el Estado de Tlaxcala, (2013)

Estos hospitales hasta el año 2020 han tenido la mayor demanda de atención, con un rango de cobertura de 25 a 43 mil pacientes atendidos anualmente. Como se puede ver en la tabla 2, aunque la cobertura viene de dos diferentes departamentos, las cifras pueden variar debido a que en ocasiones las personas se encuentran afiliadas a más de una institución.

Tabla 6*Población, unidades económicas y cobertura de servicios de salud 2020*

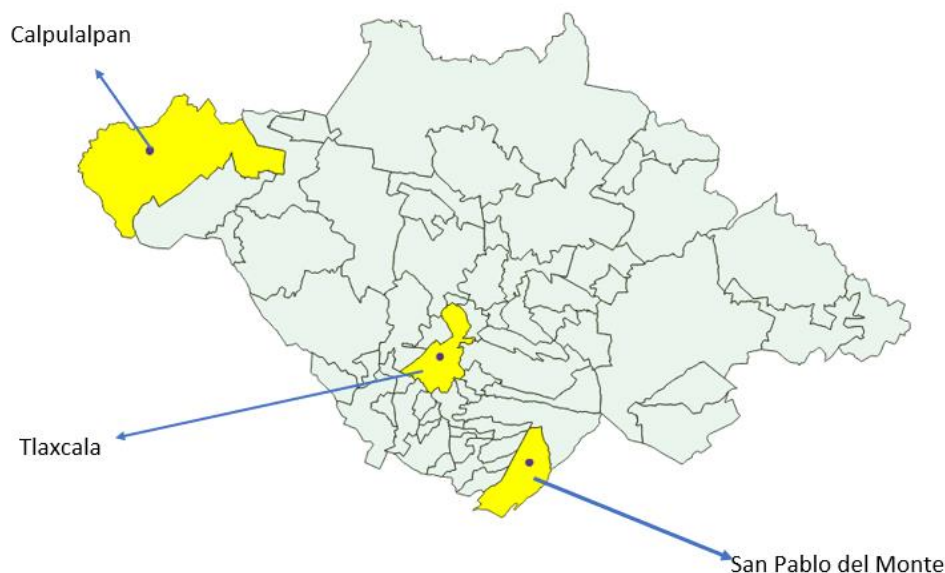
Municipio	Población 2020	Servicios de salud y de asistencia social	Cobertura de salud 2020 (Población atendida)
Calpulalpan	51,172 habitantes	82 UE.	Centro de salud u hospital de la SSA (seguro popular) 25,678 personas
San Pablo del Monte	82,688 habitantes	76 UE.	Centro de salud u hospital de la SS A (seguro popular) 42,362 personas
Tlaxcala	99,896 habitantes	375 UE.	IMSS (seguro social) 25,888 personas

Nota: Elaboración propia con información de Data México. (s. f). Gobierno de México (<https://www.economia.gob.mx/datamexico/>).

Los hospitales generales de Calpulalpan; San Pablo del Monte y Tlaxcala (Figura 5) operan bajo el modelo del IMSS-Bienestar (mandato de 2022) el cual tiene como objetivo el avance y fortalecimiento de puntos específicos como la infraestructura; especialistas; médicos generales; análisis clínicos; medicamentos; material de curación y basificación del personal.

Figura 5

Ubicación de Hospitales Generales IMSS-Bienestar



Nota: Elaboración Propia

Servicio considerado para las personas que no cuentan con seguridad social y que de acuerdo a la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala¹¹ la protección de la salud busca el bienestar a nivel físico, mental y social de todo individuo para que sea capaz de cumplir cualquier función como ciudadano en pleno uso de sus capacidades, así como la mejora de calidad de vida, la preservación y mejoramiento de la salud que coadyuvará al desarrollo social.

De manera general, el Sistema de Salud en Tlaxcala mediante el gobierno del Estado está conformado por las autoridades sanitarias (Figura 6) correspondientes encargadas de velar por la planeación; evaluación; cumplimiento; coordinación y ejecución de los servicios de salubridad general conforme a la Ley.

¹¹ Esta Ley es de orden público, interés social y de aplicación general en el Estado de Tlaxcala. Tiene por objeto la protección de la salud y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la concurrencia de éste y sus Municipios, en materia de salubridad local, en términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Ley General de Salud. (CONGRESO DEL ESTADO DE TLAXCALA, 2024:1)

El Sistema de Salud de Tlaxcala es un conjunto de unidades de atención médica - Hospitales Generales; de especialidades como el Hospital infantil y el Hospital de la mujer; Hospitales comunitarios; Centros de Salud; Hospitales privados y Consultorios médicos particulares- conforman la red de servicios de salud dentro del estado, intermediados por Normas; Leyes Federales y Estatales en Materia de Salud; Tratados Internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos; Convenios; Códigos; Reglamentos y Acuerdos.

Figura 6

Autoridades sanitarias del estado de Tlaxcala



Nota: Elaboración propia a partir de información sobre la *Ley de Salud del Estado de Tlaxcala*. https://congresodetlaxcala.gob.mx/archivo/leyes2020/pdf/69_Ley_de_salud_de.pdf

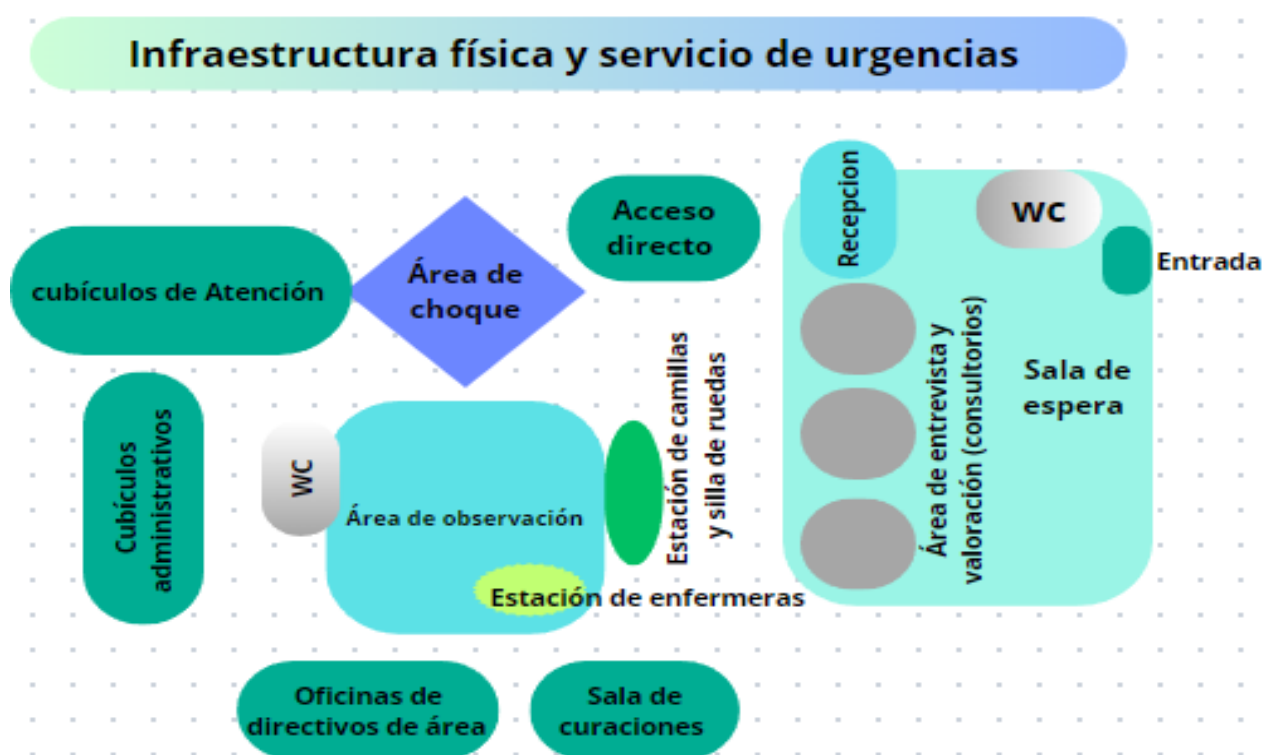
5.3 Áreas de urgencias. Definición; generalidades y protocolos de operación

El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM, 2023) considera un servicio de urgencias como un servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano.

El procedimiento de atención de un área de urgencias comienza en el momento que la persona ingresa a la institución de salud, por la sala de espera y registrándose en la ventanilla de recepción posteriormente se pasará al área de Triage¹² que se determina por tres colores: el verde que significa que no es una situación grave y la atención se da en una clínica de consulta externa; el segundo color es el amarillo y es un caso delicado por lo que requiere de atención y valoración en el hospital o área de urgencias; por último el color rojo que refiere una situación de gravedad que requiere de una atención inmediata ya que la vida del paciente se encuentra en peligro. A continuación, se muestra en la figura 6, la ubicación de cubículos y servicios que conforman un área de urgencias.

Figura 7

Infraestructura física y servicios del área de urgencias



Nota: elaboración propia a partir de trabajo en campo y tomada como referencia la estructura del área de urgencias del Hospital General de Tlaxcala.

¹² La palabra *triage* tiene origen en el lenguaje francés *trier* que se refiere a seleccionar, clasificar, separar, escoger. En el campo de la medicina se ha utilizado para referir al paciente a una evaluación y diagnóstico antes de recibir la atención médica de acuerdo al grado o nivel de urgencia. Corresponde al Sistema Español de Triage (SET) ya que es el que más se adapta al país.

Generalmente un área de urgencias se encuentra estructurada de áreas como la recepción y sala de espera; área médica, área quirúrgica; de especialidades y de observación. La actividad principal es recibir y estabilizar al paciente. Para dar atención se requiere el equipamiento necesario para realizar toma de oxígeno; traslados en camillas; radiografías; y realizar procedimientos quirúrgicos.

La STPS (DOF, 2013) define al servicio del área de urgencias como el “conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de la salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica”.

Este servicio se encuentra disponible durante las 24 horas los 365 días del año, se reconoce por atender padecimientos médicos y quirúrgicos que ofrece un equipo de especialistas en medicina de urgencias, medicina interna (tratamiento que no requiere de asistencia quirúrgica), así como cuidados intensivos que se le brinda a pacientes que han tenido un pronóstico grave o un alto riesgo de tener complicaciones por lo que se encuentran en monitoreo y vigilancia.

En la Tabla 3 se señala el procedimiento para recibir atención en la mayoría de los hospitales generales del sector público se da mediante tres momentos en base al tipo de urgencia y el nivel de gravedad y no por la hora de llegada de los pacientes ya que se tiene entendido que no toda urgencia es grave y no siempre lo grave es urgencia. El primer momento corresponde a la solicitud de atención, seguido de valoración en el módulo de triage y en tercer lugar la espera de atención médica a partir de la categorización.

Tabla 7

Escala de Triage Abreviada por Prioridades en Hospital General (TRIAGE ETAP)

Categoría		Unidad	Tipo de atención y tiempo de espera
C-1	Reanimación	Unidad de reanimación	Atención inmediata por peligro vital (reanimación)
C-2	Emergencia	Unidad de reanimación Observación	Valoración médica rápida peligro vital inminente
C-3	Urgencia mayor	Primer contacto	Atención médica para descartar problemas que pongan en riesgo la vida (30 minutos)

C-4	Urgencia menor	Centro de salud	Requiere atención médica y tratamiento (60 minutos)
C-5	No urgente	Centro de salud	No requiere atención médica urgente, deberá esperar su valoración y continuar su atención en un centro de salud (120 minutos)

Nota: elaboración propia a partir de la información de señalética en hospitales, obtenida durante trabajo de campo.

El Triage corresponde a una escala de prioridades que señalan de qué forma será atendido el paciente, el tiempo estimado y a qué área será dirigido.

A partir del Sistema Español de Triage (SET) se le ha asignado un color a cada una de las categorías con la intención de reconocer el nivel de urgencia a través de códigos para la canalización a la unidad correspondiente. A la categoría uno se asigna código azul; a la segunda, código rojo; categoría tres, código naranja; la cuatro, código verde y, por último, la categoría cinco como código negro.

Además de ello, el SET se compone de un conjunto de categorías y subcategorías sintomáticas para determinar el tipo, tiempo y unidad de atención; todo el proceso de atención y recepción se da mediante preguntas específicas al paciente y reconocimiento de síntomas para intervenir conforme al programa del triage.

Un área de urgencias dentro del hospital es el conjunto de atención y servicios mediante protocolos y niveles de atención; cabe señalar la diferencia entre una urgencia que atiende a situaciones en las que el paciente no se encuentra en alguna situación en la que su vida se encuentra amenazada de forma inminente tanto a su persona como a algún órgano vital en instantes, sino en el transcurso de horas. Por otra parte, una emergencia se refiere a aquella situación en la que la misma vida del paciente corre peligro de manera inminente por lo que se requiere de una atención inmediata.

A partir del Instructivo de llenado de la hoja diaria del servicio de urgencias; se recoge información sobre la atención diaria a los pacientes por parte del médico tratante que levanta datos personales, determina un diagnóstico y tratamiento a las afecciones; un responsable de servicios que se encarga de revisar el llenado de manera correcta; un personal codificador el cual

a partir de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE) asigna dicho código a la patología así como al tipo de medicamentos.

Posterior a ello el personal de estadística se encarga de realizar la captura de la información de la hoja conforme al calendario estadístico que establece el jefe inmediato y finalmente el personal responsable del archivo clínico que ubica la hoja diaria en resguardo dentro de la unidad médica.

La estadística de urgencias médicas genera información para la planeación, asignación de recursos y evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados. Asimismo, es fuente de información para la investigación clínica y epidemiológica. (Sistema Nacional de Información Básica en México en Material de Salud, 2024, p.5)

Dicha hoja de registro contiene información específica tanto de condiciones sociodemográficas como de padecimientos y enfermedades; afiliaciones a seguros; estadía; tratamiento; tipo de urgencia; traslados y altas entre otros.

De acuerdo a la NOM-027 SSA3-2013 que se refiere a la regulación de servicios de salud en específico la atención de sala de urgencias, explica de manera jerárquica al personal que conforma dichas salas, como se muestra en la figura 8.

Figura 8

Organigrama general de Sala de urgencias en México



Nota: Elaboración propia a partir de la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. (https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04/09/2013#gsc.tab=0).

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1.4 Análisis General

Con base al recorrido dado sobre las primeras concepciones de trabajo y las configuraciones de éste; los movimientos que permitieron su regulación y conformación de sindicatos que ampararon los derechos de los trabajadores; así como la división por sectores que posicionó al tercero como el principal generador de capital en el país a través de la prestación de servicios tienen como efecto la reciente visibilización de las repercusiones a nivel físico y psicológico; en el siguiente apartado se exponen los resultados de esta investigación realizada en relación tanto al trabajo y sus condiciones dentro del sector de salud pública así como la identificación de riesgos psicosociales en el mismo.

Este capítulo consta de dos apartados; en el primero se analiza el conjunto de los datos a través de seis categorías consideradas por el tipo de trabajo: Condiciones Generales de Trabajo; Seguridad; Ergonomía; Acontecimientos Traumáticos; Actividades y Responsabilidades y Relación con pacientes y familiares, detalladas dentro de la tabla 4.

Cada una está compuesta por una serie de preguntas y recolección de datos significativos que evidencian características tanto generales como específicas de cada una de las áreas de urgencias dentro de los tres hospitales generales pertenecientes al modelo de operación IMSS-Bienestar.

Tabla 8

Categorías de análisis general

Categoría	Consideraciones
Condiciones generales de trabajo	Puesto/ Horario/ seguro social/ contrato/ sindicato/ vacaciones/prestaciones/ sueldo/ pensión/ seguro de vida/ licencia de maternidad/ aguinaldo.
Seguridad	Información sobre seguridad y salud en el trabajo/prevenición de riesgos y salud laboral/ evaluación y control de riesgos en el trabajo/ apertura a informar si se siente expuesto a un riesgo/lesión o daños por accidentes de trabajo/enfermedades diagnosticadas por causa del trabajo/ permisos por

	cuestiones de salud.
Ergonomía	Movimiento de cargas pesadas/ exposición a radiaciones, ruidos, temperaturas extremas, vibraciones/ contacto con sustancias químicas y agentes biológicos patógenos/ equipos y recursos tecnológicos/ instalaciones y áreas: hacinamiento/ esfuerzo físico/ movimientos repetitivos por tiempos prolongados/ uniforme y equipo de protección personal.
Acontecimientos traumáticos	Situaciones de peligro/ repercusiones del acontecimiento/ desequilibrio en ciclos de sueño y hábitos alimenticios/ sensaciones y recuerdos que alteren la concentración.
Actividades y responsabilidades	Esfuerzo mental/ actividades peligrosas/ velocidad de ejecución/ resultados de sus actividades/ liderazgo/ roles/ solución de problemas de trabajo/ trabajo en equipo/ éxitos y reconocimiento.
Relación con los pacientes.	Respuestas de los pacientes (respeto-violencia)/ información a familiares de pacientes/ respuesta de los familiares.

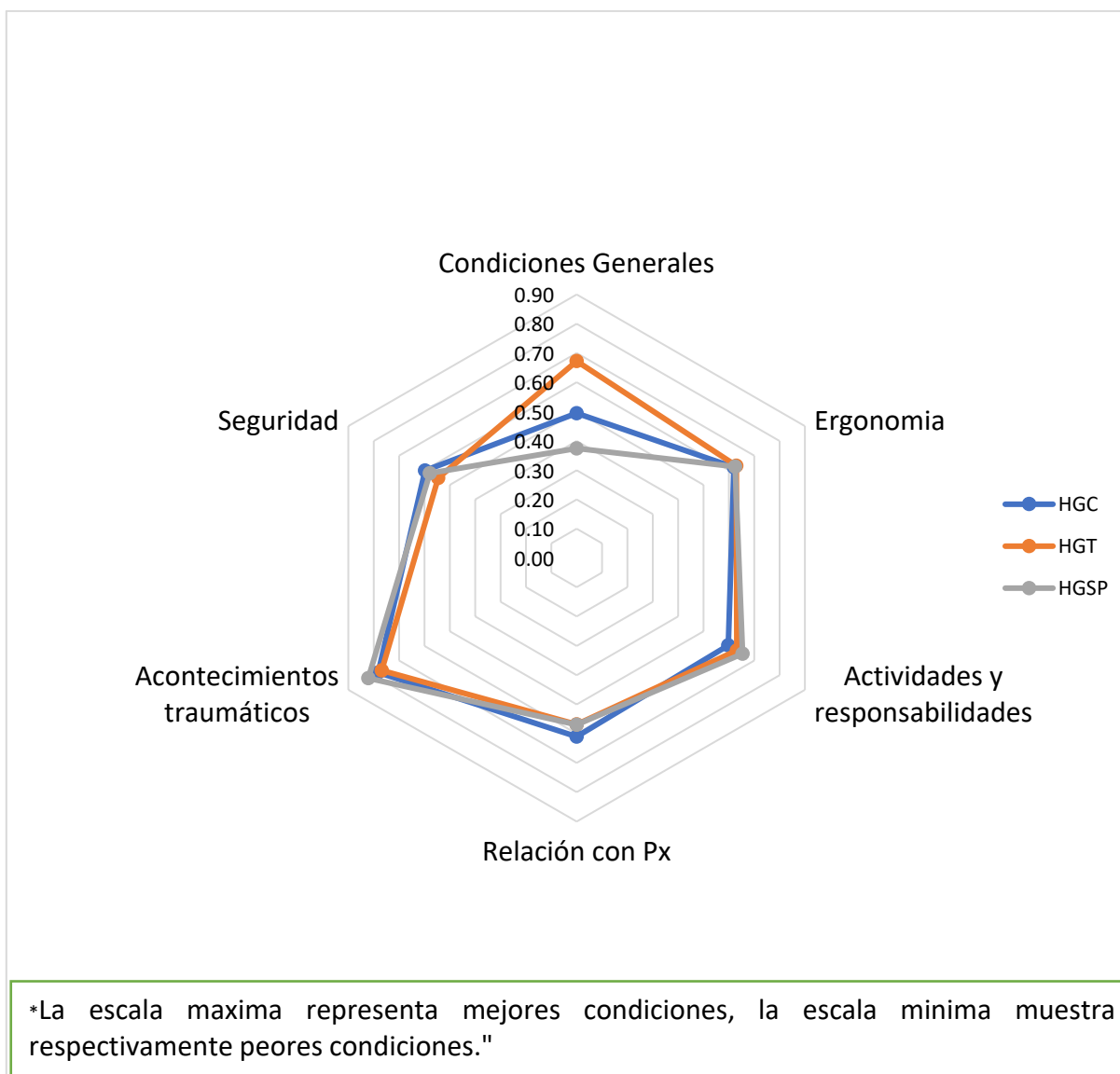
Nota: Elaboración propia a partir de la construcción del instrumento (cuestionario)

En esta primera parte del análisis se hizo el vaciado de datos en el programa Excel; se codificó cada una de las respuestas de acuerdo al valor que se consideró en la escala Likert donde 5 corresponde a la respuesta/situación más óptima y donde 1 es igual a situaciones que perjudican o ponen en riesgo y situaciones negativas al trabajador.

Posteriormente se generó un coeficiente para las seis categorías a través de la suma de todas las respuestas – ya codificadas - que contenía cada una y la división entre el número máximo de cada sección. Este mismo procedimiento se aplicó a cada uno de los hospitales, tal como se expone en la figura 9.

Figura 9

Índice sintético de condiciones de trabajo en tres Hospitales Generales del estado de Tlaxcala, 2019-2023.



Nota:

HGT -Hospital General de Calpulalpan

HGT – Hospital General de Tlaxcala

HGSP – Hospital General de San Pablo del Monte

Px - Pacientes (Relaciones laborales).

El valor del índice que se integró se encuentra entre 0 y 1; cuando el resultado se acerca a 0 significa que el conjunto de los valores es bajo o muy bajos lo cual indica que las condiciones

generales son desfavorables; a diferencia de cuando se acerca a 1, es decir, mejores puntuaciones, traducido como mejores condiciones.

Condiciones Generales: los valores encontrados en este rubro, vinculados con elementos como: puesto de trabajo; horario; seguro social; contrato; afiliación a sindicato; vacaciones; prestaciones; sueldo; pensión; seguro de vida; licencias y aguinaldo obtiene su mayor valor en el hospital general de Tlaxcala con un puntaje de .70 mientras que Calpulalpan y San Pablo obtienen valores de .50 y .40 respectivamente. Un valor en términos estadístico significativos implicaría un valor por arriba del .85, situación que ninguno de los tres hospitales logra alcanzar.

El hospital general de Tlaxcala, al ser el más antiguo ha logrado un mejor posicionamiento en términos de las condiciones de trabajo, pero aún insatisfactorio. Mientras que los trabajadores de los hospitales de Calpulalpan y San Pablo del Monte, hospitales más jóvenes, entraron de inicio, en condiciones de desventaja, en pleno desarrollo del modelo neoliberal donde se observó un deterioro de: salarios, desmantelamiento de sindicatos, incremento de jornadas laborales por el mismo salario y el incremento de la inseguridad laboral (Nájera, 2015).

Incluso los trabajadores, en hospitales antiguos, en donde se habían alcanzado cierto nivel de estabilidad laboral, las nuevas contrataciones tendrían estas características de deterioro. Lo cual implicaría bajar en la escala de condiciones laborales.

Acontecimientos Traumáticos: en esta categoría se integran las situaciones de peligro, repercusiones de las mismas, desequilibrios en ciclos de sueño; hábitos alimenticios; sensaciones y recuerdos que alteran la concentración. Los tres hospitales se encuentran cercanos al mismo nivel .80, lo cual indica que existen peores condiciones generales y que, las consecuencias de situaciones de peligro como los desequilibrios de sueño; recuerdos de acontecimientos traumáticos, concentración o sentimientos negativos, afectan menos que las condiciones generales en las que laboran.

Ergonomía: aspectos como el movimiento de cargas pesadas; la exposición a radiaciones; ruidos; temperaturas extremas; vibraciones; contacto con sustancias químicas y agentes biológicos patógenos; la carencia de equipos y recursos tecnológicos; dentro de las áreas en que trabajan; la libertad de realizar sus actividades a su ritmo; y el uniforme que se les otorga; se encuentran casi en la misma situación en los tres hospitales, es decir, por encima de la media; el

HGSP rebasa un poco a las otras dos instituciones aunque no significa que sea el nivel ideal de estabilidad ergonómica.

Actividades y responsabilidades: todo trabajo incluye sus propias actividades y características, así como la responsabilidad de cubrirlas de manera sustanciosa para un beneficio mutuo entre el trabajador y la organización. Esta categoría representa las diversas circunstancias ante el cumplimiento de responsabilidades dentro de un tiempo determinado y al ritmo de las posibilidades del trabajador; lo que además representa un esfuerzo tanto físico como mental; y un nivel de peligrosidad elevado o nulo; la posibilidad de resolución de complicaciones durante las actividades dentro de la jornada laboral; el reconocimiento de éxitos y apoyo entre compañeros y el modo de liderazgo. Los niveles de estos tres Hospitales se encuentran ubicados por el nivel medio, aunque un poco más alto dentro del HGSP, ya que son los trabajadores quienes cuentan con mayor libertad de elegir el ritmo de trabajo, esto pudiese ser debido a que no es la misma demanda de pacientes como en los otros dos.

Relaciones con Pacientes (Px) y laborales: además del compañerismo y liderazgo dentro de lugar del trabajo; el personal de salud se enfrenta a mantener una relación tanto con el paciente en el momento de resguardar su salud, así como con los familiares o responsables de éste; lo que implica que en ciertos momentos tengan que proporcionar información sobre el estado de salud de su paciente; lo mismo que significa causa de posible violencia verbal e incluso física por el hecho de responsabilizar al personal de esta área el bienestar del paciente. El HGC ha percibido un mejor trato por parte de dichas personas al momento de brindar información; además de que no todos han sido responsables de salir a interactuar con los familiares por lo que se exenta el buen o mal trato.

Seguridad: la información sobre seguridad y salud en el trabajo quedan por debajo del nivel medio en los tres hospitales, pues aunque el personal reciba capacitaciones sobre los riesgos, o por naturaleza de su profesión ya han adquirido el conocimiento necesario; la promoción de salud laboral, además de la evaluación y control de riesgos en el trabajo, son temas que no siempre son considerados por las autoridades como relevantes o al menos no son focos de inmediata atención para realizar programas de prevención. Aun cuando se haya brindado la apertura a informar si se

sienten expuesto a un riesgo; lesión o daños por accidentes de trabajo, han dado menor peso a las distintas enfermedades diagnosticadas por causa del trabajo como lumbalgias, hernias, contagios y accidentes que pudiesen sufrir.

2.4 Análisis por Hospital

Para cada hospital se tomaron los valores de cada una de las categorías (Condiciones Generales; Ergonomía; Actividades y Responsabilidades; Relaciones con pacientes; Acontecimientos Traumáticos y Seguridad) y se realizó una tabla de contingencia para saber si existía relación o no con la categoría de Estado de Ánimo.

En cuanto a las condiciones específicas de cada hospital se muestran a continuación los puntos más significativos que fueron identificados en las respuestas de manera cualitativa, así como de manera cuantitativa al ser codificadas. La descripción de manera particular de cada institución permitirá visualizar características más puntuales, datos que podrían ser considerados para un análisis comparativo en posteriores trabajos.

Para ello se elaboró una serie de tablas de contingencia -elaboradas con software estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS)- conformadas de dos tipos de variables, una independiente y otra dependiente y de datos numéricos que permite el análisis y comprensión de la información recabada previamente y codificada para la obtención de resultados relevantes.

Dentro de dichas tablas, se encuentran los datos numéricos y las variables que se confrontan para obtener el grado de asociación positiva o negativa de una variable independiente con o una dependiente. Este tipo de análisis se denomina univariado, es decir, el análisis de una sola variable.

Una tabla de contingencia se compone de dos entradas en la que cada una de las casillas representa el número de casos que poseen características similares. A partir de los datos que arroja, se percibe si existe una relación/asociación entre variables o si éstas no tienen ninguna relación.

El χ^2 es utilizado para la estadística analítica, para medir la diferencia que pueda existir entre los valores observados y los valores teóricos. Se utiliza en casos como las diferencias de variables

categorías sobre una misma población, como es en este caso, las categorías de las condiciones de trabajo sobre los trabajadores de una sala de urgencias.

Se consideran entonces, las diferentes categorías que tienen relación con el Estado de Ánimo de la población; esto por obtener la puntuación más elevada en comparación con el resto de categorías.

2.4.1. Relación y comparación entre hospitales

En cuanto a las características generales que se logran acotar en este apartado, en primer lugar, es que las tres instituciones pertenecen al sector público; se encuentran ubicados en lugares de acceso relativamente fácil para la población; aunque suelen ser concurridos mayormente unos más que otros.

El Hospital General de Calpulalpan se integra de una sala de urgencias con un total de 38 trabajadores de los cuales 12 de ellos -en mayoría mujeres- fueron muestra para identificar aspectos de identificación y contextualización como la edad que va de los 21 a 55 años y el tiempo de trabajo de un mínimo de seis meses y hasta 20 años.

El Hospital General de Tlaxcala conforma un personal de 80 trabajadores de los cuales 19 se tomaron como muestra; de modo similar fueron más mujeres a las que se les aplicó el cuestionario; se reconoce una edad de 22 a 66 años y un tiempo en su puesto desde los seis meses hasta los 40 años.

El área de urgencias en el HGSP cuenta con un total de 44 trabajadores de los cuales 13 fueron la muestra representativa; en el caso contrario del HGC, la mayoría fueron hombres, (lo que podría servir como dato sociodemográfico para investigaciones futuras) la edad va de los 23 a los 53 años y en un tiempo de trabajo desde uno hasta 23 años de servicio.

En general, existen trabajadores desde los 20 hasta los 60 años dentro de las tres instituciones; en el primero, se identificó mayor presencia de mujeres trabajadoras; en segundo lugar, el HGT tiene un promedio similar en ambos sexos y en tercer lugar hay mayoría de trabajadores hombres. Tanto el HGC como el HGSP el tiempo máximo de servicio de sus trabajadores es de 20 y 23 años respectivamente a comparación del HGT que ha tenido trabajadores desde hace 40 años, es decir, casi el doble que los otros dos. Esto puede deberse a que El HGC se creó en el año 1990, sin embargo, en el 2009 fue reubicado, lo que posiblemente dejó a muchos de sus trabajadores

limitados a reubicarse con su institución de trabajo; en cambio el HGSP fue inaugurado recientemente en el 2016 durante el mandato del presidente Enrique Peña Nieto.

A su vez el HGT abrió su servicio desde 1946; lo cual tendría explicación la matrícula de trabajadores de mayor tiempo y de mayor personal que los otros dos hospitales, pues aun cuando ya se ha reubicado en una zona relativamente lejana a su anterior ubicación; la población tiene la misma posibilidad de acceso y traslado debido a que se encuentra en una zona reconocida como *Hospitales*, en la cual se ofrecen tantas especialidades renales; oftalmológicas, un hospital para mujeres y otro para infantes, además de que el banco de sangre anteriormente se había reubicado en la misma zona. Esto podría ser una estrategia para que las personas puedan adquirir un tratamiento integral al tener dichas instituciones cercanas entre sí.

2.4.2. Hospital General de Calpulalpan

En el caso del hospital de Calpulalpan las categorías que fueron cruzadas y que resultan significativas en términos estadísticos fueron Condiciones Generales con Estado de Ánimo; en comparación con las otras categorías que tuvieron menor valor -cruzadas con la misma categoría Estado de Ánimo- los valores de asociación con categoría Ergonomía fue de 1.0; con Actividades y Responsabilidades .4; Relaciones laborales .2; Acontecimientos traumáticos .3 y seguridad .1. Esto significa que no hay un puntaje significativo, por ende, no existe la relación significativa en comparación con las Condiciones Generales; información que se presenta en la Tabla 9.

Para los trabajadores de esta institución las Condiciones Generales de trabajo que se refieren tanto a descansos, seguridad y prestaciones entre otras resultan esenciales y pueden considerarse cruciales para su desempeño y bienestar. La información registrada por los trabajadores, muestra que hay mayor acceso a descansos que se tienen a la semana a comparación de los otros dos hospitales; por lo regular son dos días y respecto a vacaciones que van desde los 10 días hasta 45 divididos en tres periodos al año, así como también un porcentaje alto en el recibo de aguinaldos.

Lo que impide que la puntuación de la categoría Condiciones Laborales no se acerque aún más por debajo de la media es debido a que existe la oportunidad de descansos entre jornada laboral, entre semana y vacaciones; existen convenios con otras instituciones, se cuenta con prestaciones como créditos hipotecarios, fondo de retiro, seguro de vida, prestaciones extendidas a dependientes económicos, así como bonos, aguinaldos y la oportunidad de solicitar sueldo por anticipación.

Sin embargo, en cuanto a convenios con otras instituciones la mayoría de los trabajadores no cuenta con ellos, para poder tener seguro de vida está de por medio un pago de contratación de seguro privado que la institución no cubre; tampoco existen prestaciones como créditos hipotecarios; no hay oportunidad de solicitar un anticipo de sueldo y en su mayoría no cuenta con fondo de ahorro o fondo de retiro.

Para los trabajadores del área de urgencias en el HGC las condiciones generales de trabajo a diferencia de otras categorías, impactan en su bienestar, ya que, tomando en cuenta el total de la muestra representativa, se percibe que al menos para el 50% de ellos dichas condiciones afectan a su estado de ánimo de manera regular; el 25% perciben un alto impacto sobre su estado de ánimo y el 25% restante no consideran que interfieran estas condiciones ni para el estado de ánimo ni para la ejecución de sus actividades.

Tabla 9

Relación entre Condiciones Generales y Estado de Ánimo

		Estado de Ánimo			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
Condiciones Generales	ALTO	8.3%	16.7%	8.3%	33.3%
	MEDIO	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%
	BAJO	16.7%	0.0%	16.7%	33.3%
	% del total	25.0%	50.0%	25.0%	
Total					100.0%
Chi-cuadrado de Pearson					.092

Nota: Elaboración mediante el registro de datos obtenidos y procesados en el programa IBM SPSS.

De modo contrario, la mayor puntuación -categoría que menos afecta- considerada por los trabajadores fue la de Acontecimiento Traumáticos; las situaciones de riesgo que se han presentado durante su estancia en el trabajo como accidentes o situaciones que ponen en riesgo su vida; el presenciar eventos que puedan generar gran estrés o sentimientos negativos que intervengan y perjudiquen las actividades que realiza tanto en horas laborales como extra laborales no ha llegado a repercutir tanto a diferencia de las condiciones generales.

Aunque casi más de la mitad ha mencionado que ha puesto en riesgo su vida en acontecimientos considerados traumáticos como la pandemia por COVID-19 y tener que trasladar a pacientes contagiados por la misma falta de camilleros o por realizar actividades que no les correspondían, acompañado del temor de contagio; manifiestan que en ocasiones suelen tener recuerdos recurrentes, sin embargo, no consideran que esto repercuta ahora en sus actividades.

2.4.3. *Hospital General de San Pablo*

El análisis de datos en el Hospital General de San Pablo presenta que, en la gráfica, el puntaje más alto es en la misma categoría de Acontecimientos Traumáticos. Supone entonces que los acontecimientos suscitados en el pasado no repercuten de forma permanente al trabajador tanto en sus actividades de trabajo, así como en sus actividades extralaborales, sin embargo, es necesario no dejar de lado la idea de que puede haber una explicación más detallada para cada institución.

Aun cuando en la gráfica de comparación, el HGSP tiene un puntaje mucho más bajo que los otros dos hospitales, en cuanto a Condiciones Generales; en la elaboración de tablas de contingencia se puede notar que la categoría que mayor relación guarda con el Estado de Ánimo son las Actividades y Responsabilidades, (Tabla 10) pues a comparación, las demás categorías, guardan un menor nivel de relación, ya que, en cuanto a las Condiciones Generales el valor es de .8; Ergonomía tiene un puntaje de .5; Relaciones laborales .6 y seguridad .4

Tabla 10

Relación entre Actividades y Responsabilidades y Estado de Animo

		Estado de Ánimo			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
Actividades y Responsabilidades	ALTO	0.0%	15.4%	15.4%	30.8%
	MEDIO	23.1%	7.7%	15.4%	46.2%
	BAJO	0.0%	23.1%	0.0%	23.1%
	% del total	23.1%	46.2%	30.8%	
Total					100.0%
Chi-cuadrado de Pearson					.094

Nota: Elaboración mediante el registro de datos obtenidos y procesados en el programa IBM SPSS.

Tanto médicos, enfermeros y camilleros consideran que su trabajo exige en su mayoría un esfuerzo mental además del físico y se cree que en promedio las actividades que realizan suelen ser de riesgo, aunque normalmente tienen la oportunidad de hacer sus actividades con el tiempo necesario para evitar descuidos o errores, en su mayoría consideran que en las actividades que realizan el compañerismo y el apoyo por sus jefes inmediatos es bueno; a comparación de las condiciones generales que es donde se percibe el puntaje más bajo, la categoría de Actividades y Responsabilidades representa uno de los niveles más altos, por ello, podría considerarse que esta categoría misma guarda gran relación con el estado de ánimo, ya que en su mayoría han manifestado conformidad en otros aspectos como el salario correspondiente a su desempeño.

2.4.4. Hospital General de Tlaxcala

En el caso del Hospital General de Tlaxcala; los niveles de puntuación en la gráfica muestra que, la categoría Condiciones Generales no representan un riesgo ni guardan relación con su estado de ánimo ni en la ejecución de sus actividades dentro de la jornada laboral (el nivel de relación que existe con la categoría Estado de Ánimo es de .6).

Aunque si de manera similar al HGC, la mayoría de sus trabajadores en el área de urgencias, cuenta con contrato de base, hay espacios para tomar descansos intermedios durante su horario y a la semana, así como vacaciones; características que pueden resultar determinantes y consideradas como condiciones óptimas y reforzantes positivos ante la percepción de su empleo. Las demás categorías también son de baja relación, ya que con la categoría de Actividades y Responsabilidades hay un puntaje de .1; con la categoría de Acontecimientos traumáticos es de .5; así como también la categoría Seguridad es de .1.

El mayor puntaje que tuvo esta institución fue respecto a la capacidad de sobrellevar Acontecimientos Traumáticos; manifiestan haber presenciado situaciones en donde han puesto en riesgo su vida; tanto en algún momento del tiempo en que han trabajado y aún más por la pandemia de COVID y no tener equipo de protección; situaciones como la reanimación de un paciente que dejó como consecuencia una lumbalgia; el intubar a pacientes con influenza y el encontrarse en su horario de trabajo cuando se suscitaron temblores; son algunos casos que durante el momento que se vivieron generaron un impacto de gran nivel, sin embargo, no lo ven ahora como una condicionante para no ejecutar sus tareas diarias en el horario de trabajo,

mencionan que los pensamientos sobre esas situaciones son casi nada recurrentes y no interrumpen sus actividades diarias; por ahora no existe alguna situación de malestar físico ni dificultad en rutinas diarias como lo son la conciliación de sueño, capacidad de concentración y hábitos de alimentación.

A pesar de mantener cierto equilibrio ante las Condiciones Generales; se ha identificado que los factores generadores de malestar realmente se deben a las condiciones ergonómicas seguido de la categoría de Relaciones con Pacientes, con los jefes inmediatos, así como entre compañeros. (Tabla 11 y 12).

Tabla 11

Relación entre Ergonomía y Estado de Ánimo

		Estado de Ánimo			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
Ergonomía	ALTO	10.5%	5.3%	0.0%	15.8%
	MEDIO	5.3%	47.4%	10.5%	63.2%
	BAJO	0.0%	10.5%	10.5%	21.1%
	% del total	15.8%	63.2%	21.1%	
	Total				100.0%
Chi-cuadrado de Pearson					.059

Nota: Elaboración mediante el registro de datos obtenidos y procesados en el programa IBM SPSS.

En el caso de la primera, tanto médicos como enfermeros y camilleros han tenido que ejecutar el traslado de pacientes en cualquier momento de su jornada; esto porque en respuestas de ellos mencionan que no siempre se encuentran los camilleros para realizar esta actividad, así como las circunstancias ante la propia dinámica de emergencia de trasladar a pacientes de los cuales ellos se sienten responsables de salvarles la vida y resaltando que del total de trabajadores en esta área sin considerar turnos, el personal de camilleros representa solo el 7.2 %. Por lo general el personal de camilleros cumple con turnos rotativos por lo que, en una jornada de 8 a 12 horas, se encuentran 2 camilleros aproximadamente lo que podría explicar el doble rol que llegan a tener el resto de los trabajadores.

Sumado a lo anterior, la constante exposición a radiaciones en momentos de realizar rayos x y tomografías computarizadas; la exposición a ruidos constantes por pacientes pediátricos y la alarma de código azul que se refiere a la rápida asistencia ante paros cardio-respiratorios además del servicio de mantenimiento al área; son generadores de riesgos ante condiciones ergonómicas no favorables - aun cuando pueden ser propias del tipo de trabajo-.

Algunas otras situaciones como la exposición a temperaturas bajas y a agentes biológicos patológicos significan también una determinante para la salud física y mental del trabajador; situaciones que si bien cada uno de ellos maneja de forma personal; de manera general se ha identificado la similitud de percepción y respuesta ante una situación de riesgo.

En cuanto a tecnología – y similitud con las respuestas de los otros hospitales-, médicos y enfermeros manifiestan la carencia de equipos de trabajo que van desde impresoras; computadoras; red de internet hasta ventiladores; equipo básico de diagnóstico; equipo para tomografías, rayos x, electrocardiograma y ultrasonido.

Para la mayoría de ellos el lugar de trabajo es considerado como óptimo y adecuado para las actividades que su trabajo requiere, no hay situaciones de hacinamiento ni dificultad de desplazamiento a otras áreas por lo que el espacio no representa una limitante para llevar a cabo sus tareas; es en realidad la falta de insumos tecnológicos y propios equipos de trabajo lo que puede considerarse como una limitante para la plena ejecución de sus actividades y responsabilidades.

En la segunda relación entre categorías se toma en cuenta que las relaciones dentro de un lugar de trabajo pueden resultar una condicionante para que tanto el trabajador como el contratante obtengan beneficios, la organización depende tanto de un buen liderazgo como del desempeño de los trabajadores quienes han manifestado que en ocasiones el reconocimiento hacia su trabajo es bajo o nulo, así como en otras ocasiones el ambiente laboral se ha llegado a tornar incomodo o pesado; algunos otros han sido víctimas de abuso de poder, así como de hostigamiento; algunos otros han presenciado estos mismos tratos a sus compañeros. La estabilidad a nivel organizacional es priorizada socialmente entre los sectores que se benefician del buen funcionamiento del servicio de salud, sin embargo, es necesario priorizar el buen funcionamiento físico y psicológico del trabajador.

Tanto en Ergonomía como en las Relaciones laborales existe la asociación con el estado de ánimo, cabe recalcar que, aunque también el porcentaje se concentra más en un nivel medio, existiría entonces la posibilidad de generar medidas y acciones necesarias para reducir dicho porcentaje a través de planes y estrategias provenientes de los directivos en cada institución para la optimización de dichas condiciones. (Tabla 12).

Tabla 12

Relación entre Relaciones Laborales y Estado de Ánimo

		Estado de Ánimo			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
Relaciones Laborales	ALTO	10.5%	5.3%	0.0%	15.8%
	MEDIO	5.3%	42.1%	10.5%	57.9%
	BAJO	0.0%	15.8%	10.5%	26.3%
	% del total	15.8%	63.2%	21.1%	
Total					100.0%
Chi-cuadrado de Pearson					.087

Nota: Elaboración mediante el registro de datos obtenidos y procesados en el programa IMB SPSS.

Tanto para el HGC, el HGSP como el HGT los resultados específicos de bienestar ante un Acontecimiento Traumático generan el interés de profundización ante una posible normalización de situaciones de riesgo e incluso considerar que la dinámica dentro de un área de urgencias implica enfrentarse ante una gran variedad de situaciones que pudieran genera estrés postraumático o algún desequilibrio físico-mental por una posible somatización.

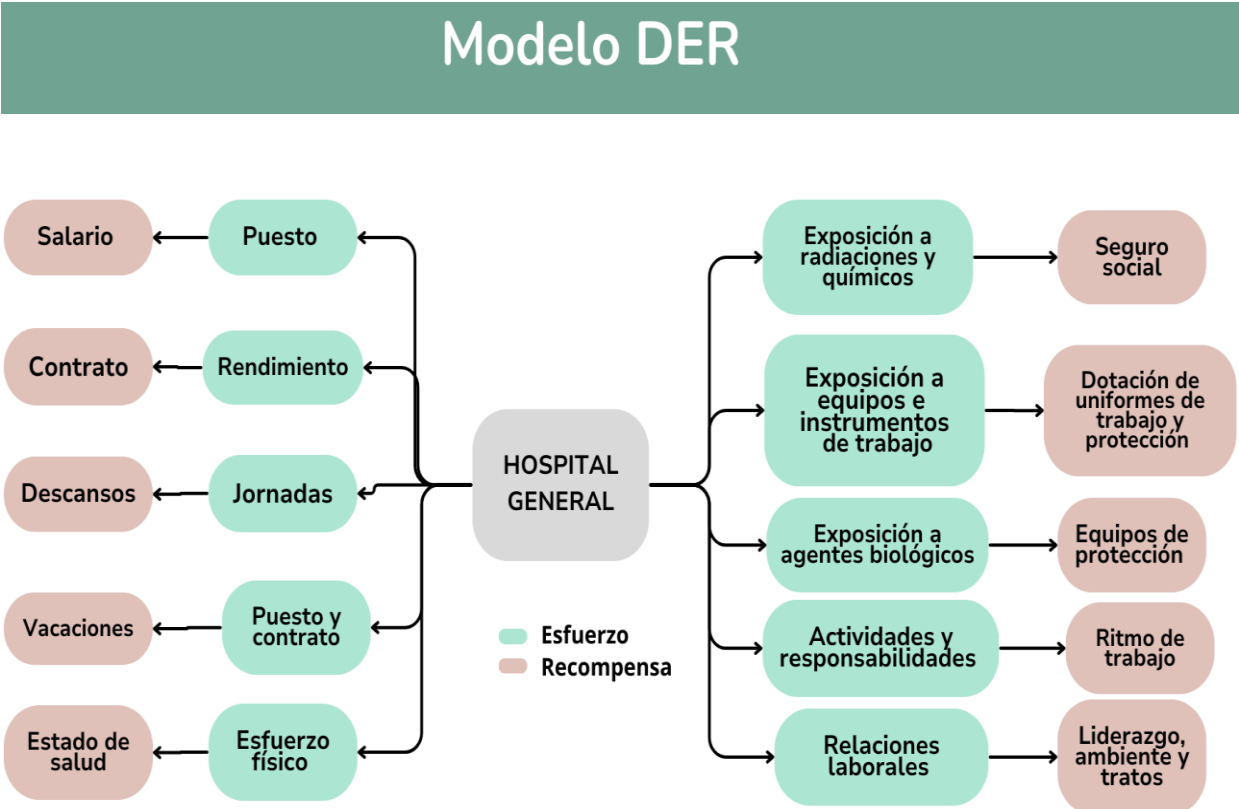
3.4 Aplicación del modelo DER en cada hospital

Conforme al modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y su peculiaridad de que es un modelo psicológico que nos brinda el acercamiento a la percepción del trabajador ante situaciones que le generen estrés dentro el ámbito laboral, así como otras consecuencias que pudieran reflejarse en enfermedades y malestar psicológico; a continuación, en la figura 10, se

muestra la relación en base al modelo. Se toman en cuenta dos grandes dimensiones: Esfuerzo y Recompensa y la manera en cómo ellos consideran que se da cada una de ellas en su área de trabajo y conforme al diagrama elaborado a partir de las categorías utilizadas en el instrumento de recolección de datos (cuestionario).

Figura 10

Modelo DER aplicado a tres Hospitales Generales de Tlaxcala



Nota: Elaboración propia

En primer lugar, en el HGC se identifica el salario de acuerdo al puesto del trabajador: camilleros perciben desde 1,000 a 5,000 mensualmente; enfermeros de 1,000 a 27, 000 y médicos de 5,000 a 19,000 y en su mayoría han manifestado no estar de acuerdo con su salario respecto a su rendimiento laboral; además de ello solo el 42% de personal cuenta con un contrato de base.

En promedio la jornada diaria de trabajo es de ocho horas con descansos intermitentes de 15 a 30 minutos y dependiendo de la demanda durante el día; aunque el 60% de ellos menciona no tener

descansos en todo el turno; a la semana se trabaja un promedio de 40 horas con dos días de descanso que regularmente son los días sábado y domingo. En cuanto a las vacaciones, en el puesto de camilleros existe un promedio de 20 días al año; en enfermeros van desde 10 días a tres periodos de 15 días y en médicos desde los 10 días a un mes por año.

De acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Trabajo (2024), al cumplir con un año de servicio, el trabajador tiene derecho a un periodo de vacaciones que va desde los doce días y aumenta con cada año dos días, hasta llegar a un periodo de 20 días por año y según aumenten los años los periodos se irán modificando, en este caso, el máximo de años trabajados en el HGC es de 20 por lo que el tiempo considerado de vacaciones va hasta los 26 días al año.

En cuanto al estado de salud, el 75% considera un estado de salud buena, aunque en dos de ellos existen padecimientos tales como hipertensión e hipotiroidismo, el resto considera que su estado de salud es regular. Los esfuerzos físicos son evidentes en el momento en que la mayoría del personal trasporta a los pacientes a otras áreas de atención y por movimientos que pueden volverse repetitivos y prolongados en ocasiones.

El mismo estado de salud se ve involucrado en el momento en que hay exposición en el mismo lugar de trabajo a radiaciones y en tomografías computarizadas; así como la exposición a ruidos por alarmas, equipos biomédicos, equipos de aspiración de secreciones y monitores; la exposición a temperaturas extremas como el clima frío. También suelen estar expuestos a agentes biológicos expulsados por los pacientes, sustancias que pueden entrar en contacto por la vía bucal, nasal o cutánea; además de secreciones hay presencia de otras sustancias como ácidos de limpieza en su área y en sanitarios; oxígeno médico y la preparación de nebulizadores.

Respecto a lo anterior, los trabajadores de la salud en el HGC consideran que en ocasiones las actividades que realizan son peligrosas y que casi siempre sino es que siempre se han sentido expuestos a sufrir de algún daño por los instrumentos y equipos de trabajo, así como de los diferentes tipos de agentes químicos y biológicos. Aunque casi siempre cuentan con el uniforme de protección, no es suficiente como el contar con seguridad social y un seguro de vida. El 70% de ellos está afiliada a una institución pública, ya sea ISSSTE, IMSS u OPD; así también, solo el 30% cuenta con un seguro de vida.

Para el liderazgo por parte del jefe de área, la mayoría de ellos concuerda en que las indicaciones de tareas a realizar son claras y regularmente se explican los resultados que se esperan obtener dentro de cada área de trabajo; se percibe apertura por parte del jefe para solución de algún problema y para recibir apoyo en caso de dificultades en las mismas actividades a realizar así como el trabajo entre compañeros no es algún representante de malestar ni incomodidad para los trabajadores de dicha área.

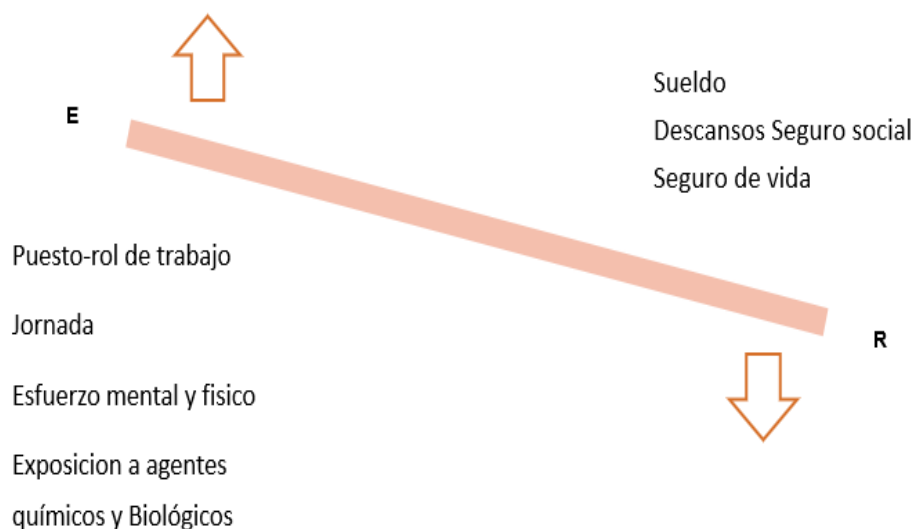
El tipo de relación que se da entre trabajador y paciente suele representar en ocasiones situaciones de violencia verbal tanto por parte de los pacientes como de sus familiares; lo que podría generar hacia los trabajadores el mostrarse con sentimientos diferentes a los suyos, es decir, mantener la calma ante situaciones en las que se les exige la pronta recuperación, así como al momento de dar noticias sobre el diagnóstico de los enfermos a sus familiares.

Dicho todo lo anterior en cuanto al HGC (Figura 11) se considera que si bien existe un desequilibrio entre lo que se considera como esfuerzo -puesto y rol de trabajo; jornada; esfuerzo mental y físico; exposición a agentes químicos y biológicos- y la recompensa – sueldo; descansos; seguro social y seguro de vida- también existen situaciones que permiten a los trabajadores realizar de manera eficiente sus actividades, como el ser liderados adecuadamente, el recibir apoyo tanto del jefe como de compañeros comprobando así que la recompensa dada se presenta más en manera de estima y no en sus otras dos vías¹³ correspondientes a salario y seguridad.

¹³ Tal como se mencionó en el apartado de *Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa*, dicha recompensa es diferida en tres vías; la primera correspondiente al salario; la segunda a la estima (el reconocimiento del trabajo, trato justo, apoyo social); por último, la seguridad y carrera profesional. Mismas que deberían ser recíprocas ante el esfuerzo ejercido y el resultado esperable sería el equilibrio entre esfuerzo y recompensa.

Figura 11

Modelo DER aplicado al HGC.



Nota: Elaboración propia

En la aplicación del mismo modelo para el HGSP, se identifica que, en base al puesto que, los camilleros perciben un ingreso mensual de 5,000 a 9,000; enfermeros de 5,000 a 24,000 y médicos de 10,000 a 32, 000; más de la mitad de ellos lo percibe como justo respecto al puesto que desempeñan y de estos mismos la mayoría son quienes están contratados formalmente.

La jornada de horario va de ocho horas al día y 40 semanalmente, con descansos desde 15 minutos hasta una hora; esto depende de la demanda de servicios que se da durante su horario. Durante la semana tienen dos días de descanso; en cuanto a las vacaciones, se prolongan desde los 10 hasta los 20 días.

De los mismos 13 trabajadores, el 77% percibe un estado de salud buena; pues no consideran que hagan mucho esfuerzo físico y el movimiento de cargas pesadas no es frecuente; a comparación de que más de la mitad considera realizar más esfuerzo mental; el resto lo hace a veces.

La mayor exposición a radiaciones que hay es ante los rayos x; en cuanto a ruidos, se da en momentos de atender a pacientes pediátricos y cuando las ambulancias están en función. Ante los agentes bilógicos sienten una exposición la mayor parte del tiempo, pues el contacto con

pacientes contagiados de alguna enfermedad transmisible es mayor riesgo para ellos si no llegasen a contar con el material de protección necesarios, así como la exposición a algunos otros elementos nocivos o que ingresan por vía nasal como en la aplicación de férulas de yeso y el uso de medicamentos en aerosol.

El peligro respecto a las actividades que se realizan dentro del área es considerado por el 67% a veces y el resto es siempre. A comparación de las otras dos instituciones, no se manifestó algún padecimiento o enfermedad. El 34% cuenta con seguro social por parte del ISSSTE; el 15% de SESA; el 8% de IMSS y el 42% no cuenta con algún tipo de seguro.

Finalmente; en cuanto al tipo de liderazgo y roles, la mayoría de ellos menciona que pueden decidir el ritmo de su trabajo; las indicaciones por parte de su jefe de área son claras y tienen la posibilidad de poder abrirse al dialogo para expresar problemas e inconformidades en cuanto a sus labores; las capacitaciones no son tan frecuentes, así como tampoco evaluaciones de riesgos.

En la relación con compañeros se percibe apoyo mutuo, lo contrario pasa al momento de relacionarse con pacientes y familiares de estos, ya que se han presentado agresiones verbales por parte de estos mismos hacia el trabajador responsable de atender en primera instancia y a quien ofrece la información del tratamiento y progreso al familiar del paciente.

Ahora bien, de acuerdo al modelo DER (véase Figura 12) se considera que el desequilibrio se presenta en tanto a la recompensa, ya que aunque este personal de urgencias considera como propios de su puesto los esfuerzos que realizan, en cuanto a las tres vías de recompensa, el salario lo perciben como justo de acuerdo a su puesto, junto con los descansos y vacaciones; la estima también se considera optima en tanto al reconocimiento de logros y el apoyo entre compañeros, pero en el caso de seguridad, solo un poco más de la mitad cuentan con seguridad social así como el contrato que solo cubre la mitad de esta muestra pues en los demás casos es indefinido, por interinato o mensual. A pesar de realizar esfuerzo de manera física y/o mental ninguno de ellos evidenció padecer alguna enfermedad y en su mayoría consideran un estado de salud buena.

Figura 12

Modelo DER aplicado al HGSP



Nota: Elaboración propia

En cuanto a la tercera institución, el HGT, el sueldo percibido por el puesto de camillero va de 5,000 a 9.000; en el caso de los enfermeros va de 5,000 a 24,000 y en médicos de 1,000 a 30,000. La mayoría de estos trabajadores mencionan estar de acuerdo con su sueldo de acuerdo al puesto y actividades que realizan; y en su mayoría cuentan con un contrato de base; es decir, el 74% de la muestra y el resto es de tipo indefinido o temporal.

El promedio de horas trabajadas por turno es de 8 horas y un aproximado de 44 horas a la semana; existen descansos entre dicho turno, en ocasiones no cuentan con el tiempo necesario para tomarlos y en otras depende de los espacios libres; los descansos a la semana se dan por lo regular en fines de semana y los periodos vacacionales van desde los 10 hasta los 45 días divididos en 3 periodos al año.

El 68% considera que el estado de salud con el que cuentan es bueno; el resto regular; tal como sucede en el hospital anterior, existen padecimientos como hipertensión y en este caso de hernia discal. Cuando se les ha cuestionado sobre los movimientos y cargas han mencionado que sucede

al transportar a pacientes con obesidad, así como en camillas y sillas de ruedas; el esfuerzo físico que implican sus actividades, regularmente es elevado.

La exposición a diversas circunstancias ambientales, biológicas y de radiaciones por rayos x, tomografías computarizadas además de ruidos que se presentan durante el mantenimiento a equipos y durante la jornada; la exposición a agentes biológicos que pueden resultar contagiosos, temperaturas frías propias del área de urgencias así como sustancias que se introducen por vía nasal como el humo expulsado por el motor de la ambulancia, son motivos suficientes para que el trabajador se sienta expuesto y vulnerable ante posibles riesgos para su salud física y mental.

Aun cuando son condiciones propias del trabajo, es necesario contar con todas las medidas de protección necesarias y los beneficios que las prestaciones ofrecen; dentro de esta muestra se refleja que en su mayoría (68%) cuenta con seguro social, aunque se presentan datos de seguro privado, además de ello, el 79% cuenta con seguro de vida. Lo anterior expuesto es explicación suficiente para reconocer que el HGT se posiciona en el nivel más alto en la categoría Condiciones Generales.

En el aspecto del liderazgo se considera como una situación regular sobre la media, ya que en ocasiones suelen percibir las indicaciones claras y otras veces contradictorias; la mayoría de las veces realizan sus actividades sin tener que fungir algún otro rol ni actividades innecesarias; en ocasiones también sus logros son reconocidos. La relación entre compañeros es regular, sin embargo, hay quienes consideran que no todos ponen el empeño necesario.

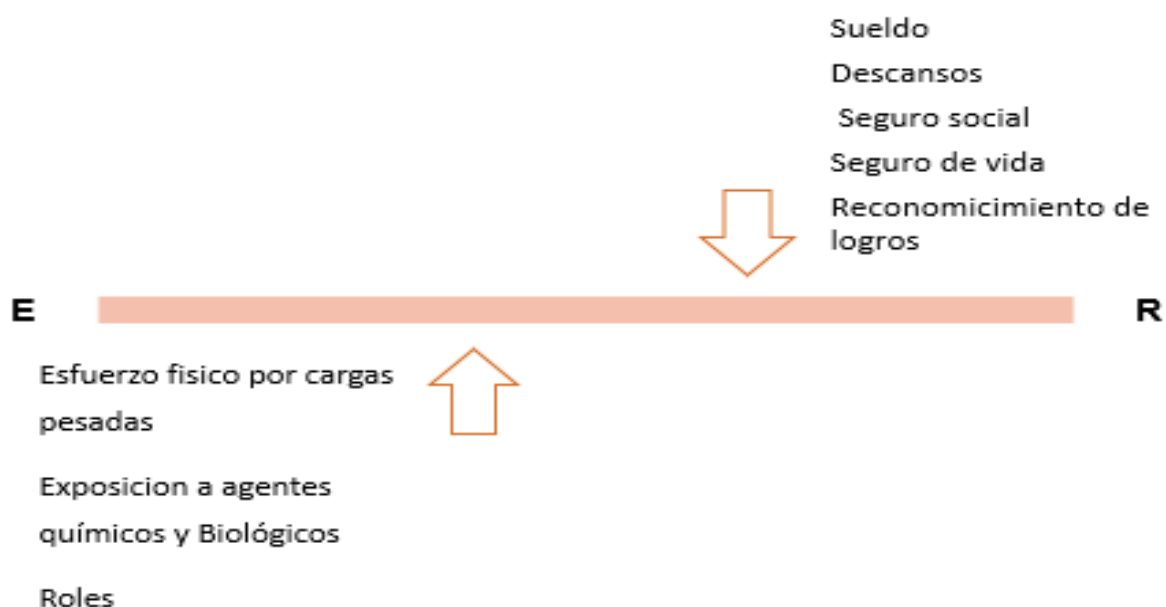
Uno de los niveles más bajos se presenta en el aspecto de las relaciones laborales, debido a que se han llegado a presentar respuestas violentas por parte de los familiares de los pacientes, así como situaciones de hostigamiento laboral; la poca intención de compañeros de mejorar sus actividades, la falta de empatía y la omisión de pagos por trabajo extra en tiempo de pandemia por COVID.

En ocasiones la poca libertad de expresión y la baja evaluación y prevención de riesgo puede poner al personal en situaciones de vulnerabilidad; además de que se necesita atender la falta de equipos de trabajo como internet, mantenimiento de computadoras e impresoras en consultorios y la elaboración de expedientes electrónicos y fotocopidora, así como equipos más complejos como baumanómetros portátiles, tripie en estancia corta, tomas de O2 y aire.

Lo anterior podría interpretarse como un equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa,(Figura 13) tanto en la vía de salario como en estima -los logros reconocidos- y la seguridad, ya que si bien no se encuentran en los niveles máximos, al menos más de la mitad de los trabajadores están de acuerdo en tanto a su sueldo, el realizar sus actividades y ser reconocidos así como en contar con seguro social por las diferentes instituciones públicas -aunque también privados- pero también existen situaciones complejas como el esfuerzo constante por mover cargas pesadas y la falta de equipo de trabajo.

Figura 13

Modelo DER aplicado al HGT



Nota: Elaboración propia

Ahora que se han identificado y analizado las condiciones de cada hospital, se puede concluir que algunos de ellos coinciden en características y en otras es muy visible la diferencia lo que siembra la duda del porqué podrían suceder estos desbalances en cuanto al bienestar de los trabajadores, así como del porqué aun cuando el esfuerzo es alto se considera en su mayoría que la recompensa es adecuada el llevar a cabo las actividades delegadas sin que acontecimientos traumáticos y la falta de equipo necesario de trabajo se los impida.

V. CONCLUSIONES

El trabajo como medio de subsistencia -asalariado y no asalariado- en todo momento ha implicado el uso de fuerza física y mental; son las condiciones de trabajo y en el caso del asalariado las condiciones laborales las que han ido cambiando el mundo laboral. Con el surgimiento de nuevos procesos de producción y el uso de nuevas tecnologías, así como los movimientos de obreros y la inmensa demanda dentro del mercado laboral se ha ampliado la concepción tanto de trabajo como de todos los elementos que lo conforman. Nuevos trabajos, nuevos procesos de producción, circulación y consumo generan múltiples reconfiguraciones con el paso del tiempo.

Este mismo configuracionismo ha jugado un papel muy importante dentro de esta investigación, ya que vista la *metodología configuracionista* como un análisis de la realidad en la cual intervienen el individuo como ser social; una época y un contexto, nos lleva a mirar las diferentes realidades desde diversas perspectivas.

Existe una transición desde la perspectiva de Marx sobre el trabajo clásico hacia el concepto de trabajo ampliado con De la Garza; dicha transición no solamente se enfoca en el modo de trabajo sino de las condiciones y elementos que lo conforman, sin embargo, también refleja que las relaciones capitalistas no han desaparecido pues se mantienen actualmente.

El trabajo realizado por De la Garza, enfocado al sector industrial, debería ampliarse a los demás sectores, y crear el reconocimiento del trabajador en cualquier modo de trabajo. El aporte aquí entonces es el haber llevado el análisis de los trabajos industriales al trabajo en el sector terciario o servicios al que pertenece el sector salud, en donde se visualizan las capacidades físicas acompañadas del aspecto subjetivo.

Implementado este tipo de estudio en sus comienzos dentro del trabajo clásico capitalista-obrero, movimientos obreros, y enfocado en los primeros sectores, así como la relación con las instituciones jurídicas, educativas, de gobierno entre otras, se da una constante reformulación y renovación de las perspectivas de realidades que se conforman también de aspectos culturales, políticos, económicos y sociales actuales que permiten la abstracción y objetivación de cada fenómeno social, en este caso, el trabajo no clásico.

Este sector terciario, visto como una nueva forma de producción y por tanto como una nueva forma de trabajo, ha creado un campo de constantes configuraciones en la historia del trabajo, ya que, por ejemplo, dentro del proceso producción-circulación. consumo, se modifican los modos y tiempos de consumo, así como la intervención de otros agentes que dejan abierta la relación trabajador-capitalista; agregándose un cliente; un transporte; una red de internet; un consumo instantáneo; una infraestructura; un lugar; entre otros elementos.

El sector salud y su división en sector público y privado generó así, diversas intervenciones de los agentes que llevan a cabo las mismas configuraciones de la realidad, fenómenos naturales como temblores, pandemias y otras emergencias sanitarias han llevado a la búsqueda de atención no necesariamente presencial ni tampoco con el uso necesario de herramientas de trabajo, pues el tipo de trabajo de este sector en su mayoría de veces no tiene como objetivo final la creación de bienes servicios, sino el generar la satisfacción de necesidades del demandante.

La investigación realizada a partir de la selección del servicio de salud en el sector público ha abierto una guía para estudios laborales de la que se ha comenzado a intensificar en Latinoamérica por sociólogos del trabajo como Julio Cesar Neffa y Enrique de la Garza Toledo quienes han sido pioneros de los estudios de trabajo enfocados especialmente en estos países con el fin de generar y si es posible, adecuar los diferentes modelos y teorías que permitan trabajar en nuestros países de acuerdo a las características sociales, políticas, culturales y económicas que conforman cada uno, con el fin además de dejar de lado el pensamiento occidental que en ocasiones, limita identificar peculiaridades que pudiesen ser directrices para la generación de otras investigaciones como lo ha hecho la Unión Europea con programas de intervención y aplicación de normatividad, que se identifican y adecuan con los países europeos.

No se deja de lado que lo anterior dicho, es trabajo de años y que el intentar formular algo similar en Latinoamérica necesita de grandes esfuerzos, como el de generar al menos un encuadre común del que se puedan guiar las comunidades latinas, ya que, el estudio de condiciones laborales y los riesgos psicosociales específicamente en trabajadores de la salud ha utilizado modelos adaptados en países como Chile y Colombia, que han sido herramientas para el reconocimiento del esfuerzo mental y físico así como las circunstancias por las que el trabajador de la salud se ve afectado.

Por ahora, lo que se puede aportar desde los resultados de esta investigación es que, en el estado de Tlaxcala, algunos hospitales correspondientes al sistema de salud operativo IMSS-Bienestar se encuentran por apenas encima de la media del nivel ideal sobre condiciones de trabajo; se visualiza que, los niveles de ciertas categorías como Ergonomía; Actividades y responsabilidades; Relaciones con pacientes y Seguridad se encuentran casi en la misma posición, es decir en el 50% de los valores óptimos. Los tres hospitales tendrán que mejorar significativamente estos indicadores a través de programas específicos para cada categoría.

Por otra parte, los puntajes de la categoría Condiciones Generales se encuentran más dispersos; pues el HGT tiene la mayor puntuación con el 0.70; seguido del HGC con 0.50 y por último el HGSP con 0.40, en el caso contrario; esta última institución contiene como uno de los puntajes más altos la categoría de Actividades y Responsabilidades.

Aun cuando el más alto puntaje -o las mejores condiciones generales- las tiene el HGT, no se encuentra posicionado en el puntaje ideal, pues apenas llega a sobrepasar la media de los estándares. Los trabajadores de urgencias con mayor tiempo son los que cuentan con mejores condiciones laborales, en parte se explica por qué a mayor tiempo han venido mejorando sus condiciones laborales, mientras los trabajadores de urgencias con menores condiciones laborales son los más jóvenes, aunque de manera diferenciada.

Las tres instituciones tienen el mayor puntaje la categoría de Acontecimientos traumáticos, pues por las respuestas de los trabajadores, indican que las diversas situaciones que los han puesto en riesgo o les ha impactado en algún momento de su trabajo o de manera permanente; sin embargo, en los cruces con la categoría de Estado de Ánimo no es significativa la relación, parece ser que en la actualidad no son determinantes de su bienestar ni un impedimento para ejecutar sus tareas ni tampoco han influido en sus hábitos de sueño ni alimenticios pues consideran que a pesar del esfuerzo mental y físico que conlleva su área de trabajo, han sabido mantener la concentración y practica necesaria para la atención con los pacientes.

Posiblemente dichos resultados se deben a un proceso de normalización por parte de los trabajadores al encontrarse dentro de un área de trabajo con una dinámica muy demandante y con mayor exposición a situaciones de riesgo.

En cuanto a la relación entre las categorías dentro de cada hospital con el Estado de Ánimo de manera positiva o negativa (en este caso negativo) se identifica que, en el HGC, la relación más significativa es con las Condiciones Generales y que se confirma con la aplicación del modelo DER, pues la recompensa baja en sueldo, descansos y seguros social y de vida es percibida por la mayoría de sus trabajadores con respecto a los esfuerzos empleados en su puesto y rol, además de cumplir con su jornada, el esfuerzo tanto físico como mental y enfrentar la exposición a agentes químicos/biológicos.

Por su parte, el HGT, presenta resultados de relación entre el Estado de Ánimo y dos categorías, correspondientes a Ergonomía y Relaciones laborales, consideradas de impacto negativo hacia el Estado de Ánimo debido a que aun cuando el nivel de relación es bajo, son condiciones que pueden representar una limitante para la ejecución de sus actividades así como la percepción del ambiente laboral, en cuanto la aplicación del Modelo DER, refleja que hasta cierto punto hay una estabilidad promedio entre el esfuerzo invertido en el movimiento de cargas pesadas en ocasiones así como la misma exposición a agentes químicos y biológicos y el rol ejercido con las Recompensas visibles en el sueldo, seguro social; seguro de vida y el reconocimiento de logros.

Para el HGSP la categoría con mayor relación -y de manera positiva- se da entre las Actividades y Responsabilidades con el Estado de Ánimo; pues los trabajadores han logrado ejecutar sus tareas a su tiempo y ritmo así como el apoyo dado y recibido por parte de su jefe inmediato y sus compañeros; y que el Modelo DER demuestra el equilibrio dado entre el puesto y sueldo que perciben, además de jornadas, el esfuerzo mental y físico y exposición a agentes químicos y biológicos que se recompensa de manera positiva según su percepción mediante el contrato de base en la mayoría, los descansos tanto en el día como a la semana, la ausencia de enfermedades y los logros reconocidos entre compañeros y por parte de sus jefes.

Aun cuando entre las tres instituciones las variaciones dadas entre las categorías es distinta y en un nivel poco distante, son promedios considerados como aceptables pues rebasan en su mayoría un nivel medio, pero, no se acercan a los puntajes más favorables en ninguna de las dos grandes dimensiones: el aspecto objetivo que se refiere a las condiciones laborales generales como salario; contrato; jornadas; ergonomía; (Los tres Hospitales manifiestan la falta de materiales y herramientas básicas para la ejecución de tareas como computadoras, impresoras e internet) y prestaciones y por otro lado el aspecto subjetivo relacionado con la percepción de seguridad ante

riesgos; el reconocimiento de logros y las relaciones que se tornan difíciles en circunstancias como la violencia verbal por parte de los pacientes y sus familiares así como hostigamiento y acoso laboral.

El modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa ha reflejado la situación del mismo desequilibrio de manera distinta entre las tres salas de urgencias, pues los trabajadores de cada una percibe de manera distinta las situaciones de recompensa en cuanto a su esfuerzo, sin embargo se propone un análisis más profundo sobre cada una de las circunstancias aquí presentadas, pues como anteriormente se ha comentado; pueden intervenir otros elementos que determinen los distintos niveles reflejados en este momento. Además de la falta de instrumentos adecuados para su aplicación dentro de los distintos tipos de trabajo, en este caso el sector salud.

El estudio sobre los análisis de riesgos y la aplicación del modelo nos permitió no solo ver las condiciones de trabajo de manera objetiva, sino también la percepción del trabajador. Resultó útil para identificar de manera general los riesgos, sin embargo, por el tiempo de visitas a las instituciones no permitieron identificar más a fondo sobre el estrés que de alguna manera se ha normalizado, lo que deja como propuesta el análisis más profundo y la búsqueda de otras metodologías para abordar este aspecto en particular.

Cabe destacar que se identificaron ciertas referencias regionales, que no solo podrían influir en la demanda de atención y posibilidad de traslado por su ubicación; sino en la misma obtención de datos, dichas referencias son antigüedad de contrato e infraestructura, así como el sexo del personal.

En cuanto a la antigüedad de contrato, se pudo notar que los trabajadores del HGC se encuentran trabajando desde hace 20 años como máximo; el personal del HGC es desde hace 40 años y el HGSP desde hace 23 años; no se descarta la posibilidad de que exista personal con mayor antigüedad, sin embargo, con la información presente se plantea la posibilidad de que dicha trayectoria de trabajo haya podido generar la normalización de las condiciones laborales.

La segunda referencia que se identificó fue la antigüedad de infraestructura; el HGC tiene 15 años; el HGT 2 años -Por el traslado de unidad reciente- y el HGSP está en función desde hace 8 años que se construyó. Aun cuando las instalaciones del HCT son recientes, su personal se ha

trasladado al lugar de reubicación; así como el HGC, pues tiene trabajadores de 20 años de antigüedad, pero, hace 15 años también fue reubicado.

Por último, se encuentra la referencia de sexo; ya que en el HGC la mayoría de la muestra se conformó de mujeres (75%); en el caso del HGT fue relativamente equivalente (58% de mujeres) y en el HGSP, la mayoría fueron hombres (77%). Por ello, queda abierta la interrogante sobre si estos aspectos pudiesen ser motivo de influencia en las condiciones laborales y en la percepción de los trabajadores, así como en su estado de ánimo.

Pareciera que la relación entre las condiciones generales y el bienestar del trabajador guardan muy poca relación aun cuando los estudios enfocados a la salud laboral, la perspectiva psicológica en conjunto con las instituciones y organizaciones a nivel internacional y mundial, exponen la clara vinculación entre los componentes objetivos como la estructura; organización; tipo de trabajo; normatividad entre otros y los componentes subjetivos como la percepción de apoyo; ambiente laboral; situaciones que generan sentimientos de tristeza, enojo, preocupación y frustración con el bienestar a nivel físico, psicológico y social de la persona que ejecuta las tareas demandadas dentro de una jornada laboral.

Con respecto al objetivo general propuesto en un inicio sobre identificar las condiciones laborales y riesgos psicosociales dentro del área de urgencias, se logró ubicar cada una de las dimensiones; para el primer objetivo específico (Identificar las condiciones laborales en cada área de urgencias) también se ha obtenido dicha información; respecto al segundo objetivo específico, (Identificar las situaciones que ponen en riesgo al trabajador de dicha área) se han reconocido tanto actividades propias del trabajo como acontecimientos traumáticos a los que han estado expuestos médicos, enfermeros y camilleros de cada hospital; y por último, el tercer objetivo específico en cuanto a reconocer cuáles son las condiciones laborales que representan un riesgo psicosocial, no se comprueba que dichas condiciones representen un riesgo psicosocial según la percepción del trabajador, pues a pesar de estar expuestos, no creen que afecte en su desempeño ni en su vida extralaboral -aunque haya presencia de enfermedades profesionales-.

Aunque el sector público tenga una mayor demanda de mercado laboral y sea el que más personal de salud contrata dentro del país, no ofrece en su totalidad los beneficios a sus trabajadores como

el seguro social, entendiéndose así que la precarización está presente en ambos sectores de manera que afecta incluso a quienes tienen un empleo de base.

Es cierto que las condiciones laborales a partir de su contexto, cuentan con características más definidas de acuerdo al tipo de trabajo y en ciertas áreas. Mediante la revisión anterior de los trabajos ya realizados, es pertinente decir que muy poco se ha abordado sobre el tema de condiciones laborales y riesgos psicosociales en el personal que brinda servicios de salud, pues a pesar de la gran cantidad de estudios realizados a nivel internacional y mundial, aun se necesita de elementos contribuyentes a la exploración, evaluación y ejecución de investigaciones más detalladas y complementarias; algunos de esos elementos se refiere a la creación y/o adaptación de instrumentos de recolección de datos y el reconocimiento de la salud mental como determinante del bienestar del trabajador, en determinados contextos, culturas y economías.

Cabe la posibilidad de relacionar dichos resultados con los realizados previamente en el mismo estado por Hernandez, et al. (2017) sobre la validación de una escala para medir la calidad de vida laboral en Hospitales públicos. Trabajo del cual se conocieron resultados sobre el bienestar individual del trabajador, las condiciones y ambiente del trabajo, la organización y el bienestar que se obtenía a través del trabajo realizado. Además de que la misma escala demostró los mejores índices de Calidad de Vida en personas menores de 50 años de contrato, personas con jornada acumulada diurna, es decir aquellos trabajadores que deciden cubrir turnos extensos con la finalidad de descansar más días; así como también aquellos que contaban con licenciatura.

Habría que realizar un análisis aún más profundo ya que de las instituciones que se encuentran dentro de dicha investigación solamente es el HGT el que coincide con la presente; sería conveniente incorporar las dos instituciones aquí presentadas -HGC y HGSP- y llevar a cabo un trabajo conjunto con los instrumentos de recolección de datos así como las teorías revisadas en ambas investigaciones.

VI. REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2024). Riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo. [Riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo | Safety and health at work EU-OSHA \(europa.eu\)](https://osha.europa.eu/es/temas/riesgos-psicosociales)
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano* [https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en seres-humanos/](https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/)
- Benavides, F. C., Merino-Salazar, P., Cornelio, C., Ávila Assunção, A., Agudelo-Suárez, A. A, Amable, M., Artazcoz, L., Astete, J., Barraza, D., Berhó, F., Carmenate Milián, L., Delclòs, G., Funcasta, L., Gerke, J., Gimeno, D., Itatí-Iñiguez, M. J., de Paula Lima, E., Martínez Iñigo, D., Mesquita de Medeiros, A.,... Vives, A. (2016). Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en America Latina y el Caribe. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 32(9), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00210715>
- Blanch, J. M., Sahagún, M., & Cervantes, G. (2010). Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175-189. [Archivo PDF]. <https://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v26n3/v26n3a02.pdf>
- Cámara de diputados del H. Congreso de la Union. (2024). Ley Federal de Trabajo. Ultima reforma DOF-04-04-2024. [Archivo PDF]. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Cámara de diputados; del H. Congreso de la Unión. (2004). Ley General de Desarrollo Social <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-desarrollo-social/gdoc/>

- Canepa, C., Briones, J., Pérez, C., Vera Calzaretta, A., & Juárez García, A. (2008). Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y estado de malestar en Trabajadores de Servicios de Salud en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 30, 157-160.
https://www.researchgate.net/publication/44204847_Desequilibrio_Esfuerzo-Recompensa_y_estado_de_malestar_en_Trabajadores_de_Servicios_de_Salud_en_Chile
- CONGRESO DEL ESTADO DE TLAXCALA. (2024). Ley de Salud del Estado de Tlaxcala [Archivo PDF]. https://congresodelaxcala.gob.mx/archivo/leyes2020/pdf/69_Ley_de_salud_de.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo social. (2022). *Estudio Diagnostico del Derecho al Trabajo 2022*. [Archivo PDF].
https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Diagnostico_Trabajo_2022.pdf
- Data México (s.f). Gobierno de México [https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/industry/health-care-and-social-assistance#:~:text=Acerca%20de%20Servicios%20de%20Salud%20y%20de%20Asistencia%20Social&text=Seg%C3%BAAn%20DENUE%202023%2C%20Servicios%20de,\) %20y%20Jalisco%20\(16%2C156\).](https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/industry/health-care-and-social-assistance#:~:text=Acerca%20de%20Servicios%20de%20Salud%20y%20de%20Asistencia%20Social&text=Seg%C3%BAAn%20DENUE%202023%2C%20Servicios%20de,) %20y%20Jalisco%20(16%2C156).)
- Data México. (s.f). Gobierno de México. <https://datamexico.org/es/profile/geo/apizaco#population-and-housing>
- De la Garza Toledo E. (2009). Hacia un concepto ampliado de trabajo. *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*. 1, 111-135. [Archivo PDF].
<https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20160216041739/07.pdf>

De la Garza, E. (2019). Configuraciones productivas y circulatorias y trabajo no clásico en los servicios.

Revista latinoamericana de estudios del trabajo, 19-52

<http://alast.info/relet/index.php/relet/article/view/419>

De la Garza Toledo, E. (2018). La metodología configuracionista para la investigación universidad

Autónoma Metropolitana. Gedisa, ciudad de México. [Archivo PDF].

[https://sotraem.izt.uam.mx/wp-](https://sotraem.izt.uam.mx/wp-content/uploads/2022/08/LaMetodologiaConfiguracionista_Final.pdf)

[content/uploads/2022/08/LaMetodologiaConfiguracionista_Final.pdf](https://sotraem.izt.uam.mx/wp-content/uploads/2022/08/LaMetodologiaConfiguracionista_Final.pdf)

Diario Oficial de la Federación. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013,

Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención

en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04/09/2013#gsc.tab=0

Díaz, X., & Mauro, A. (2012). Riesgos psicosociales y salud mental de trabajadores y trabajadoras del

sector salud en Chile. E., Ansoleaga, Artaza, o., & Suarez, J. (Eds.) *Personas que cuidan*

personas: dimensión humana y trabajo en salud. Santiago, Chile: OPS/OMS, 146-164.

[Archivo PDF]. [https://cem.cl/wp-content/uploads/2021/07/Personas-que-cuidan-personas-](https://cem.cl/wp-content/uploads/2021/07/Personas-que-cuidan-personas-2013-1-3.pdf)

[2013-1-3.pdf](https://cem.cl/wp-content/uploads/2021/07/Personas-que-cuidan-personas-2013-1-3.pdf)

Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas. (2024). Sistemas de consulta.

<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>

Engels, F. (1845). LA SITUACIÓN DE LA CLASE OBRERA EN INGLATERRA. [Archivo PDF].

<https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/situacion/situacion.pdf>

- Favieri, F. (2020). Introducción al Configuracionismo Latinoamericano. *Tramas Sociales*” *Revista Del Gabinete De Estudios E Investigación En Sociología (GEIS)*, 2(02),173-184.
<http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/tramassociales/article/view/603>
- Fernández, J., Fernández, E., & Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo. *Revista de calidad asistencial*, 20(3),165-170. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-el-trabajo-sus-repercusiones-salud--13074244>
- Garza, G. (2006). La dimensión espacial de la revolución terciaria. En Garza, G.(coord.), *La organización espacial del sector servicios en México*, 43-77. El colegio de México.
- Gil, P. (2012). RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 29(2), 237-241. [Archivo PDF].
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a12v29n2.pdf>
- Gobierno de México. (2024). *Tlaxcala ENTIDAD FEDERATIVA*. [Tlaxcala: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública | Data México](#)
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, f. m., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud Pública de México*.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>
- Goñi, M., Medina, F., Pintos, M., Blanco, C., & Tomasina, F. (2015). Desgaste profesional y caracterización de las condiciones laborales de especialistas y posgrados en Medicina Interna. *Revista Médica del Uruguay*. 31(1), 39-45. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902015000100006&script=sci_abstract&tlng=pt

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. (2023). *Servicio de Urgencias*.
https://www.issemym.gob.mx/tu_salud/servicio_de_urgencias#:~:text=Servicio%20destinado%20para%20recibir%2C%20estabilizar,y%20Hospitales%20de%20tercer%20Nivel

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Censos económicos 2019.
<https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/#tabulados>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020, 16 de julio). INEGI PRESENTA LOS RESULTADOS DEFINITIVOS DE LOS CENSOS ECONÓMICOS 2019. TLAXCALA.1-17.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEcon/CenEconResDef2019_Tlax.docx

López, N. (2023). 486 años de la inauguración del Primer Hospital de Tlaxcala.
<https://camaraoscura.mx/486-anos-de-la-inauguracion-del-primer-hospital-de-tlaxcala/>

Loyo Varela, M & Diaz Chazaro, H. (2009). Hospitales en México, 497-504.
https://www.academia.edu/36258556/Hospitales_en_M%C3%A9xico

Luxemburg, R. (1912). la acumulación del capital. [Archivo PDF].
<https://www.marxists.org/espanol/luxem/1913/1913-lal-acumulacion-del-capital.pdf>

Martínez Buelvas, L., Oviedo-Trespalcios, O., & Luna Amaya, C. (2013). Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral. *Revista Salud Uninorte* (29)3, 542-560.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-

Marx, K. (1859). *El capital crítica de la economía política*. (C., Fazio. Trad.). Progreso. (Obra original publicada en 1990). [Archivo pdf] <https://www.marxists.org/espanol/m-e/capital/karl-marx-el-capital-tomo-i-editorial-progreso.pdf>

- Moreno, B., & Báez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales en *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*, 4-50. MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN https://www.academia.edu/8712997/Factores_riesgos_psicosociales
- Morillejo, E. y Pozo, C. (2002). La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales en *Apuntes de Psicología*. 20 (3), 415-426. Recuperado el 7 de agosto de 2024 en <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/1383/1063>
- Nájera, J. (2015). La afectación laboral en el esquema neoliberal. *Revista Dikê de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla*. 17, 137-157. [Archivo PDF]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6622396.pdf>
- Neffa, J. (2018). Conceptualizaciones y enfoques teóricos para abordar los RPST. *Escritos entre pares simposio* tas.2018. 151-160. https://www.academia.edu/84069962/Conceptualizaciones_y_enfoques_te%C3%B3ricos_para_abordar_los_RPST?email_work_card=view-paper
- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A. Aguilar-Martínez, Matilde, E., & Bejarano-Arias, R. (2012). Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular México. *Salud Pública de México*, 54(6), 616-623. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625052007>
- Noriega Elio, M., Franco Enriquez J. G., Montoya Ruiz, A., Garduño Andrade, M. A., León Cruz L. E., Martínez Alcantara S. & Cruz Flores, A. C. (2009). Deterioro de las condiciones de trabajo y de salud en México. *Salud de los Trabajadores*, 17(1), 61-68. [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/3758/375839293006.pdf>

Organización Internacional del Trabajo. (2022). Seguridad y salud en el trabajo.

<https://www.ilo.org/global/standards/subjectscoveredbyinternationallabourstandards/occupational-safety-and-health/lang--es/index.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño en los sistemas de salud. 53ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.

<https://iris.who.int/handle/10665/42357>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Informe sobre la salud en el mundo LA FINANCIACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD. El camino hacia la cobertura universal.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2023). Reorientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria como base resiliente para la cobertura sanitaria universal y preparativos para una reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal. 1-9. [Archivo PDF]. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_5-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2024). Preguntas más frecuentes.

<https://www.who.int/es/about/frequentlyaskedquestions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Riesgos ocupacionales en el sector salud.

<https://www.who.int/es/tools/occupational-hazards-in-health-sector#:~:text=Las%20lesiones%20comunes%20entre%20los,descargas%20el%C3%A9ctricas%20explosiones%20e%20incendios>.

Organización Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud. (2024). CONFERENCIA INTERNACIONAL DE SALUD DE SALUD ALMA-ATA, URSS, 6 AL 12 DE SEPTIEMBRE DE 1978. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Revista Internacional de Morfología*, 35 (1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Gobierno del Estado de Tlaxcala. (2013). Programa de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano para el Estado de Tlaxcala. 1-123 [Archivo PDF]. <https://sfp.tlaxcala.gob.mx/pdf/normateca/Programa%20de%20Ordenamiento%20Territorial%20y%20Desarrollo%20Urbano%20para%20el%20Estado%20de%20Tlaxcala..pdf>

Retamozo, M. & Morris, B. (2022). El configuracionismo latinoamericano como programa de investigación en la obra de Enrique de la Garza. *Cinta de Moebio* 74, 95-108 <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2022000200095>

Sarsosa- Prowesk, K., Charria-Ortiz, V. H. & Arenas-Ortiz, F. (2014). Caracterización de los riesgos psicosociales intralaborales en jefes asistenciales de cinco clínicas nivel III de Santiago de Cali (Colombia). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 13(27), 348-361. en <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.cрпи>

Sistema Nacional de Informacion Basica en Mexico en Material de Salud. (2024). INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS (SINBA-SEUL-16-P DGIS) MODELO 2024). GOBIERNO DE MÉXICO. 1-32. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_urgencias.html

VII. ANEXOS

1.7 Anexo 1

Cuestionario

El presente cuestionario está conformado por una serie de preguntas abiertas y otras de opción múltiple, se recomienda destinar de 15 a 20 minutos para responder.

Responda la pregunta según sea el caso, es decir, de forma textual y en el caso de opción múltiple marcar la que más se apropie a su situación y/o consideración.

Identificación de condiciones laborales y factores psicosociales de riesgo generadores de estrés en el área de urgencias

Actividades principales que realiza _____

Datos generales
Nombre (opcional) _____ Sexo _____ Edad _____
No. De trabajadores en su área _____ Puesto/Cargo _____ Turno _____
Horas que normalmente trabaja al día _____ a la semana _____
Nombre de seguro social _____ Discapacidades _____ Enfermedades _____
Cuánto tiempo lleva en este trabajo _____ (Meses) _____ (Años) ¿Cuenta con contrato? (Si) de que tipo _____ (No)
Pertenece a algún sindicato (Si) cuál _____ (No)
¿Como considera su estado de salud en general? (Buena) (Regular) (Mala) _____

Condiciones generales del trabajo

1. ¿Cómo llegó a ocupar su puesto actual? (convocatoria-traslado-pasantía, otro)

2. ¿Tiene descanso durante su horario de trabajo (de qué tiempo)?

3. ¿Tiene descanso semanal (cuántos días)?

4. ¿Tiene vacaciones? (Si) (cuántos días)?

(No)

5. ¿Ha recibido amonestaciones por infringir alguna clausula o convenio dentro de su contrato? (Si) (De que tipo)

(No)

6. ¿Tiene convenios de servicios de otras instituciones? (Si)

(Cuáles) (No)

7. ¿Su sueldo es fijo o puede reducir/incrementar?

8. ¿A cuánto asciende su sueldo mensualmente? (1,000-4000) (5,000-9,000) (10,000-14,000) (15,000-19,000) (20,000-24,000) (Otro)

Pregunta	Si	No	No sé
9. ¿Cuenta con permisos económicos?			
10. ¿Cuenta con créditos hipotecarios?			
11. ¿Cuenta con pensión jubilatoria?			
12. ¿La institución le ofrece un seguro de vida?			
13. ¿Cuenta con licencia por maternidad?			
14. ¿Sus prestaciones de servicios médicos se extienden a sus dependientes económicos?			
15. ¿Sus prestaciones de servicios médicos se extienden a su pareja, padres e hijos?			

16. ¿Su trabajo le ofrece remuneración económica anualmente (“aguinaldo”)?			
17. ¿Cuenta con la posibilidad de solicitar un anticipo de sueldo?			
18. ¿La institución le otorga un fondo de ahorro?			

Aspectos ergonómicos

19. ¿Su trabajo implica mover cargas pesadas, Si es así, ¿de qué tipo?

20. ¿Se expone a radiaciones? Si es así ¿en qué momento?

21. ¿Se expone al ruido? Si es así, ¿en qué momento?

22. ¿Se expone a temperaturas altas/bajas?

(Especifique) _____

23. ¿Se expone a vibraciones? Si es así ¿en qué momento?

24. ¿Manipula, aplica o está en contacto con sustancias nocivas químicas/tóxicas? Si es así ¿en qué momento?

25. ¿Respira sustancias químicas en forma de polvo, humos, aerosoles, vapores, gases? Si es así ¿en qué momento?

26. ¿Con que equipos/recursos tecnológicos cuenta su área de trabajo?

27. ¿Qué equipos/recursos tecnológicos considera que hacen falta para realizar las actividades de su área de trabajo?

Pregunta	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
28. ¿Las instalaciones son adecuadas para lo que requiere su área de trabajo?					
29. ¿Su trabajo le exige hacer mucho esfuerzo físico?					
30. ¿Su trabajo implica movimientos repetitivos por tiempos prolongados?					
31. El espacio en su área de trabajo ¿le permite realizar sus actividades sin dificultad (no hacinamiento)?					
32. ¿Las instalaciones son adecuadas para lo que requiere su área de trabajo?					
33. ¿Utiliza equipo, instrumentos, herramientas y máquinas de trabajo que pueden provocarle daño?					
34. ¿Está expuesto a contagiarse por agentes biológicos (pacientes con contagios, fluidos corporales, desechos)?					
35. ¿En tiempo de Pandemia por COVID dispuso de equipo de protección personal (guantes, batas, mascarillas, gafas de seguridad...)?					
36. ¿En caso de un desperfecto en sus equipos/útiles/herramientas de trabajo, la institución se lo ha llegado a cobrar?					
37. ¿Actualmente la institución le brinda ropa de trabajo y uniformes (guantes batas, mascarillas, gafas de seguridad...)?					

38. En caso de ser así, ¿Cada cuánto tiempo? _____

Actividades y Responsabilidades

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
39. ¿Su trabajo le exige hacer mucho esfuerzo mental?					
40. ¿Considera que las actividades que realiza son peligrosas?					
41. ¿Puede decidir la velocidad a la que realiza sus actividades en su trabajo?					
42. ¿Considera que su salario es justo con respecto a su rendimiento laboral?					
43. ¿Ha tenido que responder ante su jefe por los resultados de toda su área de trabajo?					
44. En su trabajo ¿Le dan ordenes contradictorias?					
45. ¿Le informan con claridad cuáles son sus funciones dentro del área de trabajo?					
46. ¿Le explican los resultados que debe obtener en el área de trabajo?					
47. ¿Le informan con quien puede resolver problemas o asuntos de trabajo?					
48. ¿Recibe capacitación útil para hacer su trabajo?					
49. ¿Considera que su jefe tiene en cuenta sus puntos de vista y opiniones?					
50. ¿Recibe ayuda de sus superiores o jefes inmediatos en la realización de actividades de su trabajo?					
51. ¿Su jefe ayuda a resolver los problemas que se presentan en el trabajo?					
52. Cuando hay trabajo en equipo ¿Sus compañeros colaboran?					
53. Cuando tiene dificultades ¿Sus compañeros de trabajo le apoyan?					
54. ¿Recibe criticas constantes a su persona y/o trabajo?					
55. ¿Se ignoran sus éxitos laborales y se atribuyen a otros trabajadores?					
56. ¿Durante la pandemia por COVID consideró que las actividades que realizaba eran peligrosas?					

57. Durante la pandemia por COVID ¿Su trabajo le exigía atender varios asuntos al mismo tiempo (¿cómo cuáles?

58. ¿Considera que en su trabajo le piden hacer cosas innecesarias? Si ha sido así ¿Cuáles han sido?

59. En su trabajo ¿Aspira a un mejor puesto (a cuál)?

60. ¿Ha presenciado actos de violencia, abuso, acoso, agresiones en su trabajo? En caso de ser así ¿de qué tipo?

61. ¿Las actividades relacionadas con su trabajo le generan alguna preocupación/miedo/enojo/tristeza? Si es así, ¿En qué momento?

Relación con paciente/familiares del paciente

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
62. ¿Atiende a pacientes violentos/irrespetuosos?					
63. ¿Tiene que brindar información a los familiares de los pacientes?					
64. ¿Los familiares han respondido de manera respetuosa?					
65. ¿Los familiares han respondido de manera violenta?					
66. Para hacer su trabajo ¿Debe demostrar sentimientos distintos a los suyos?					

67. ¿Ha puesto en peligro su vida o salud por motivos del trabajo o ha sufrido algún acontecimiento traumático (incluyendo el tiempo de Pandemia por COVID)? De ser así ¿Podría describir el acontecimiento?

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
68. ¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento?					
69. ¿Ha disminuido el interés por actividades cotidianas debido al acontecimiento?					
70. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar, que va a morir antes que otras personas o que tiene el futuro limitado?					
71. ¿Ha tenido dificultades para dormir debido al acontecimiento?					
72. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse debido al acontecimiento?					
73. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta debido al acontecimiento?					

Seguridad

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
74. ¿Está informado sobre riesgos para su salud y seguridad relacionado con su trabajo?					
75. ¿En tiempo de pandemia por COVID tuvo acceso a un servicio de prevención de riesgos laborales o de salud laboral?					
76. ¿Actualmente en su trabajo se realizan evaluaciones y/o controles de riesgo para la salud?					
77. ¿En su trabajo realizan reuniones donde puede expresar su punto de vista sobre salud, riesgos y seguridad personal?					

78. ¿Ha sufrido alguna lesión o daño debido a un accidente de trabajo? Si es así, ¿De qué tipo?

79. ¿Ha sufrido enfermedades diagnosticadas por un médico por razones de trabajo? (De ser así, describa cual y hace que tiempo)

80. ¿Ha faltado al trabajo por razones de salud? si es así ¿Cuántos días?

En las últimas cuatro semanas:

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
81. ¿Ha podido concentrarse en lo que hace?					
82. ¿Se ha sentido feliz en su trabajo?					
83. ¿Se ha sentido nervioso, desesperado, enojado constantemente?					
84. ¿Ha sentido que hace mucho esfuerzo por su trabajo y no es reconocido?					
85. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?					
86. ¿Considera que puede realizar las actividades de su trabajo sin dificultad?					

87. Si existen dificultades, ¿podría describirlas?

88 ¿Ha tenido algún otro sentimiento y/o pensamiento recurrente? Si es así, ¿Podría describirlo?

Comentarios

¡GRACIAS! Tus respuestas serán de gran validez y apoyo al fomento de la investigación en el área las Ciencias Sociales, es importante reconocer el trabajo de cada persona, en este caso, el trabajador de la salud. En caso de que quieras recibir un informe final sobre este estudio será enviado a tu correo que puedes proporcionar a continuación.

2.7 Anexo 2



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA

SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADO

CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIA SOBRE DESARROLLO REGIONAL

Análisis comparativo de condiciones laborales como factores psicosociales de riesgo en hospitales generales de las ciudades centrales de Tlaxcala 2019-2023

Hospital General _____

El propósito de este estudio es identificar los posibles Factores Psicosociales de Riesgo debido a las condiciones generales de trabajo en las que se encuentra laborando el personal de salud en el área de urgencias.

Por lo que se solicita a la persona (trabajador) responda el siguiente cuestionario dependiendo del tipo de pregunta que contiene este formato ya sea abierta o de opción múltiple y de acuerdo con su experiencia, pensamiento, elección, y/o consideración; este instrumento de recolección de datos le solicita destinar un tiempo aproximado de 20 a 25 minutos.

El riesgo de responder dicho cuestionario es nulo debido a que únicamente se pretende realizar una investigación con fines académicos en los que se visualice y reconozca el trabajo en el área de la salud.

Todo participante en la aplicación del cuestionario cuenta con la total libertad de retirarse, sin dar explicación alguna del porqué de su decisión; en caso de ya haber respondido algunos reactivos, el cuestionario se eliminará inmediatamente.

La información recabada es totalmente privada, así como los datos de identidad que llegue a proporcionar si así lo decide, tendrá el resguardo y confidencialidad como parte de la responsabilidad y ética del investigador quien de igual forma se compromete a devolver los resultados obtenidos al finalizar la investigación al participante que así lo solicite no implicando algún costo.

En caso de dudas y aclaraciones el/la investigador/a C. Karla Azucena Rodríguez Luna se pone a disposición pudiendo contactarlo por las siguientes vías: Tel. 248-180-84-01 e-mail: kar29.96luna@mail.com en horarios de lunes a viernes de 9 am a 3pm.

Establecido todo lo anterior se hace constar que el/la C. _____

trabajador/a del área _____ del hospital _____ esta en total acuerdo con las pautas descritas con anterioridad y con la debida disponibilidad para responder el siguiente cuestionario.

3.7 Anexo 3



SESA
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

No. Oficio: **DCyES-OlyC-OCT-111-2023**

Asunto: Dictamen de protocolo

Chiautempan, Tlaxcala a 31 de octubre de 2023

C. Karla Azucena Rodríguez Luna
Estudiante de la Maestría en Análisis Regional
Universidad Autónoma de Tlaxcala
P R E S E N T E

Por medio del presente informo a usted, que el Comité Estatal de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud de Tlaxcala tras someter su protocolo titulado: **"Análisis Comparativo De Condiciones Laborales Como Factores Psicosociales De Riesgo En Hospitales Generales De Tlaxcala 2023"** y evaluar la calidad técnica de la investigación propuesta, se expide el presente:

DICTAMEN FAVORABLE
REGISTRO: DCyES-OlyC-CEIS-017-2023

Este dictamen favorable tiene una vigencia de un año a partir de la fecha de expedición, **para los efectos a que haya lugar ante la secretaria de Salud Tlaxcala**. Tenga en cuenta que se compromete a terminar su proyecto y hacer llegar los informes de avances al comité, esto de conformidad con lo dispuesto en los lineamientos internos para la integración y funcionamiento del comité estatal de investigación en Salud de la Secretaría de Salud de Tlaxcala.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un saludo cordial.

ATENTAMENTE



C. Lorena Ruíz Mendoza

Secretaria Técnico del Comité Estatal de Investigación en Salud
Secretaría de Salud de Tlaxcala

Elaboró: C. Omar Texis Morales. - Oficina de Investigación y Capacitación
C.c.p Archivo

Av. Antonio Díaz Varela No. 74
Col. Centro Chiautempan, Tlax. C.P. 90800
Teléfono: (246) 462 4754, Ext. 101 y 102

4.7 Anexo 4

Carta de Declaración de Conflicto de Intereses

Ciudad de Tlaxcala a 04 de octubre de 2023

Karla Azucena Rodríguez Luna

Estudiante del Centro de de Investigaciones Interdisciplinaria sobre Desarrollo regional

Por este medio declaro:

☒ **No tener conflicto de intereses**

De acuerdo al artículo 63 de la Ley General de Salud en materia de Investigación y al capítulo 7 numeral 4.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad que:

1. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente del protocolo o alguno de los participantes en el mismo, lo comunicaré de manera inmediata al Presidente o Secretario de los Comités de Ética e investigación de la SESA Tlaxcala.
2. Declaro que no estoy sujeto(a) a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o de naturaleza económica, políticos, familiar, sentimental que puedan afectar la ejecución del proyecto de investigación.

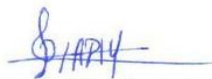
☐ **Tener conflicto de intereses**

Declaro tener conocimiento del Código de Ética y las situaciones que se consideran como Conflicto de Interés y de la necesidad de informar cualquier situación que pueda ser fuente de un potencial conflicto de interés, razón por la cual declaro:

Que las siguientes situaciones que expongo, a mejor saber y entender, deseo queden registradas ya que podrían ser consideradas eventualmente como Potenciales Conflictos de Interés (Especificar la situación, nombre de las personas, parentesco, nombre de la empresa relacionada, sociedad, actividad, etc):

-
-

Atentamente



Karla Azucena Rodríguez Luna

Datos de contacto:
248-180-84-01

5.7 Anexo 5



Comité de Ética en Investigación

Tlaxcala, Tlax; a 21 de noviembre de 2023.

Karla Azucena Rodríguez Luna
Presente

Asunto: DICTAMEN.

Título del Proyecto: Análisis comparativo de condiciones laborales como factores psicosociales de riesgo en hospitales generales de Tlaxcala.

Código asignado por el Comité: **CEI-20112023**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Nº y/o Fecha Versión	Decisión
PROTOCOLO	CEI-20112023	Aprobado
RECOMENDACIONES	Se solicita: 1. Presentar carta de no conflicto de interés del asesor de tesis. 2. Se requiere identificar al investigador principal (asesor) como responsable del proyecto a través de una carta-nombramiento de la institución académica. 3. Se sugiere reconsiderar en la metodología el cálculo de muestra.	

Este dictamen tiene vigencia de un año a partir de su emisión. En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su validez. Lo anterior forma parte de las obligaciones del Investigador las cuales vienen descritas al reverso de esta hoja.

Atentamente

DDO. Irma Alejandra Hernández Vicente
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

Ccp. Mtro. Edgar Girón Soriano. Director Ejecutivo de la COBIET. Presente.
Ccp. Archivo del CEI.

Hoja1 de 2

LINEAMIENTOS QUE ESTABLECEN LAS OBLIGACIONES DE LOS INVESTIGADORES RESPONSABLES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Priv. Revolución No. 46 A
San Buenaventura Atempan, Tlaxcala. CP. 90010
Teléfono (246) 46 2 17 24. email: cobiet.ed@gmail.com

6.7 Anexo 6



Comité de Ética en Investigación

1. Contar con la versión actualizada, con sello de aprobado por el Comité de protocolo de investigación, carta de consentimiento informado y cualquier documento que se haya presentado a revisión y hubiese sido aprobado.
2. Incluir en el expediente del paciente el "Formato Consentimiento bajo información de investigación".
3. El investigador deberá reportar de manera semestral (junio y diciembre) el avance de su proyecto, el cual lo hará llegar al correo electrónico del Comité de Ética en Investigación, ceisaludtlaxcala@gmail.com.
- a. Los protocolos que hayan sido aprobados durante el segundo trimestre, no estarán obligados a presentar el primer informe de progreso semestral, así como los autorizados en el cuarto trimestre, no estarán obligados a presentar el informe de progreso anual. En ambos casos, quedando obligados a hacerlo el siguiente semestre.
- b. De los protocolos que no cuenten con reporte de progreso, el Departamento de Apoyo Técnico informará a la Dirección de Investigación, quien emitirá por escrito marcando una copia a la Dirección General y a las autoridades que corresponda, **un aviso de suspensión del protocolo**.
- c. En caso de no hacer entrega de su informe de avance de proyecto, éste le **será cancelado y el investigador no podrá someter a revisión protocolos de investigación por 6 meses contados a partir de la fecha de cancelación del proyecto**.
- d. La Dirección de Investigación notificará al Comité los proyectos que han sido suspendidos o cancelados.
4. Al terminar el proyecto enviar al Comité un reporte final del estudio en los 2 meses siguientes a su terminación.
- a. Notificar los productos resultados del protocolo.
5. En el caso de protocolos financiados por la Industria Farmacéutica, el investigador responsable notificará a la Secretaría de Salud de la cancelación o suspensión del protocolo de investigación.
6. Para los protocolos financiados con Fondos del CONACYT, el investigador principal se apegará a los lineamientos que establezca el mismo Fondo y reportará el avance y situación que prevalece ante el CONACYT dentro del reporte de progreso que entregan a la Dirección de Investigación de manera semestral y anual.

Hoja 2 de 2

7.7 Anexo 7



No. Oficio: **DCyES-OlyC-OCT-111-2023**

Asunto: Dictamen de protocolo

Chiautempan, Tlaxcala a 31 de octubre de 2023

C. Karla Azucena Rodríguez Luna
Estudiante de la Maestría en Análisis Regional
Universidad Autónoma de Tlaxcala
P R E S E N T E

Por medio del presente informo a usted, que el Comité Estatal de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud de Tlaxcala tras someter su protocolo titulado: **"Análisis Comparativo De Condiciones Laborales Como Factores Psicosociales De Riesgo En Hospitales Generales De Tlaxcala 2023"** y evaluar la calidad técnica de la investigación propuesta, se expide el presente:

DICTAMEN FAVORABLE
REGISTRO: DCyES-OlyC-CEIS-017-2023

Este dictamen favorable tiene una vigencia de un año a partir de la fecha de expedición, **para los efectos a que haya lugar ante la secretaria de Salud Tlaxcala**. Tenga en cuenta que se compromete a terminar su proyecto y hacer llegar los informes de avances al comité, esto de conformidad con lo dispuesto en los lineamientos internos para la integración y funcionamiento del comité estatal de investigación en Salud de la Secretaría de Salud de Tlaxcala.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un saludo cordial.

ATENTAMENTE



C. Lorena Ruíz Mendoza

Secretaria Técnico del Comité Estatal de Investigación en Salud
Secretaría de Salud de Tlaxcala

Elaboró: C. Omar Taxis Morales. - Oficina de Investigación y Capacitación
C.c.p Archivo

Av. Antonio Díaz Varela No. 74
Col. Centro - Chiautempan, Tlax. C.P. 90800
Teléfono: (246) 462 4754, Ext. 101 y 102

8.7 Anexo 8



HOSPITAL GENERAL TLAXCALA
"LIC. ANSELMO CERVANTES HERNANDEZ"
JEFATURA DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN.



No. de oficio HGT-INVEST/2023/11/06

Asunto: Ejecución de proyecto de Investigación
San Matías Tepetomatitlán, Tlax., a 9 de Noviembre de 2023

C. Karla Azucena Rodríguez Luna

Estudiante de Maestría en Análisis Regional
Universidad Autónoma de Tlaxcala
PRESENTE

Por este medio informo a usted que, debido a que ha sometido el protocolo de investigación **"Análisis comparativo de condiciones laborales como factores psicosociales de riesgo en Hospitales Generales de Tlaxcala"** al Comité Estatal de Investigación con número de registro DCyES-OIyC-CEIS-017-2023 y al Comité de Ética en Investigación con número de registro CEI-14102023-1, ambos comités de la Secretaría de Salud de Tlaxcala, y debido que su protocolo ha sido aprobado, hago de su conocimiento que su proyecto **PUEDE SER EJECUTADO en el Hospital General Tlaxcala**, de la Secretaría de Salud de Tlaxcala en el tiempo y condiciones que su estudio fue aprobado por los Comités.

Sin otro particular que tratar, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. SOFÍA ROMERO HERNANDEZ

DIRECTORA

DEL HOSPITAL GENERAL TLAXCALA" LIC. ANSELMO CERVANTES HERNANDEZ"

Dr. Ricardo Bañuelos Huerta.- Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Hospital General Tlaxcala
Dr. Pablo Méndez Hernández.- Responsable de Investigación del Hospital General Tlaxcala
c.c.p.: Archivo

Doctores N. 1, San Matías Tepetomatitlán, Apetatlán de Antonio Carvajal. C.P. 90606.
Correo electrónico: ensenanzahgt@gmail.com
Tel. 2464150076 Ext. 1023

9.7 Anexo 9

HGC



HGSP





HGT



Triaje ETAPP
Escala de Triaje Abreviada por Prioridades
Hospital General Tlaxcala

C-1 Reanimación
Atención inmediata por peligro vital
Unidad de reanimación
Inmediata

C-2 Emergencia
Valoración médica rápida peligro vital inminente
Unidad de reanimación
Observación
10 minutos

C-3 Urgencia mayor
Atención médica para descartar problemas que pongan en riesgo la vida
Primer contacto
Consulta
30 minutos

C-4 Urgencia menor
Requiere atención médica y tratamiento
Centro de salud
Consulta
60 minutos

C-5 No urgente
No requiere atención médica urgente, deberá esperar su valoración y continuar su atención en un centro de salud
Centro de salud
Consulta
120 minutos

Colabore entregando información clara y precisa. La clasificación se mantiene las 24 horas, los 365 días.

Servicio de urgencias

Proceso de atención en 3 pasos (Método Triage)

La categorización de urgencias, nos ayuda a:

- Atender por gravedad, y no por orden de llegada.
- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital.
- Determinar el área de atención más adecuada para el paciente que solicita valoración.

Siempre priorizando las situaciones críticas.

1 Solicita atención y registro

2 Valoración en Módulo de TRIAGE

1 2 3 4 5

Atención en este Hospital Área de Urgencias

Atención en tu centro de salud más cercano

3 Espere su atención médica de acuerdo a categorización

En beneficio de todos.