

Reflexiones sobre la violencia organizacional en los servicios de salud: del trabajo enajenado a la violencia obstétrica

*Luis Alberto Villanueva Egan**

RESUMEN

El ejercicio actual de la medicina ha derivado en un trabajo enajenado en el que el profesional ha perdido el control sobre la organización de su propia actividad, la cual se ha transformado en algo extraño, ajeno y hostil, tanto para él como para quienes requieren de su servicio. Por otra parte, durante la atención institucional las mujeres embarazadas pueden experimentar una amplia gama de maltratos que violan sus derechos humanos y reproductivos, que se relacionan con fallas en la infraestructura, con la organización de los servicios, con la manera como se forma a los médicos, así como en la forma en que se concibe a las propias mujeres en la sociedad. Es necesario dismantlar estas condiciones para construir espacios en los que se habilite el ejercicio real de los derechos de las personas usuarias de los servicios y de los profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: trabajo enajenado, desgaste profesional, burnout, violencia institucional, violencia obstétrica.

ABSTRACT

The current practice of medicine has resulted in alienated work in which the professional has lost control over the organization of his own activity, which has become a strange, alien and hostile, both for him and for those who require your service. On the other hand, during institutional care pregnant women may experience a wide range of mistreatment that violates their human and reproductive rights, which are related to infrastructure failures, to the organization of services, to the way in which the Doctors, as well as in the way women are conceived in society. It is necessary to dismantle these conditions to construct spaces in which the actual exercise of the rights of the users of the services and of the health professionals is enabled.

KEYWORDS: alienated work, professional burnout, institutional violence, obstetric violence.

* Director de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Fecha de recepción: 9 de junio de 2016
Fecha de aprobación: 04 de julio de 2016

Introducción

El trabajo enajenado

Entre marzo y agosto de 1844, Karl Marx (1818-1883) redactó los Manuscritos económico-filosóficos siendo el primero de ellos el correspondiente al trabajo enajenado. El concepto de enajenación que utiliza Marx procede directamente de Hegel y de Feuerbach. En Hegel, la enajenación se identifica con el proceso en el que el Espíritu se convierte en objeto, condición que se revierte a través del auto-conocimiento. Es decir, cuando el Espíritu no tiene plena conciencia de sí, se enajena en la realidad. En Feuerbach lo que caracteriza a la enajenación es el fenómeno en el que la persona se desposee de su esencia para transferirla a un dios, el cual no es más que un producto de su conciencia. Esta inversión entre sujeto (persona) y predicado (dios) tiene consecuencias desfavorables: la persona por no tener conciencia se asume como creación de un ser con poder propio que lo domina y lo subyuga. La cancelación de la enajenación religiosa solo llega cuando la persona toma verdadera conciencia de sí misma (Sánchez, 1982).

De las dos teorías de la enajenación, es la de Feuerbach la que influyó más en Marx. En los *Manuscritos* el trabajo enajenado es la categoría a la que recurre para explicar la contradicción entre el trabajo como fuente de toda riqueza y la depauperación física y espiritual del trabajador. El trabajador es ajeno a sí mismo, sus productos son ajenos a él, su actividad laboral le es extraña:

¿Qué constituye la enajenación del trabajo? Primero, que el trabajo es externo al trabajador, que no es parte de su naturaleza; y que, en consecuencia, no se realiza en su trabajo sino que se niega, experimenta una sensación de malestar más que de bienestar, no

desarrolla libremente sus energías mentales y físicas sino que se encuentra físicamente exhausto y mentalmente abatido. El trabajador solo se siente a sus anchas, pues, en sus horas de ocio, mientras que en el trabajo se siente incómodo (...) No es la satisfacción de una necesidad, sino solo un medio para satisfacer otras necesidades (...), el trabajo en el que el hombre se enajena, es un trabajo que implica sacrificio y mortificación. Por último, el carácter externo del trabajo para el trabajador se demuestra en el hecho de que no es su propio trabajo sino trabajo para otro, que en el trabajo no se pertenece a sí mismo sino a otra persona (Marx, 1981).

En los *Manuscritos* también se expone la relación entre productividad y alienación: “El obrero es más pobre cuanto más riqueza produce, cuanto más crece su producción en potencia y en volumen. El trabajador se convierte en una mercancía tanto más barata cuantas más mercancías produce. La desvalorización del mundo humano crece en razón directa de la valorización del mundo de las cosas” (Marx, 1981). La alienación consiste en el alejamiento del trabajador del control y la capacidad de decisión del contenido, organización y resultados del trabajo; no obstante, cuando éste se convierte en verdadera manifestación del ser de la persona, la objetivación deja de ser enajenada: el trabajador se apropia de los productos de su trabajo; su trabajo y su vida le pertenecen.

Sin embargo, en las sociedades occidentales contemporáneas la alienación se extiende a otras dimensiones de la vida además del trabajo: el consumo de necesidades innecesarias, el tiempo libre frente al televisor, y todo aquello que produzca evasión de una realidad que frecuentemente se vive como hostil y se percibe como de muy difícil transformación. Así, la enajenación involucra

también al no-obrero, al empleado y a los sectores de la clase media profesional.

El desgaste profesional

La Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo define el estrés laboral como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”. La ausencia de un proceso de recuperación tras un período de estrés continuo, así como la propia naturaleza acumulativa del mismo puede llevar a estrés crónico (Rodríguez-Carvajal y Rivas-Hermosilla, 2011). El desgaste profesional o *burnout* se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado principalmente por agotamiento físico y emocional, que se desarrolla de manera progresiva y que afecta las relaciones que se establecen entre los integrantes de la organización y sus usuarios. El desgaste profesional produce un deterioro en la salud de las personas e incrementa los conflictos interpersonales tanto dentro como fuera del entorno laboral. Las actitudes de despersonalización propias del trabajo enajenado condicionan que el trabajador “quemado” no solo adopte rutinas en la prestación del servicio sino que desarrolle actitudes duras y deshumanizadas en respuesta a las necesidades de los usuarios. Es decir, que los trate en la misma forma con la que percibe ser tratado: como objetos y no como personas (Marrau, 2009).

Lo más frecuente es que el desgaste profesional ocurra en entornos laborales caracterizados por sobrecarga de trabajo, escasez de recursos, acoso laboral, falta de equidad o justicia organizacional, ausencia de estímulos, pérdida del control del trabajador sobre su actividad y falta de participación en la toma de decisiones. Así, la organización actúa como generadora y receptora

de las consecuencias del desgaste profesional en la forma de ausentismo elevado, bajo interés por la actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, aumento de conflictos interpersonales y de accidentes laborales, lo que finalmente redundará en un ambiente laboral aún más propicio para el desgaste profesional de sus integrantes (Marrau, 2009).

Debido a que la mayoría de los agentes estresantes pertenecen al entorno laboral, las estrategias de prevención e intervención deben incidir sobre las condiciones de trabajo a través de un proceso de rediseño organizacional con la participación de los trabajadores en la elaboración de propuestas e instrumentalización, por ejemplo: reformulación de las actividades operativas con sobrecarga de trabajo, ausencia de descansos, largas horas de trabajo continuo, tareas rutinarias con escaso significado y la no utilización de las habilidades del trabajador (Rodríguez-Carvajal y Rivas-Hermosilla, 2011). Es necesario promover un ambiente de estabilidad laboral; establecer objetivos claros con líneas de acción y de autoridad bien definidas que permitan distribuir las tareas de acuerdo con los diferentes perfiles profesionales y no profesionales; mejorar la supervisión y aumentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre los procesos a su cargo; impulsar la capacitación y profesionalización; promover y estimular a los profesionales siguiendo criterios claros y equitativos; mejorar las redes de comunicación organizacional, fomentar la creación de grupos de trabajo interdisciplinario e impulsar la creación de redes de apoyo social. En este sentido, cabe destacar el meta-análisis realizado con una muestra de más de 420 mil participantes pertenecientes a 63 países en el que se observó que el nivel de autonomía y libertad de elección es el factor más consistentemente relacionado con altos niveles de bienestar y menores niveles de estrés laboral y *burnout* (Fischer y Boer, 2011).

Trabajo enajenado y desgaste laboral en los médicos y otros profesionales de la salud

La profesión médica definida como autónoma, altruista, científica, humanista y con un alto estatus social ha muerto para la mayoría de sus ejecutantes. El ejercicio actual de la medicina ha derivado en un trabajo enajenado en el que el profesional ha perdido el control sobre la organización de su propia actividad, la cual se ha transformado en algo extraño, ajeno y hostil, tanto para él como para quienes requieren de su servicio. La burocratización, el intenso y abrumador trabajo, la proletarización, la falta de capacitación y la desprofesionalización del médico se acompañan de la disminución del prestigio y la autoestima profesional. En estos contextos, los fines de la medicina parecen ficciones, el médico vive su actividad profesional como una rutina desgastante y las políticas de calidad no tienen suficientes actores para su implantación. Aquello que debería ser la realización social del individuo se ha convertido en fuente de frustración que repercute en la calidad de los servicios.

Las condiciones laborales de los profesionales de la salud se han modificado en los últimos años. No obstante que la cantidad de personas empleadas en los servicios de salud ha crecido notablemente, también existe una mayor presión sobre ellas que va más allá de la crónica escasez de recursos en el sector público. Entre ellos, se pueden observar y constatar los siguientes aspectos:

- 1) Aumento en la intensidad del trabajo (demanda creciente, recursos limitados y población altamente demandante) aunado a presiones externas para la reducción de costos, aumento de la productividad y satisfacción del paciente.
- 2) Nuevas modalidades de contratación, generalmente más precarias.
- 3) Dominio del quehacer médico por la tecnología (y los fabricantes de la tecnología).
- 4) Generación vertiginosa de conocimientos que ha conducido a la proliferación de nuevas áreas de superespecialización con la pérdida resultante de la visión integrada del paciente en aras de un modelo de producción en el que los volúmenes asistenciales, los diagnósticos y los tratamientos se encuentran separados en espacio, tiempo y “ejecutantes”, en forma semejante a una cadena de montaje.
- 5) Insatisfacción y conflicto con el acto médico que tiene su origen cuando los beneficios pactados entre el paciente, los profesionales de la salud, la institución (pública o privada), y quien financia la atención (el estado, inversionistas o terceros pagadores) no se cumplen. Es claro que los servicios son cada vez menos propiedad del personal de salud y más de quienes los financian: en el sector público el acto médico está determinado por las políticas de salud, la administración de las organizaciones y los mecanismos de regulación institucional, mientras que en el sector privado los inversionistas y los terceros pagadores (compañías aseguradoras) han reemplazado el modelo liberal típico de la práctica médica privada por formas supeditadas a la rentabilidad, lo que ha convertido al médico en *aliado* del tercer pagador, conteniendo costos y maximizando las ganancias, lo que en no raras ocasiones puede ir en detrimento de los beneficiarios. La asimetría de información propia de la relación clínica-sanitaria genera puntos ciegos que le impiden al paciente anticipar las

restricciones que solo se hacen evidentes al momento de ejecutar los acuerdos. En estos casos el médico es solamente un medio utilizado por quien financia para transmitir información que genera la maximización de utilidades de dichas entidades.

- 6) Judicialización del ejercicio profesional, en el entendido que no es lo mismo el derecho exigible y judicializable a la salud como algo deseable, que judicializar la decisiones médicas, como algo que no sólo no resuelve problema alguno sino que genera otros de mayor magnitud asociados a la medicina defensiva: incremento en costos es igual a contratación de seguros de gastos médicos; judicialización de la práctica médica es igual a contratación de seguros de responsabilidad profesional; realmente no es muy difícil adivinar quienes son los beneficiarios y quienes los afectados de esta ecuación. Sin duda, la impartición de justicia en presencia de conductas del personal de salud que atenten contra los derechos humanos de las personas no debería ser motivo de cuestionamiento en una sociedad democrática, pero frente a un caso de pretendida mala práctica de un profesional de la salud se deben agotar primero los medios alternos para dirimir conflictos considerando los contextos laborales en los cuales se tomaron las decisiones y estudiar a profundidad cada caso concreto. Es muy importante no tomar nunca decisiones apresuradas en respuesta a presiones ajenas, independientemente de su origen.
- 7) Entornos laborales permisivos o promotores de conductas autoritarias, hostiles e intimidatorias que se practican contra el profesional de la salud desde una posición jerárquica o desde un grupo de iguales (*mobbing* o acoso moral laboral), lo que además del daño emocional intenso que inflige a las personas, deteriora las redes de cooperación al interior de las organizaciones. Estos entornos corresponden a prácticas culturales aceptadas por la mayoría como algo necesario para mantener la disciplina y el buen desempeño y que por lo mismo son transmitidas, para su reproducción, a los médicos en formación.
- 8) Actitudes riesgosas e imprudentes que ponen a prueba sobre todo a los médicos jóvenes, como la tradición que sostiene que la resistencia al cansancio es demostración de compromiso o la de realizar procedimientos quirúrgicos a un ritmo veloz es constatación de destreza, colocan en una situación de riesgo a los usuarios de los servicios, más aun considerando el sólido cuerpo de evidencia que asocia la fatiga crónica o las prácticas imprudentes del personal de salud, con un incremento en la ocurrencia de eventos adversos en salud. Los médicos residentes que trabajan períodos recurrentes de 24 horas consecutivas cometen 36% más errores graves que aquellos que trabajan 16 horas consecutivas, tienen el doble de fallas en el trabajo nocturno por problemas de atención, sufren 61% más de accidentes con material punzo-cortante y tienen el doble de riesgo de sufrir un accidente vehicular cuando conducen a casa después de 24 horas de trabajo.
- 9) El imaginario colectivo que supone que la profesión médica es un sacerdocio que implica la renuncia a la propia vida, la exigencia de infalibilidad y la existencia de un supuesto sostén económico asegurado e incluso riqueza (Nigenda, 1993; Lockley et al., 2007). La alienación que experimentan los profesionales de la salud es la pérdida del control sobre la organización de su trabajo: número de consultas diarias, tiempos predeterminados de atención, cantidad de procedimientos programados, cumplimen-

to de metas, protocolos de atención, prescripción de medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete solicitados, entre otros. Además, en el mercado de la salud se *incentiva* una demanda de procedimientos médico-quirúrgicos asociados a productos tecnológicos de eficacia, eficiencia, efectividad y necesidad cuestionables, o al menos no siempre debidamente fundamentada, al ritmo de la presión impuesta por los fabricantes de tecnología (Gieco, 2012). En palabras de Marx: “Si se relaciona con su propia actividad como con una actividad que no es libre, se relaciona con ésta como actividad al servicio y bajo el dominio, la coerción y el yugo de otro hombre” (Marx, 1981).

En las grandes instituciones de salud los profesionales venden su trabajo sin ningún control sobre el mismo, con pérdida de sus prerrogativas profesionales. Dentro de las organizaciones los profesionales de la salud no representan más que un tipo de empleado que tiene que someterse a la racionalidad institucional de la misma manera que el resto de los trabajadores (Nigenda, 1993). De eso hablamos con la proletarización de un sector considerado tradicionalmente como de *clase media* que ahora recurre al multiempleo como la forma de mantener estatus social, con el consecuente menoscabo en su calidad de vida y con niveles variables de afectación en la calidad de sus servicios profesionales. La contradicción de ejercer una profesión con un ideal científico y humanista en un marco burocrático y mercantilista, conduce a una diferencia entre expectativas y realidad, que genera un alto grado de insatisfacción y frustración.

En este sentido Marx describe en los *Manuscritos*, cómo el trabajo enajenado lo transmuta de una actividad creadora y transformadora, fuente de

realización y de sentido vital, en solo un medio para la subsistencia física:

“(...) el trabajo, la actividad vital, la vida productiva, aparecen ahora ante el hombre únicamente como medios para la satisfacción de una necesidad, la necesidad de mantener su existencia física. La vida productiva es, sin embargo, la vida de la especie. Es la vida que crea vida. En el tipo de actividad vital reside todo el carácter de una especie, su carácter de especie; y la actividad libre, consciente, es el carácter de los seres humanos como especie (...) El trabajo enajenado invierte la relación, en tanto que el hombre como ser con conciencia de sí hace de su actividad vital, de su ser, solo un medio para su existencia” (Marx, 1981).

Derivado de lo anterior, particularmente en el caso de los profesionales de la salud, se ha construido como tendencia al futuro el fenómeno de la desprofesionalización, definida ésta como la pérdida de los profesionales de su monopolio sobre el conocimiento, el cuestionamiento público creciente en sus conocimientos y en su *ethos* de servicio, y la reducción de su capacidad para imponer sus propias reglas y definiciones sobre lo que es bueno para el paciente (Gieco, 2012). Más allá de consideraciones sobre lo deseable, necesario o justificado de este fenómeno, los profesionales de la salud lo perciben como una pérdida de valoración social que lo proveía de una fuente inestimable de autoafirmación y satisfacción. Cuando esto no ocurre algunos desarrollan aún más actitudes de autoidealización y autoritarias codificadas como de poder (Wolfberg, 2003).

Las transformaciones ocurridas en el ejercicio de los profesionales de la salud han incrementado en

forma notable el interés por evaluar sus percepciones y actitudes hacia su propio trabajo. En un país desarrollado como Suecia, el estrés en los médicos se ha incrementado en los años recientes, de modo que, uno de cada tres médicos busca cambiar de departamento dentro del hospital y uno en diez busca abandonar la medicina como profesión (Bonn y Bonn, 2000).

En ese sentido, se ha propuesto que las fuentes de estrés y desgaste profesional dentro de los profesionales de la salud pueden agruparse en dos categorías principales: las relacionadas con el contacto directo con los pacientes, y las vinculadas con los factores administrativos y organizacionales. En general, el *burnout* en los profesionales de la salud no es diferente del que ocurre en otras profesiones, pero sus reacciones son particularmente dignas de consideración por las consecuencias que pueden tener, no solo en relación con el usuario de los servicios sino también en tanto compromete la calidad del cuidado, la atención o el tratamiento en la forma de omisiones, actos imprudentes o errores. Entre las características del desgaste del profesional de la salud se incluye fatiga, inestabilidad emocional, incapacidad de concentración, ansiedad, insomnio, irritabilidad, incremento del consumo de alcohol o drogas y depresión. Los diferentes estudios que a nivel mundial han abordado el tema indican que la frecuencia del *burnout* en los profesionales de la salud va de 25% a 60% (Moreno-Jiménez et al., 2005). De la misma manera que ocurre en otros sectores profesionales el mejor predictor de *burnout* en estas profesiones es el sentido de control sobre su trabajo, es decir, la autonomía laboral relacionada con el uso de su juicio, y la libertad de elección sobre su actividad. Otros predictores significativos son las demandas laborales percibidas, el apoyo social de los compañeros y estar satisfecho con los recursos de los que

dispone para realizar su trabajo (Moreno-Jiménez et al., 2005).

Las intervenciones para reducir el *burnout* en los profesionales de la salud y, en forma consecuente, reducir los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes se han enfocado en el profesional individual con poca atención del contexto organizacional y social dentro del que el médico trabaja. Estas orientaciones han devaluado el papel determinante que juega la cultura hospitalaria entre cuyos elementos destacan la diversidad de grupos de trabajo que integran el hospital, cada uno con intereses propios; la lucha de los grupos por mantener el control de la organización, aun bajo la hegemonía médica; y la estructura vertical altamente jerarquizada que afecta la comunicación y la toma de decisiones. Intentar cambiar las organizaciones de salud desconociendo sus peculiaridades y tratándolas con lo que ha resultado en otro tipo de organizaciones, es ingenuo y anticipa el fracaso de dichas intervenciones (Montgomery, 2014).

La violencia obstétrica

De igual manera, en las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la organización sanitaria impone el cumplimiento de altas cuotas de productividad a costa de la dimensión personal de la atención, y con un tipo de racionalidad que excluye lo emocional, lo relacional y lo social, enfatizando y confirmando a la medicina institucional un carácter biologicista, excesivamente tecnificado y altamente burocrático a la medicina institucional (Restrepo, s. f.). La burocratización, la mercantilización y la medicina defensiva han generado un entorno cada vez más desfavorable para la relación médico-paciente. Con frecuencia observamos un escenario caracterizado por un comportamiento poco sensible, que se traduce en rapidez en las

consultas, desinterés del médico por los aspectos emocionales y por las condiciones de vida de las personas, un exceso de estudios de laboratorio y gabinete y ocultamiento o manipulación de la información, tanto la que se ofrece a familiares y pacientes, como la asentada en el expediente clínico. Todas éstas son manifestaciones de la medicina deshumanizada en la que el extremo del espectro corresponde al maltrato ejercido por el personal de salud en contra de sus pacientes (Restrepo, s. f.).

En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas a menudo como enfermas, por lo que son susceptibles de recibir una asistencia perinatal configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados, sin interés por la vivencia integral del embarazo, el parto y el puerperio. Especialmente destacable es cuando el parto es tratado como un mero trámite quirúrgico, cuya máxima expresión es la generalización de las cesáreas (Lozano, 2001).

La violencia obstétrica es un concepto en construcción que no obstante la multiplicidad de definiciones que se han emitido, se refiere a una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde se intersectan la violencia institucional y la violencia de género. Prácticas enmarcadas en procesos de violencia estructural y en la falta de reconocimiento de las mujeres y las embarazadas como sujetos morales y titulares de derechos en tanto usuarias de los servicios de salud, que se traducen en actos concretos que violentan el derecho a la integridad personal de las mujeres (GIRE, 2015).

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres puede ir desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones verbales, manipulación de la información, negación al tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin respeto alguno a su dignidad humana, el condicionamiento del manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y coacción para obtener su “*consentimiento*”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos (Villanueva-Egan, 2010).

Así, el concepto violencia obstétrica incluye desde su definición actos concretos constitutivamente armados en el diseño institucional y las formas institucionales. Romper el paradigma de atención no es algo que se vaya a lograr en lo individual ni con fórmulas penales que estigmatizan y predisponen en forma directa y negativa al personal de salud, que no promueven un cambio de mentalidad, no resuelven las fallas estructurales, ni mucho menos atienden la necesidad de una política pública sobre los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio (GIRE, 2015).

Conclusiones

En su descripción del trabajo enajenado, Karl Marx se adelantó 130 años al psicólogo clínico neoyorkino Herbert Freudenberg (1974) quien acuñó el término *burnout* que después utilizó Christina Maslach (1977) para referirse a una condición caracterizada por un estado de desgaste

físico, emocional y cognitivo que surge al trabajar bajo condiciones hostiles. Sin embargo, para Marx lo que correspondería al desgaste profesional (... no se realiza en su trabajo sino que se niega, experimenta una sensación de malestar más que de bienestar, no desarrolla libremente sus energías mentales y físicas sino que se encuentra físicamente exhausto y mentalmente abatido) ocurre fundamentalmente como resultado del trabajo económicamente alienado, y surge en la relación entre el trabajador y la producción, en un proceso en el que el ser humano percibe el mundo como ajeno, los productos de su trabajo como no propios y él mismo se experimenta sin control de sí (Marx, 1981). En contraste, la definición de *burnout* emerge como un asunto de salud del trabajo que se define por la relación entre la exposición a factores estresantes en el entorno laboral y las respuestas adaptativas o de afrontamiento del trabajador. Desde esta perspectiva, abordar el *burnout* exclusivamente como un problema de salud mental del trabajador medicaliza y desvía el problema de las condiciones de trabajo y lo traslada a una problemática individual de expectativas y metas poco realistas exigidas a los profesionales. No es completa la descripción del *burnout* si no describe la institución y su clima organizacional, principalmente la autonomía individual, el grado de jerarquización, las redes de colaboración, la participación en la toma de decisiones, la comunicación organizacional, los estímulos, el respeto, la calidez y el soporte (Wolfberg, 2003).

En esta línea de pensamiento, es de la mayor importancia enfatizar que el desgaste profesional no es un trastorno individual; tiene su origen en el entorno de trabajo y no en el trabajador, y es el resultado de un modelo económico que determina las formas de organización que asumen los servicios de salud destinados a la población y que define la posición de los profesionales de la

salud en la estructura social. Esta consideración es pertinente, pues cuando se debate sobre la prevención del desgaste profesional se debe considerar principalmente el entorno psicosocial del trabajo e intentar modificarlo, y no colocar el blanco de las intervenciones en el individuo. De otra manera se convierte en un problema de trabajadores con baja tolerancia a la frustración o con una debilidad premórbida constitutiva que solo requieren una terapia readaptativa (Marrau, 2009).

Otro obstáculo para abordar el problema en el caso particular de los profesionales de la salud es la negación del problema por sus propios integrantes. Aun cuando es claro que el desgaste profesional tiene su origen en el trabajo alienado, es el propio médico quien niega el fenómeno de cara a su proletarianización implícita. Las aspiraciones burguesas propias de una profesión otrora liberal, provoca que rechacen la idea de equipararse con otros trabajadores (la voz *trabajadores de la salud* a muchos les resulta molesta, de la misma manera que someterse al control de entrada y salida o cumplir a cabalidad con un horario fijo) por lo que, negando el irrefrenable proceso de su proletarianización, prefieren explicarse el desgaste laboral en términos de *pacientes exigentes, irrespetuosos y mal agradecidos*, desmedidos volúmenes asistenciales, escasez de recursos para el trabajo e incluso como cansancio que se resuelve con unas vacaciones. Lamentablemente no es así, aún después de las vacaciones, parafraseando a Augusto Monterroso, el dinosaurio sigue allí.

También es importante desmentir las visiones que interpretan el desgaste profesional desde una perspectiva epidemiológica confiriéndole un carácter *contagioso* que se extiende entre individuos susceptibles lo que descontextualiza al fenómeno de su circunstancia sin la cual se reduce sensiblemente el poder explicativo sobre el

mismo. Por supuesto que el desgaste profesional no es “contagioso”; mientras una organización continúe viciada, mientras las condiciones de trabajo correspondan con las de la alienación, es solo cuestión de tiempo que vayan apareciendo cada vez más trabajadores desgastados. Esto es de vital importancia por sus terribles consecuencias sociales. Marx afirma que en el trabajo alienado las personas se enajenan de las demás personas. En condiciones en las que los demás resultan extraños o ajenos, procesos tan hondos como la amistad, la fraternidad, la solidaridad o el compañerismo, no se pueden dar. En ese contexto, las relaciones humanas están dañadas de raíz (Prado-Galán, 2001). En el caso de los profesionales de la salud este daño tiene implicaciones por demás negativas en las relaciones interpersonales tanto internas en la institución de salud, como con los usuarios de los servicios que pueden verse afectados en sus derechos. En este sentido la formación de los médicos adquiere particular relevancia debido a su papel en la construcción y reproducción del *habitus* profesional, entendido como el proceso a través del cual el desempeño profesional se interioriza de manera inconsciente en los estudiantes a nivel de conocimientos y prácticas profesionales. Es decir, el *habitus* médico incluye elementos cognitivos y valóricos que se hacen visibles en las relaciones sociales entre los médicos con otros profesionales de la salud, con los pacientes y sus familiares, y con el resto de la población, como un conjunto de acciones y principios que permiten la construcción de una respuesta para cada situación. Los procesos de normalización del desgaste profesional y el acoso laboral y su incorporación como parte de la cultura de las organizaciones de salud puede afectar negativamente el desempeño de los médicos en formación, así como el tipo de relaciones interpersonales que establecen con sus pares, con los pacientes y con el resto de grupos al interior de la organización. De ahí la importancia de cambiar

el enfoque en la formación de médicos y de especialistas, desde uno que está fundamentado en lo biológico clínico, lo tecnológico, lo individual, lo curativo, la competitividad y la jerarquía a otro que nos remita a una mirada fundamentada en el respeto a la dignidad humana, la integralidad del paciente, lo relacional, la prevención y la promoción de la salud, la calidad de vida, la colaboración y la solidaridad.

El tema del respeto a la dignidad del otro es crucial, y constituye el eje articulador de los demás elementos valóricos que deben estar presentes en la atención sanitaria en general (Álvarez-Díaz, 2014). En contraparte, la violación a la dignidad se exhibe en el acoso moral o *mobbing*, en el desgaste profesional provocado por condiciones indignas de trabajo y en el maltrato a pacientes. De modo tal que, el respeto a la dignidad humana debe ser un eje transversal presente en todas las etapas de las políticas públicas relacionadas con las condiciones de trabajo y la prestación de los servicios de salud.

Si como sociedad nuestras aspiraciones deben orientarse a lograr que los ciudadanos sean libres, independientes, autosuficientes, y puedan alcanzar el máximo de sus potencialidades, el trabajo del profesional de la salud debe ser mucho más que una mercancía que permite obtener mercancías, mucho más que una simple transacción económica de personas fragmentadas; el trabajo del profesional de la salud debe ser autorrealización, vitalidad creadora, satisfacción, energía; debe ser, una profunda actividad existencial.

Un cambio en el modelo de atención requiere que el acceso a servicios de calidad no sea prerrogativa de unos cuantos, que los recursos se distribuyan reconociendo la dignidad de las personas sin discriminación de ningún tipo y que los usuarios de

los servicios tengan la posibilidad de elegir. Para lograrlo es necesario modificar la formación del personal de salud, atender las deficiencias estructurales y crear una nueva cultura organizacional basada en los derechos humanos con una perspectiva ética, de género e interculturalidad que desnaturalice las expresiones violentas dirigidas en contra de los pacientes durante su atención y la violencia en la formación-educación del personal de salud como prácticas institucionalmente toleradas y protegidas, así como las prácticas de violencia laboral dirigidas en contra de los trabajadores de la salud justificadas bajo los argumentos del orden, el control y la eficiencia. Para ello se debe prevenir, identificar y rehabilitar el desgaste laboral en los profesionales de la salud por representar una condición que afecta la salud de los profesionales sanitarios, su productividad, la calidad de su servicio y sus relaciones interpersonales. La prevención y la corrección de esta condición deben enfocarse principalmente en la organización como fuente de estrés crónico sin descuidar los factores personales que pudieran participar en su aparición.

En condiciones de trabajo enajenado todos perdemos: el profesional desgastado es más susceptible de enfermar y cometer errores (Torral-Villanueva, Aguilar-Madrid y Juárez-Pérez, 2009), los derechos de los usuarios de los servicios corren riesgo de ser vulnerados y los costos para las instituciones pueden ser cuantiosos (Villanueva-Egan y Cruz-Vega, 2012). Todos pierden trascendencia, todos se sienten solos. La deshumanización en las organizaciones produce seres deshumanizados (Sossa-Rojas, 2010). Para humanizar (dignificar) la prestación de los servicios de salud, más allá de la retórica de las sonrisas, la autocomplacencia y la autoindulgencia, es necesario corregir los vicios existentes en el modelo organizacional o cambiarlo por otro que permita responder en forma eficiente a los retos que los cambios sociales, económicos, tecnológicos, demográficos y epidemiológicos de la sociedad mexicana han impuesto al sistema de salud. De otra manera solo seguiremos presumiendo experiencias exitosas aisladas y contando los muertos y heridos de nuestros errores.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Díaz, J. A. (2014). ¿Qué es la dignidad humana?. En: Álvarez-Díaz JA, López-Moreno S (coords.). *Ensayos sobre ética de la salud: aspectos clínicos y biomédicos (Vol. 1)*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bonn, D. y Bonn, J. (2000). *Work-related stress: can it be a thing of the past?* *Lancet*. 355:124.
- Fischer, R. y Boer D. (2011). What is more important for national well-being: money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 101:164-84.
- Gieco, A. (2012). La insoportable pesadez del ser... profesional de la salud. Alienación en los trabajadores de la salud pública. *Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste*. 14:125-53.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2015). *Violencia Obstétrica. Niñas y mujeres sin justicia*. Derechos reproductivos en México. México: GIRE, 2015.
- Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., Czeisler, C. A., Landrigan, C. P. (2007). Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and

- performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 33, 7-18.
- Lozano, E. M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías reproductivas*. ("tesis doctoral"), Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades*. (19): 167-77.
- Marx, K. (1981). *Manuscritos económico-filosóficos*. I. El trabajo enajenado. En: Fromm, E. Marx y su concepto del hombre. México: Fondo de Cultura Económica Breviario No. 166.
- Montgomery, A. (2014). The inevitability of physician burnout: implications for interventions. *Burnout Research*. 1:50-6.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa-Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R. y Morante-Benadero, M. E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*. 11:87-100.
- Nigenda, L. G. (1993). ¿Médicos en riesgo? Análisis comparativo de tres países. *Revista Mexicana de Sociología*. 55:203-23.
- Ortíz-León, S., Jaimes-Medrano, A. L., Tafoya-Ramos, S. A., Mujica-Amaya, M. L., Olmedo-Canchola, V. H. y Carrasco-Rojas, J. A. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*. 82:290-301.
- Prado-Galán, J. (2001). *Ética sin disfraces*. México: Universidad Iberoamericana.
- Restrepo, L. C. (s.f.). *Violencia médica*. Disponible en http://www.terapianeural.com/Articulos/Violencia_medica.htm.
- Rodríguez-Carvajal, R. y Rivas-Hermosilla, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 57 (supl.1): 72-88.
- Sánchez, V. A. (1982). Filosofía y economía en el joven Marx. *Los Manuscritos de 1844*. México: Grijalbo.
- Sossa-Rojas, A. (2010). La alienación en Marx: el cuerpo como dimensión de utilidad. *Revista Ciencias Sociales*. (25):37-55.
- Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G. y Juárez-Pérez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine*. 59:8-13.
- Villanueva-Egan, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*. 15:147-151.
- Villanueva-Egan, L. A. y Cruz-Vega, L. (2012). Los costos de la mala calidad de la atención obstétrica. *Revista CONAMED*. 17: 60-6.
- Wolfberg, E. (2003). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *Revista de argentina de psiquiatría*. XIV: 268-79.