

20132



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

LAS CAUSAS DEL AUSENTISMO LABORAL FEMENINO.
UN ESTUDIO PRELIMINAR DEL FENOMENO ENTRE LAS
AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE CON-
VALECENCIA. CENTRO MEDICO NACIONAL. IMSS.

T E S I S

para optar por el titulo de
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

p r e s e n t a

ABELARDO OIEDA GONZALEZ



México, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
Prólogo.....	4
Post Scriptum.....	9
INTRODUCCION.....	10
I. ANTECEDENTES	
A. Definición del Problema	
1. El objetivo de estudio.....	17
2. Justificación e importancia del estudio.....	24
3. La fuerza de trabajo femenina.....	25
B. Orientaciones Metodológicas	
1. Hipótesis.....	28
2. Técnicas de investigación.....	31
C. Esquema Teórico-Conceptual	
1. Aproximaciones al tema.....	36
2. Conceptos teóricos.....	43
II. DEFINICION OPERACIONAL, ANALISIS DE LA ENCUESTA Y EXPLICACION DE LAS VARIABLES	
A. Definición operativa de ausentismo voluntario.....	56
B. Explicación para el análisis de la concentración estadística.....	57
C. Explicación de las variables.....	58
D. Explicación de los cuadros estadísticos	61
III. LAS ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA "A"	
1. Documentos normativos.....	79
2. Descripción del puesto.....	79
3. Deberes.....	81
IV. LA PRODUCTIVIDAD DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA "A"	
1. La productividad.....	92
2. Índice de atención a pacientes.....	93
3. La distribución del personal según su nivel profesional.....	94
4. La distribución del personal por turno.....	95
5. Bolsa de trabajo.....	97
6. Las cargas de trabajo.....	99

	Página
V. LAS PRESIONES LABORALES Y EXTRALABORALES.....	106
VI. LOS AGRAVIOS Y LA ROTACION DE PERSONAL.....	116
VII. LA ORGANIZACION DEL HOSPITAL.....	127
VIII. LOS ORGANOS SUPERIORES DEL IMSS Y SU ESTRUCTURA DE PODER.....	138
CONCLUSIONES.....	166
ANEXOS.....	177
FUENTES DE CONSULTA.....	205

P R O L O G O

De 1966 a 1979 laboré en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en tareas de investigación sociológica, capacitación y difusión cultural. Aun cuando concentré mis esfuerzos en la primera actividad, las otras coadyuvaron a mi conocimiento de las relaciones interpersonales y laborales que integran la vida diaria de los empleados al servicio de centros de seguridad social, unidades médicas y oficinas administrativas del IMSS.

En 1967 participé en el estudio de la estructura y funcionamiento de los centros de seguridad social del Distrito Federal y Valle de México. De 1968 a 1975, a través de encuestas y cursos de capacitación en el Departamento de Desarrollo de Personal, me relacioné con funcionarios administrativos y médicos del Instituto; jefes de servicios y delegados estatales, directores de clínicas y hospitales, jefes de personal médico, paramédico y administrativo de las unidades de operación del IMSS en el Distrito Federal y Valle de México. Además, impartí cursos a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, asistentes sociales, auxiliares administrativos, almacenistas y auxiliares de almacén.

Para el desempeño de dichas tareas de capacitación hube de enterarme de las normas generales y específicas, jurídicas y administrativas, que regulan la organización y el funcionamiento del IMSS.

De 1969 a 1971, en tareas editoriales, manejé textos sobre las normas administrativas y laborales de las unidades de operación del IMSS. Ello me permitió, a partir de 1972 (hasta 1979) organizar, bajo mi coordinación y responsabilidad, un área de documentación acerca de los recursos humanos del IMSS y, en general, de las instituciones de seguridad social; en particular, tuve oportunidad de localizar y analizar la mayoría de las encuestas más importantes efectuadas entre 1967 y 1977 sobre el personal médico, paramédico, de servicios sociales y administrativo del

IMSS. El acceso a este material me planteó la necesidad de una comprensión más completa acerca de la estructura interna y el funcionamiento del IMSS, y de sus articulaciones con el Estado mexicano y los grupos de presión, de modo que yo pudiera ubicar, al propio IMSS, dentro del sistema político mexicano.

Para emprender dicho esfuerzo, fue especialmente estimulante la necesidad de estudiar las causas del acentuado ausentismo laboral médico y paramédico del IMSS que, para el año de 1976, repercutió, por deficiencias del servicio, en costos superiores a los 1 000 millones de pesos*.

Este fenómeno laboral, cuyas implicaciones psicosociológicas se han abordado con cierta seriedad desde 1930 (Elton Mayo, 1933; - Roethlisberger, 1939), me impuso el estudio del IMSS como organización y me condujo, inevitablemente, a estudiar con enfoque microsociológico su estructura interna de poder y sus articulaciones con la administración pública y las organizaciones obreras y patronales. Como conclusión básica del estudio**, pude establecer que el autoritarismo de los funcionarios, como ideología y estilo de relaciones laborales y administrativas, era la causa determinante del ausentismo laboral de los empleados del IMSS. Sin embargo, el carácter preliminar de dicho estudio me imponía conocer, con más detalle, la estructura y el funcionamiento de una unidad médica, que es la unidad operativa típica del IMSS; dicha investigación, por supuesto, se efectuaría para establecer las relaciones de causalidad del ausentismo laboral de los em -

* Es decir, casi el 3% del presupuesto del IMSS, en el mismo año de 1976, que fue de 35 000 millones de pesos (Memoria - Institucional 1977. IMSS).

** Ojeda González Abelardo (Coord); Informe preliminar sobre las causas del ausentismo laboral de los empleados del IMSS. Jefatura de Servicios de Personal. Departamento de Desarrollo. Unidad de Investigación IMSS. México, Octubre, 1976, - M.S. 53 pp. En dicho informe se basó la integración del último capítulo de este trabajo, sobre "El IMSS, su organización general y su estructura de poder".

pleados del IMSS con las variables ya sugeridas. La oportunidad se presentó en 1978, cuando recibí el encargo de estudiar las causas del ausentismo laboral de las auxiliares de enfermería del Hospital de Convalecencia, en el Centro Médico Nacional del IMSS. Esta encuesta, a pesar de sus limitaciones documentales, me permitió penetrar en una forma exploratoria, pero con resultados nada desdeñables, en ese microcosmos, de rigor autoritario cotidiano, que enmarca las relaciones de explotación y opresión en que se encuentran las empleadas del IMSS, en particular las auxiliares de enfermería, que representan cualitativa y cuantitativamente un sector básico de la mano de obra asalariada, que contribuye con su esfuerzo, de modo fundamental, al funcionamiento de los servicios médico-sociales del país.

Para la metodología de esta investigación no encontré un modelo único, apropiado, del cual echar mano para facilitar la recopilación, la clasificación, el análisis y la interpretación de los datos; me fue necesario elaborar mi propio modelo. Para ello revisé una bibliografía muy heterogénea, de modo que usé elementos teóricos de sociología del trabajo, sociología política, teoría de la organización, sociología industrial, administración de empresas y administración de personal y, de dichas referencias, llevándome la misma consulta de la mano, extraje las técnicas de investigación apropiadas.

Debo añadir algo importante en cuanto a la determinación de la muestra. En el IMSS, en sus unidades médicas particularmente, las normas de organización y funcionamiento que determinan la actividad de los servicios de enfermería poseen un alto grado de homogeneidad; los contratos colectivos de trabajo y los manuales de procedimiento de unidades hospitalarias de carácter nacional y regional uniforman, en alto grado, la organización y las relaciones laborales de dichos servicios. De ahí que sea posible caracterizar la situación laboral de las auxiliares de enfermería de todo el Hospital de Convalecencia, a partir de un segmento reducido de dicho personal; de ahí, también, que sea posible afirmar que, detalles más o menos, la situación descrita de trato -

despótico y sobreexplotación de las auxiliares de enfermería es la misma (que se presenta) en las demás unidades hospitalarias del IMSS en todo el país, con el agravante de que la mano de obra femenina, dedicada a labores auxiliares de enfermería, recibe un trato peor en las unidades hospitalarias de provincia, donde las pautas culturales masculinistas, el despotismo de los funcionarios médicos y la escasez de fuentes de trabajo para las mujeres, agravan las condiciones laborales del personal auxiliar de enfermería.

Por esas razones afirmo que, aquí, en esta investigación, se estudiaron las condiciones laborales -así, en forma genérica- de las auxiliares de enfermería del Seguro Social. Pero no dejo de advertir que las trabajadoras mencionadas en el informe fueron, en particular, víctimas de una gran injusticia, a saber: el cambio brusco, violento, arbitrario, de sus condiciones de trabajo, sin que sus representantes sindicales o los funcionarios médicos del IMSS manifestasen la menor consideración al respecto, a no ser una curiosidad como de probeta o laboratorio experimental - para manipular, en caso de requerirse, los posibles brotes de descontento.

El informe en que se basa mi estudio no fue recibido ni aceptado por los funcionarios de Personal del IMSS para el propósito de promover programas de desarrollo de personal; quizá la descripción de los métodos de dirección, las condiciones de trabajo de las auxiliares de enfermería y las conclusiones del estudio, resultaron poco idóneas para los fines políticos de quienes, en esa época, dirigían la Jefatura de Personal del IMSS.

El estudio se fundamentó en la documentación disponible. La información general es escasa en esta materia, y se maneja, cuando se cuenta con ella, con singular confidencialidad. Por lo mismo, esta clase de informes siempre tropieza con extremas dificultades para obtener la documentación que, en términos teóricos académicos o imaginativos, debería emplearse. La amplitud relativa de la documentación lograda, por lo mismo, se debe más al interés

del autor y a su acceso circunstancial a la información, que a un ambiente propicio para la investigación sociológica laboral que, hasta 1978, no existía propiamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social sino como excepción.

Manera de aclaración metodológica, resulta indispensable precisar los alcances de esta investigación.

En principio, no hay en ella pretensiones de agotar el tema; por el contrario, tiene las características de un diseño experimental, es decir, que, dado su carácter exploratorio, se plantean preguntas generales con el fin de conocer los fenómenos, y su "finalidad es obtener familiaridad con fenómenos nuevos... con el fin de formular... problemas de investigación más específicos" (Covo: 59). Finalmente, como todo diseño, la investigación se planteó, desde sus inicios, contribuir a la elaboración de un modelo que permitiera estudios más sistemáticos y con procedimientos menos costosos, aplicables a las categorías laborales más importantes de la fuerza de trabajo del IMSS.

En las tareas de documentación y apoyo administrativo para el informe que sirvió de base a esta investigación conté con la colaboración entusiasta de la enfermera especialista Victoria Barrera Parada, la secretaria Concepción Herrero Gracidas y el Ing. Eugenio Jara Rodríguez. En este mismo sentido me ayudó el sociólogo Jorge Hernández Pérez, pero con la solidaridad y el estímulo de la amistad.

Agradezco profundamente al Lic. Víctor Sánchez Sánchez, a la Lic. Lourdes Quintanilla y al Lic. Javier Aguilar su comprensión, orientación y apoyo para la presentación de esta tesis.

En la fase final de la elaboración de este trabajo, conté con el apoyo de Elena Briones Márquez, quien me acompañó con su afecto y siempre me alentó, además de realizar el arduo trabajo mecanográfico.

Abelardo Ojeda González
Marzo-Mayo 1987.

P O S T S C R I P T U M

A la pregunta de por qué no se incluyeron datos posteriores a 1978, se puede responder y explicar lo siguiente:

- 1o. A fines de mayo de 1979 presenté mi renuncia como funcionario y empleado del IMSS, lo que, por razones obvias, me impidió el acceso posterior a las diferentes fuentes de información sobre recursos humanos y, en particular, sobre las auxiliares de enfermería. Ya se han señalado en el prólogo las grandes dificultades que había -y aun hay- en el IMSS para recolectar este tipo de información desde el exterior.
- 2o. En mi condición de coordinador de investigaciones sobre el medio de trabajo, que contaba con el apoyo oficial para recibir información, debí enfrentar de todas maneras muchos obstáculos para la obtención de datos acerca de las auxiliares de enfermería. Tal como lo menciono en el capítulo sobre rotación de personal, esperé casi 4 meses, infructuosamente, para obtener datos sobre cambios de adscripción solicitados por las auxiliares de enfermería en el hospital de Convalecencia. La ineficiencia y el patrimonialismo de los funcionarios del IMSS (que viven su área de poder y decisión como feudo inaccesible) impiden hasta la fecha elaborar estudios ampliamente documentados sobre la materia que se menciona, salvo que se cuente con el apoyo de las más altas autoridades, recurso que, con frecuencia, tampoco representa aval suficiente.

Abelardo Ojeda González

Marzo- Mayo 1987.

I N T R O D U C C I O N

Si bien el estudio se refiere al comportamiento laboral de las auxiliares de enfermería, se consideró interesante como definición del problema de estudio- ubicar sucintamente a la institución en la que prestan sus servicios, y al área institucional y la unidad de trabajo en que los desempeñan. De ahí que el capítulo de 'Antecedentes', en la primera parte, menciona al Instituto Mexicano del Seguro Social, sus fundamentos jurídicos, su potencia presupuestal, el análisis somero de su población derechohabiente protegida y del personal que atiende a esta población, y la composición por centros de trabajo, distribución geográfica, por áreas de servicio y por sexo de la fuerza laboral que sirve al Instituto, la cual es representada en cifras para destacar la relevancia de la fuerza de trabajo femenina y, dentro de tal estrato, la de las auxiliares de enfermería.

Asimismo, la primera parte del capítulo amplía la información institucional sobre los servicios médicos, la unidad médica estudiada y los servicios paramédicos, y aborda, a continuación, la trascendencia del estudio refiriéndose a su justificación y, con mayores detalles, a la importancia de la fuerza de trabajo femenina en el Instituto, en particular de las auxiliares de enfermería por su número y calidad en el servicio de atención médica-hospitalaria.

La segunda parte del capítulo, relacionada con las orientaciones metodológicas, enfatiza el papel de las hipótesis centrales para emprender la investigación, al poner en relación variables independientes como moral de trabajo, participación (del trabajador) y actitud paternalista-autoritaria (de los funcionarios), con la variable dependiente de ausentismo. A continuación se alude a las hipótesis de trabajo, obtenidas a través de entrevistas abiertas, a directivos y empleadas, en una fase preliminar.

Inmediatamente, se mencionan las técnicas de investigación aplicadas en el estudio, con énfasis en las técnicas de muestreo de no probabilidad, la consulta documental, la entrevista y la estadís-

tica, explicación que se complementa con la relación de los pasos cumplidos en el proceso de la investigación.

La tercera y última parte del capítulo, que se ocupa del esquema teórico-conceptual, menciona los trabajos previos efectuados en el IMSS por el autor desde 1974, y sus primeros hallazgos conceptuales relativos al tema, los cuales se remiten a la sociología del trabajo y de las organizaciones. Finalmente, se presentan referencias sistemáticas a los conceptos clave para el estudio del tema: la moral de trabajo, la participación y el ausentismo en general, y (por sus modalidades) el ausentismo femenino.

En la referencia al ausentismo, se distinguen tres tipos -por enfermedad, por accidente y por faltas injustificadas-, y se elige éste para vincularlo con el concepto moral de trabajo y ampliar su explicación bajo la definición de ausentismo voluntario.

En el segundo capítulo, se expone la definición de ausentismo voluntario en forma operativa, se enuncian sus características, y se explican las variables captadas en las cédulas de entrevista y en los registros de personal (edad, estado civil, antigüedad, turno, estudios realizados, hijos menores de 6 años, ayuda doméstica, licencias y faltas injustificadas); a continuación, en cuadros estadísticos se combinan los datos de ambas fuentes y se esbozan analíticamente explicaciones en función de datos comparativos de 3 años (1975, 1977 y 1978).

En el capítulo III, a partir de las técnicas de análisis del trabajo y del marco jurídico del Contrato Colectivo de Trabajo, se describen las actividades de la auxiliar de enfermería "A", expresadas en responsabilidades y obligaciones, es decir, se responde a la pregunta ¿qué hace la Auxiliar de Enfermería "A"? y se revisa, críticamente, la "Guía de actividades" que oficialmente regula las actividades de la categoría laboral estudiada. Para corroborar el cumplimiento de las normas enunciadas, se efectuó un sondeo entre auxiliares de enfermería, en el cual, adicionalmente, se explora el conocimiento que las entrevistadas tienen acerca de

cláusulas contractuales y reglamentos relativos a sus responsabilidades y obligaciones.

En el capítulo IV, se estudia la productividad de la auxiliar de enfermería en el Hospital de Convalecencia y, al efecto, se considera el índice del Grupo Asesor de Enfermería, orientado por los criterios de la Organización Mundial de la Salud, a fin de confrontarlo con los niveles de productividad de la categoría estudiada en dicha unidad médica. El cotejo respectivo se respalda con un análisis estadístico y referencias sistemáticas a la distribución de personal por turno y sus niveles de productividad. Finalmente, se mencionan los problemas de aprovisionamiento de personal (a través de Bolsa de Trabajo) y cargas de trabajo como posibles coadyuvantes del ausentismo.

En el capítulo V, que se refiere a las presiones laborales sufridas por las auxiliares de enfermería, se acude a los conceptos de stress y a agentes stresantes para comprender su estado de ánimo, sus conflictos psicológicos y el ambiente de trabajo propiciado; se enumeran las respuestas de los funcionarios del Hospital y las auxiliares de enfermería, y se relacionan aquellos conceptos y estas respuestas para explicar las presiones laborales mencionadas. Posteriormente, se señalan las responsabilidades en el hogar y el cuidado de los hijos, vinculadas asimismo con la actitud laboral femenina, y se anota la importancia de crear la prestación social de las guarderías infantiles para las trabajadoras del servicio nocturno. Un cuadro estadístico y una gráfica sobre defunciones y tasas de mortalidad apuntalan como documentación la referencia a las presiones laborales experimentadas por las auxiliares de enfermería.

En el capítulo VI, se establece la importancia de los descontentos, las quejas y los agravios como índices de estabilidad organizacional, y se relacionan éstos con el trato que los directivos del hospital estudiado otorgan a las auxiliares de enfermería. De inmediato, se abordan procedimientos de administración de per

sonal, como la rotación interna que puede ser de dos tipos (forzosa y voluntaria), eligiéndose esta última -a través del cambio de adscripción- como índice de movilidad horizontal de las trabajadoras investigadas.

La organización del hospital es el objeto del capítulo VII, la cual -según se explica- no puede caracterizarse separándola de su contexto macroorganizacional, que comprende los niveles superiores de decisión. A continuación, se plantea como indispensable analizar la organización de la unidad médica estudiada a través de dos indicadores: el manual de organización y el organograma, enfatizándose el empleo de éste para señalar "los niveles de delegación de autoridad" y "la unidad de mando dentro de la organización", mediante su comparación con las condiciones reales de organización que presenta el hospital. El capítulo concluye con la confrontación de dos estilos de mando (la teoría X y la teoría Y) con las opiniones del personal directivo del hospital acerca del personal operativo, y de las auxiliares acerca de los directivos, lo cual se propone caracterizar el estilo de mando predominante en la unidad médica estudiada.

Definido en el capítulo anterior el estilo de mando que se practica en el Hospital de Convalecencia, el capítulo VIII se consagra a explicar, en un contexto macroorganizacional, las fuentes de los estilos de mando de los funcionarios del IMSS. Para responder a dicha preocupación, se siguen las orientaciones de la sociología del trabajo y de la organización para analizar la estructura de poder del IMSS, lo cual se propone a través del estudio de la alta jerarquía del Instituto, que es el nivel "donde se toman las grandes decisiones que afectan a la organización y su funcionamiento". Así, se emprende el análisis de los estilos de mando de los sectores que integran la Asamblea General y el Consejo Técnico del IMSS, lo cual es acompañado con el análisis respectivo de la burocracia que dirige el Sindicato de los empleados del propio IMSS; de esta manera, las representaciones del Ejecutivo Federal, de las organizaciones patronales, de las organizaciones de trabajadores y del Sindicato de los emplea

dos del IMSS, son los objetos de estudio del último capítulo.

I. ANTECEDENTES.

"... el tradicional interés por la mejora de los niveles técnicos de los hospitales comienza a conjugarse con la preocupación por los aspectos humanos de dichas instituciones... La constante tensión entre el personal médico y la administración del hospital lleva a preguntarse si será posible una administración más tranquila. Pero es quizás la situación de las enfermeras lo que ha causado más problemas en los hospitales y a donde se ha dirigido la mayor parte de las investigaciones.

COE, M. Rodney: Sociología de la Medicina. Alianza Universidad. Madrid, 1973, p. 31.

A. DEFINICION DEL PROBLEMA.

1. El Objeto de Estudio.

1.1 El Instituto Mexicano del Seguro Social

Como instrumento de política social del Estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social se establece en base a la ley respectiva del 19 de enero de 1943. La Ley del Seguro Social señala como atribución al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): "Garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios necesarios para el bienestar individual y colectivo (Artículo 2)"; además, le confiere al IMSS las facultades de "administrar las diversas ramas del Seguro Social" y "establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de convalecencia (1) y vacacionales..." (Artículo 240) (2).

En 1977, el IMSS contaba con un presupuesto de 47 000 millones de pesos, ocupando el cuarto lugar en la administración paraestatal del Estado mexicano, en cuanto a fuerza presupuestaria se refiere, sólo superado por organismos descentralizados como Petróleos Mexicanos y la Comisión Federal de Electricidad.

En dicho año, el IMSS protegía a un total de 10 824 985 derechohabientes permanentes, de los cuales pertenecían al ámbito urbano 9 662 189 y al campo 982 391, es decir, que un 90% de sus afiliados se encontraban en las ciudades, y se localizaban, por orden de importancia, predominantemente en empresas de la industria de transformación y servicios, y, secundariamente, en servicios de electricidad, agua y sanidad o en unidades de transporte, almacenamiento y comunicaciones; un sector minoritario de derechohabientes -10%- se ocupaba en agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (3).

Como lo han apuntado los especialistas de la seguridad social mexicana, el servicio del Seguro Social es proporcionado... "únicamente a aquel sector de la población que tiene la capacidad económica para contribuir al financiamiento de dicho servicio, que-

dando a un lado del mismo el sector mayoritario de la población" (4); en efecto, en 1977 el IMSS contaba con 4 553 817 asegurados, frente a una población económicamente activa de 18 465 969 trabajadores, es decir, que sólo aseguraba al 25% del total (5).

Para proporcionar los servicios de seguridad social a 20 millones de derechohabientes (asegurados y sus familiares), el IMSS contaba en 1977 con 126 000 empleados que operaban los servicios a través de la red de recursos físicos del Instituto destinada al efecto: 1 386 unidades médicas, 144 centros de seguridad social, 72 teatros, 2 velatorios, 12 unidades habitacionales, 1 centro vacacional y 54 guarderías (6).

En 1976, en el IMSS laboraban un total de 112 158 personas, de las cuales 65 481 eran mujeres (58.3%). En los servicios médicos del IMSS a nivel nacional, el número de trabajadores alcanzó la cifra de 82 760, de los cuales 53 940 (65.2%) eran mujeres; en los servicios médicos del IMSS en el Distrito Federal y Valle de México, había 33 610 empleados, de los cuales 21 950 eran mujeres (65.3%). Estos porcentajes revelan la importancia que tiene el estudio de la mano de obra femenina por sus características sociales y culturales específicas, y de manera muy especial aquella que opera en los servicios médicos del Instituto (7).

Si se prosigue el análisis del personal de los servicios médicos del Instituto, en 1976, a nivel nacional, se dispone de las siguientes cifras. El grupo estrictamente médico comprende 11 868 personas, y el número de enfermeras profesionales alcanza 10 986 empleadas; pero la cifra más alta la tenemos entre las auxiliares de enfermería: 17 186 trabajadoras. Este personal, por su importancia en el servicio de atención hospitalaria, y por ser el más numeroso de los servicios médicos, debe ser materia de especial atención, razón por la cual la investigación se abocó a efectuar un estudio preliminar de las auxiliares de enfermería(8).

1.2 Los servicios médicos del IMSS.

La asignación presupuestal del IMSS al área médica, en 1977, fue de 25 000 millones de pesos o sea el 53% del presupuesto total (9). El órgano central del IMSS destinado al gobierno, administración, control y coordinación de sus prestaciones médicas, es la Subdirección General Médica, que opera sus servicios respectivos a través de tres jefaturas: de Planeación y Supervisión de los Servicios Médicos, de Servicios Médicos del D. F. y Valle de México, y de Servicios Médicos Foráneos, que son los principales órganos básicos de dicha Subdirección (10).

En 1971 funcionaban en el país 299 hospitales directos del IMSS. En cuanto a concentración de recursos hospitalarios, dichas unidades representaban ya en ese año "el 15% del total de camas que hay en México" (11).

El Centro Médico Nacional del IMSS, ubicado en la Ciudad de México, se funda en 1961. Es un conjunto de instalaciones que incluye servicios hospitalarios, docentes, de adiestramiento y de investigación: se trata de servicios altamente especializados, con personal capacitado, y con el equipo y los recursos científicos y técnicos más avanzados. Entre dichas instalaciones, sobresalen siete hospitales: General, Pediatría, Traumatología, Gineco-Obstetricia, enfermedades del Tórax, Oncología, y Convalecencia (12).

1.3 El Hospital de Convalecencia.

El Hospital de Convalecencia, fundado el 15 de marzo de 1963, corresponde a una nueva concepción en el tratamiento de ese período evolutivo del paciente: se busca situar al enfermo restablecido en un ambiente de optimismo en el que las medidas dietéticas, recreativas y de ejercicio puedan ser eficaces. En 1971, el hospital contaba con 160 camas, de las cuales 78 eran para pacientes adultos del sexo masculino, 50 para los del sexo femenino y 32 para menores. Las camas ocupaban tres de los cuatro pisos destinados a enfermos; la planta baja estaba (y continúa) dedicada a oficinas de gobierno interno del hospital. A diferencia de otros hospitales, la unidad no cuenta -por no ser necesarios- con grandes equipos médicos, quirófanos, servicios complementarios, archivo clínico. En cambio, las salas de día amplias, aula, biblioteca, salón de juegos, comedor público (al que acuden directamente los enfermos en su inmensa mayoría), influyen una adaptación ocupacional familiar y social con mayor docilidad (13).

Convalecer significa, etimológicamente, recobrar las fuerzas. Puede definirse la convalecencia como "el período que prosigue a cualquier estado, agudo o crónico, mental o físico, durante el cual el paciente tiene la oportunidad y auxilio para hacer los reajustes físicos y emocionales necesarios que lo prepararán para su retorno a la comunidad (14).

Los pacientes que ingresan al Hospital de Convalecencia del Centro Médico Nacional son los que se encuentran en etapa intermedia, de cuidado propio y custodial. Se encuentran en etapa intermedia, los pacientes que han pasado el período de gravedad y comienzan a participar en su propia atención. Los de cuidado propio son pacientes ambulantes que, aunque en menor grado, todavía requieren cuidado médico y de enfermería, van a la sala de día a hacer terapia recreativa bajo la dirección de las promotoras y bajan al comedor. Los pacientes en etapa custodial sólo requieren la atención mínima y que puede darse en su domicilio, pero por problemas sociales o económicos no pueden ser dados de alta (15).

Como período que es, la convalecencia amerita un cuidado específico. En el programa moderno de asistencia médica, a la convalecencia cabe "recibir al paciente tan pronto ya no necesite los servicios obligados durante el período agudo de la enfermedad". El Hospital de Convalecencia "ha de proyectarse de manera que la escasa energía del paciente se emplee tan sólo en actividades constructivas. Rodeado de tranquilidad, ha de aislarse hasta donde sea posible del ruido, debe comprender un espacio adecuado, - ha de albergar salas no comunes a otros hospitales - de ocupaciones como leer o escribir, de juegos, auditorio para música-; ha de contar con aire libre y sol. Encaja dentro de un grupo de instalaciones complementarias, establecimientos de atención médica especiales para recuperación y reposo" (16).

Una función fundamental del hospital de Convalecencia es "colaborar con los otros hospitales del Centro Médico Nacional para aumentar su capacidad de atención a enfermos agudos, admitiendo a los pacientes que pasada esa fase, precisen seguir hospitalizados" (17). Por ejemplo, "del Hospital General, los servicios que alimentan mayormente al de Convalecencia se refieren a Gastroenterología, Cardiología y Urología" (18).

Finalmente, procede recordar que "por no ser indispensable para su funcionamiento", el Hospital de Convalecencia "carece de equipo hospitalario habitual, ni quirófanos ni instalaciones centrales de aspiración y oxígeno, ni servicios complementarios, ni archivo clínico propio, compaginan con su organización" (19).

1.4 Los Servicios Paramédicos de Enfermería del IMSS.

De los servicios paramédicos -que contribuyen a mejorar la atención otorgada por el médico-, por lo general asistidos por personas con preparación profesional o técnica, destacan los servicios de enfermería.

La enfermería profesional es una combinación armónica de ética y adquisiciones intelectuales, respuestas humanas, actitudes y destrezas manuales y mentales, basadas en los principios de la medicina científica y aplicadas a la conservación de la salud integral del individuo y de la sociedad; "la función primordial de la enfermera no es más que el cuidado directo del paciente y las actividades relacionadas con ese cuidado" (20).

En 1956, en el 'Esquema de Organización del Personal Médico de los Sanatorios del IMSS', aparecen estipuladas las funciones y las obligaciones de las enfermeras encargadas de servicios de salas. En 1958, resultan 5 147 las enfermeras que laboran para el Instituto. Al inaugurarse en 1961 el Centro Médico Nacional, el servicio de enfermería estatuye turnos rotativos con velada diaria para quienes sirven en turno nocturno; después de seis meses, las veladas se hace terciadas con jornada acumulada. En 1962, sirven al Instituto 5 256 enfermeras. A partir de 1966, existe la Jefatura General de Enfermeras a las órdenes de la Jefatura de los Servicios Médicos. En 1968 se publica el 'Manual Básico de Procedimientos Técnico-Administrativos de Enfermería', con la mira fundamental de elevar el nivel profesional de los servicios. En 1969, laboran para el IMSS en el ramo de enfermería, a saber 15 607 personas de las cuales 10 238 son auxiliares. En 1971, el Instituto cuenta con 12 227 auxiliares de enfermería (21).

En 1971, una publicación oficial del IMSS señala lo que, para los directivos médicos, debe ser el perfil de personalidad laboral de la enfermera. En tanto se refiere a una expectativa masculina que, como pauta cultural, determina la actitud de los funcionarios médicos del IMSS acerca de lo que debe ser la conducta labo-

ral de la enfermera y -por extensión- de la auxiliar de enfermería, cabe señalar con detalle dicha expectativa, ya que representa un modelo a través del cual se mide la actitud de la auxiliar de enfermería en el propio servicio médico del IMSS y el cual condiciona las exigencias de los funcionarios (y funcionarias) de las unidades médicas respecto de lo que debe ser la actitud y desempeño laborales de la auxiliar de enfermería.

Dice la publicación mencionada (22): "La enfermería debe ser una vocación natural, firme, bien orientada: en la naturaleza misma de la enfermera no cabe sino un gran espíritu de servicio. Cualidades en ella: una exquisita sensibilidad, compasión, humanismo y ternura, fortaleza de espíritu, abnegación, renuncia voluntaria a muchas de sus propias comodidades y satisfacciones, heroísmo silencioso, energía y a la vez humildad, constancia y profunda apreciación del sufrimiento ajeno, dedicación, diligencia, discreción, madurez de carácter y serenidad ante las crisis, amabilidad y sutileza, dulzura y paciencia, rectitud y cordialidad... Ha de impartir -o esparcir- el calor humano que el enfermo precisa. Ha de ser soporte, unión, báculo, símbolo y esencia de fraternidad y comprensión".

2. Justificación e Importancia del Estudio.

Esta investigación se efectúa con el propósito de conocer las causas del ausentismo laboral de las auxiliares de enfermería y sus necesidades y aspiraciones laborales en una unidad médica del Instituto Mexicano del Seguro Social: el Hospital de Convalecencia del Centro Médico Nacional.

El objetivo de la investigación es fundamentar programas de desarrollo de personal. En este sentido, se plantea conocer las necesidades y aspiraciones de las auxiliares de enfermería, y sus relaciones con el personal de dirección, a fin de proponer, en su caso, los programas de desarrollo para empleadas de base y directivos, acordes con sus perspectivas de superación laboral (23).

El objetivo del estudio se planteó, desde el punto de vista psicosociológico laboral, en términos del concepto de moral de trabajo que, conforme a las teorías de Pigors y Myers, relaciona el ausentismo con la productividad, la rotación del personal, las quejas y los agravios de los empleados, y vincula dichas variables, en conexiones de causalidad, con los métodos, procedimientos y actitudes del personal que tiene a su cargo la dirección y el control de recursos humanos de la empresa o institución objeto de análisis (24).

3. La Fuerza de Trabajo Femenina. Su importancia en el IMSS.

Según datos del IX Censo General de Población realizado en 1970, un elevado porcentaje de la población económicamente activa del sexo femenino se concentra fundamentalmente en la rama de los servicios. De un total de 2'158 175, 1'057 700 eran mujeres (49%). Además, laboraban dentro de los servicios de asistencia médico-social un total de 168 252 personas, de las cuales 97 349 eran mujeres (57.9%). Estas cifras revelan la importancia de este sector en la rama de los servicios, pues agrupa el mayor porcentaje de mano de obra femenina (ver Cuadro Trabajadores en el Sector Servicios Anexo 4).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el año de 1976 laboraban un total de 112 158 personas, de las cuales 65 481 eran mujeres (58.3%). En los servicios médicos del IMSS a nivel nacional, el número de trabajadores alcanzó la cifra de 82 760, de los cuales 53 940 (65.2%) eran mujeres; en los servicios médicos del IMSS en el Distrito Federal y Valle de México, había 33 610 empleados, de los cuales 21 950 eran mujeres (65.3%).

Estos porcentajes revelan la importancia que tiene el estudio de la mano de obra femenina por sus características sociales y culturales específicas, y de manera muy especial aquella que labora en los servicios médicos del Instituto (ver Gráfica Personal del IMSS Distribución por Sexos. Anexo 1).

Siguiendo con el análisis del personal de los servicios médicos del Instituto, en el año de 1976 y a nivel nacional, tenemos las siguientes cifras. El grupo estrictamente médico comprende 11 868 personas, y la cifra de enfermeras profesionales alcanza 10 986; pero la cifra más alta la tenemos entre las auxiliares de enfermería: 17 186 personas. Este personal, por su importancia en el servicio de atención hospitalaria y por ser el más numeroso de los servicios médicos, debe ser objeto de especial atención, razón por la cual la investigación se abocó a efectuar un estudio preliminar de las auxiliares de enfermería (ver Cuadro y Gráfi -

cas sobre Distribución de algunas Categorías en los Servicios Médicos. Anexos 1 y 2).

Para el año de 1978, la fuerza de trabajo del Hospital de Convalecencia estaba constituida por 321 personas. De este total, 249 empleados (77.5%) correspondían a las áreas más directamente integradas al proceso de atención médica hospitalaria, y se distribuían de la siguiente manera: Enfermería 157 (48.9%), Intendencia 62 (19.3%), Trabajo social 21 (6.5%) y Medicina interna 9 (2.8%) (25) (Ver "Relaciones de categorías" de Personal. Julio 1978. Anexo 5).

De las 157 empleadas integrantes del área de enfermería, 98 son auxiliares (62.8%). Cabe aclarar que, sobre una muestra de estas últimas, se realizó la presente encuesta (Cuadro citado).

De las 98 auxiliares, fueron entrevistadas 17 (17.3% del total), correspondientes a los turnos matutino y nocturno (cuadro citado).

Dentro del matutino laboral 38 auxiliares, de las cuales se entrevistó a 11 (28.9%). De las auxiliares del nocturno, se entrevistó a 6 (19.3%) (Cuadro citado).

"Cualquiera que sea el campo de observación, el método del administrador de personal tiene determinadas características típicas. Como especialista en relaciones humanas, examina las estadísticas, no como meros records reales sino más bien como pistas para las circunstancias o actitudes que las han determinado. En esta forma, tiene implicación no tanto con lo que las estadísticas muestran directamente, como con lo que se muestra a través de ellas... y se encuentra con que frecuentemente puede avanzar más analizando las cifras para los subgrupos y para los individuos, que por la mera observación y examen de los totales generales".

Pigors P. y Ch. A. Myers:
La Administración de Personal,
pp. 187-188.

B. ORIENTACIONES METODOLOGICAS.

1. Hipótesis.

En términos de teoría del conocimiento (26), antes que los antecedentes teóricos y conceptuales, hemos considerado, con la mayor amplitud, las opiniones de empleados y directivos del hospital estudiado, a fin de elaborar las hipótesis, particularmente las hipótesis de trabajo.

De esta manera, podemos precisar que, sobre las primeras búsquedas teóricas, conceptuales y de encuestas anteriores, se pudo gestar un primer informe y, en base a tales esfuerzos, elaboramos las hipótesis centrales.

Por otra parte, con fundamento en las entrevistas exploratorias a empleados y directivos, elaboramos una relación extensa de hipótesis de trabajo. Para el enfoque teórico de la investigación, se partió de las hipótesis centrales siguientes, basadas en las investigaciones de los especialistas y que, en parte, ya ha confirmado el autor de este trabajo en un estudio del IMSS como organización:

- I) El ausentismo, como variable dependiente del concepto moral de trabajo, se determina por las posibilidades de participación del trabajador:
 - a) En el diseño y control del proceso de trabajo;
 - b) En los procesos de toma de decisiones de la empresa concebida como organización.

- II) El ausentismo laboral en el IMSS es una manifestación de rechazo del empleado a los estilos tradicionales de dirección y administración de personal, que se caracterizan por una actitud paternalista-autoritaria de los funcionarios que ignora las necesidades y aspiraciones del empleado (27).

En cuanto al papel orientador de las hipótesis, además de las anteriores, se planteó la necesidad de elaborar las siguientes hipótesis de trabajo, en base a las respuestas del personal directivo y auxiliar de enfermería:

1. La falta de planeación de los cambios operados recientemente en las especialidades, los tipos de pacientes y los sistemas de trabajo, es factor determinante de desorganización, descontrol y descontento entre el personal del Hospital de Convalecencia.
2. La desmedida delegación de funciones en el Administrador del Hospital, por parte del Director anterior, es causa de exceso de responsabilidades en manos del mismo Administrador y, en consecuencia, razón de los resentimiento que constantemente manifiesta el personal en su contra.
3. El personal directivo de la unidad hospitalaria no es el causante principal de la insatisfacción laboral del personal que se manifiesta a través del ausentismo.
4. La insuficiencia del personal es causa de que el personal directivo intermedio y el de supervisión asuman actitudes exigentes y severas, llegando a los malos tratos y provocando insatisfacción en el personal.
5. Por la naturaleza del servicio, por la insuficiencia del personal y por el consecuente exceso en las cargas de trabajo, la mayor repercusión de los cambios de funciones operadas en el Hospital se siente entre el personal de enfermería, particularmente entre las auxiliares.
6. Entre las Auxiliares de Enfermería el cambio de la atención de pacientes de cuidados intermedios a críticos, y el incremento notorio de fallecimientos es causa de stress y, en consecuencia, de ausentismo para aliviarlo.
7. El ausentismo de las auxiliares de enfermería es causado por exceso en las cargas de trabajo.
8. Entre las Auxiliares de Enfermería, el desempeño de actividades ajenas al puesto es causa de insatisfacción laboral y ausentismo.

9. La falta de participación de las auxiliares de enfermería - en la evaluación de los sistemas de trabajo, es causa de - insatisfacción laboral.
10. Las dificultades para la atención del hogar, particularmente en el cuidado de los hijos menores de 6 años, son causa de ausentismo, especialmente en el turno nocturno.
11. La carencia de equipo y material adecuado para las nuevas - especialidades y los nuevos tipos de pacientes es causa de un incremento de la insatisfacción y el ausentismo.
12. La escasa participación de los empleados en la vida sindical (asistencia a asambleas y toma de decisiones en asuntos gremiales), es determinante en la elección de delegados sindicales que no cuentan con ascendiente entre el personal, carecen de legitimidad y no poseen capacidad para orientar en la solución de los problemas laborales al personal.
13. La carencia de legitimación mayoritaria en la representación sindical es causante del recargo de quejas de los empleados ante el personal directivo del Hospital, y de que se le distraiga ampliamente de sus funciones institucionales.
14. En el caso de haber sufrido stress, a causa de los cambios laborales mencionados, las respuestas defensiva y adaptativa (homeostáticas) de las auxiliares de enfermería se expresan a través del ausentismo, la falta injustificada y la licencia sin sueldo.

2. Técnicas de Investigación.

Para garantizar la objetividad de la investigación, se consultaron las encuestas efectuadas en el pasado reciente acerca del grupo en estudio. Asimismo, se consultaron los manuales y normas relativos a los sistemas y procedimientos administrativos y técnicos que regulan las actividades del grupo en estudio. En términos de comparación, cuando el caso lo requería, se hicieron las referencias necesarias al Contrato Colectivo de Trabajo; se cotejaron las condiciones de trabajo de las auxiliares de enfermería con las de otras categorías laborales de las unidades médicas del IMSS para comprender mejor las necesidades y aspiraciones del grupo en estudio.

Muestreo

Se emplearon las técnicas de muestreo más acordes al carácter exploratorio y preliminar del estudio; técnicas de muestreo de no-probabilidad (muestreo intencionado y muestreo por cuota), combinadas con principios de muestreo de probabilidad (muestreo agrupado o multi-etapas y muestreo estratificado al azar). "sin apelar al análisis matemático" (28).

Después de ubicar la importancia de la fuerza de trabajo femenina en el sector servicios a escala nacional, y establecer su distribución en subgrupos por sexos, se dejó en claro que, aun cuando las mujeres representan en dicho sector el 49%, el desglose por áreas de servicio permitió establecer que, en la subpoblación de "Servicios de Asistencia Médico Social", ellas representan el 58% (29).

Escogido el caso de los recursos humanos en el IMSS, el censo interno respectivo ayudó a determinar que, en la distribución de esta población por sexos, a la subpoblación femenina corresponde asimismo el 58% del total (30).

Un nuevo análisis, también por sexos, en relación con la fuerza

de trabajo nacional de los servicios médicos en el sistema IMSS (31), ofrece un aumento de la importancia relativa de la subpoblación femenina, que se eleva al 65% del personal.

Al investigarse los recursos humanos dentro del Hospital de Convalecencia, dicho segmento adquiere mayor significación pues representa el 75% de la fuerza de trabajo (32).

Hasta aquí, "los procedimientos analíticos en el manejo de los datos" coadyuvan a precisar la importancia de la fuerza de trabajo femenina en los "servicios de asistencia médico social" y, en especial, en el IMSS (donde los servicios médicos se integran con servicios sociales, administrativos y técnicos, los cuales, en términos institucionales, resultan menos relevantes) (33).

Ahora bien, la observación directa del funcionamiento de las unidades médicas del IMSS y el estudio de su documentación normativa laboral permiten aseverar que los servicios médicos del IMSS y, en particular, los de enfermería a nivel nacional, se organizan con un alto grado de homogeneidad, ya que uniforman, mediante la reglamentación de las unidades médicas, hasta la minuciosidad, las actividades de enfermería (34).

El estudio de la documentación normativa y el análisis de las estadísticas aportan elementos de un muestreo intencionado, es decir, un "buen juicio y una estrategia adecuada" para obtener muestras satisfactorias en relación con las necesidades del asunto a investigar.

En el muestreo por cuota, aplicado también en nuestra investigación, dividimos la población del hospital estudiado en varios estratos (35). Localizado el personal femenino del hospital (75%), que correspondía a 241 elementos, dentro de un total de 321, referente a toda la fuerza de trabajo de dicha unidad médica, el análisis permitió ubicar en términos relativos a la de enfermería dentro de la femenina, correspondiéndole el 65%.

Un nuevo desglosamiento para discernir entre las categorías de enfermeras y auxiliares de enfermería del mismo hospital, demuestran que éstas -98 auxiliares- representaban el 62% del personal de enfermería (36).

Finalmente, mediante la revisión de los datos registrados en tarjetas de kardex electrónico en los archivos del propio hospital, se seleccionó a 20 auxiliares de enfermería (20% de las del hospital), a quienes se escogió de la siguiente forma: 10 más ausentistas y 10 menos ausentistas, correspondiendo 6 y 6 al turno matutino, y 4 y 4 al nocturno, de las cuales en las fechas de las entrevistas sólo se pudo encontrar y entrevistar a 17.

Investigación documental y entrevista

Los casos a estudiar se abordaron con las técnicas de investigación documental y estadística en archivos de personal, y mediante la de entrevista, a través de cuestionarios abiertos, procurando cierto grado de estructuración elemental en los conjuntos de respuestas, a fin de obtener fluidez en las concentraciones y tabulaciones de datos para facilitar el análisis y la interpretación finales.

Estadística y Fuentes de Consulta

Se consultaron los archivos locales de personal de la unidad hospitalaria, con particular referencia las listas y roles de distribución de personal por turno, área y servicio. Esta información se complementó con la de tarjetas individuales de kardex electrónico y las relaciones de mano de obra por categorías.

Las estadísticas de rotación interna de personal se consultaron en los listados de solicitudes de cambio de adscripción en la Oficina de Bolsa de Trabajo del Departamento de Selección de Personal del IMSS; en dicha unidad, se consultaron, asimismo, las estadísticas de vacantes no cubiertas, a fin de explicar las posibles causas en materia de productividad y ausentismo. Además, otras estadísticas globales, relacionadas con el estudio, se consultaron en el Departamento de Control y Análisis de Cifras de -

la Jefatura de Servicios de Personal del IMSS.

Carácter de la Encuesta

La encuesta se efectuó con un carácter exploratorio y se concentró, fundamentalmente, en el estudio del ausentismo laboral de las auxiliares de enfermería. Antes de entrevistar a las auxiliares, se entrevistó a los miembros del cuerpo de gobierno del Hospital de Convalecencia.

Las hipótesis centrales orientaron, temáticamente, el contenido de las entrevistas a directivos, a pesar del carácter exploratorio e informal de las mismas.

Los pasos a seguir en el proceso de la investigación fueron los siguientes:

- A. Elaboración de un grupo amplio de hipótesis de trabajo (que consideraron las respuestas de las auxiliares de enfermería entrevistadas en la fase inicial.
- B. Plan para solicitar las estadísticas de ausentismo:
 - a) Muestra del ausentismo de 20 Auxiliares de Enfermería: 10 más ausentistas y 10 menos ausentistas, correspondiendo 6 y 6 al turno Matutino, 4 y 4 al Nocturno.
 - b) Cronológicamente, los datos abarcaron 1975 y 1977, además de los datos definidos como antigüedad y vida laboral.
 - c) Los datos registrados en tarjetas de kárdex electrónico sirvieron de base para la información de la muestra, en particular para obtener los datos de las Auxiliares de Enfermería sobre faltas injustificadas, incapacidades, licencias sin sueldo, licencias con sueldo y comisiones, habiéndose empleado para las concentraciones y análisis estadísticos exclusivamente los datos de antigüedad, faltas injustificadas.

das y licencias sin sueldo.

- C. Diseño de la cédula de entrevista para Auxiliares de Enfermería, que comprendió los siguientes aspectos:
 - a) Identificación; b) Escolaridad; c) Maternidad; d) Jornada de trabajo; e) Transporte; f) Actividades del Hogar; g) Observaciones.
- D. Plan para la recolección y análisis de normas de enfermería (manuales, guías y análisis de puestos) para el estudio de actividades laborales de las Auxiliares de Enfermería mediante las técnicas administrativas de análisis del trabajo, y de procedimientos.
- E. Plan para recopilar y analizar los criterios e indicadores de productividad del personal Auxiliar de Enfermería.
- F. Plan para la recolección y análisis de datos de rotación interna de personal; cambio de adscripción, cambios de turno y permutas.
- G. Plan para la recolección y análisis de estadísticas generales de la mano de obra femenina, en particular la que opera en el área de enfermería de las unidades médicas del IMSS y, en detalle, la que se ocupa en labores auxiliares de enfermería.

C. ESQUEMA TEORICO-CONCEPTUAL.

1. Aproximaciones al tema.

En 1974, al emprender el "Estudio del Medio de Trabajo en Almacenes del IMSS" (37) que se presentó a manera de informe provisional, propuse, por vez primera, con la cautela de una hipótesis de trabajo, que "el ausentismo de los empleados (de dicha dependencia) era causado por autoritarismo de los funcionarios".

A partir de dicha hipótesis de trabajo, consulté encuestas elaboradas con anterioridad en el medio de trabajo del IMSS, y revisé una bibliografía muy amplia acerca del tema de la ideología autoritaria, particularmente en México. Primero quise explicarme el funcionamiento del IMSS como institución, y acudí a la información disponible sobre el funcionamiento de los organismos de seguridad social; en este sentido, me proponía localizar en lo inmediato, dentro del IMSS, las fuentes de la ideología autoritaria de los funcionarios.

Un autor especializado en el estudio de los seguros sociales (perteneciente a la Asociación Internacional de la Seguridad Social) señalaba que:

"...Todo esquema de seguridad social será ampliamente influenciado por todo el sistema de gobierno adoptado por un determinado país, incluyendo todas las formas y procedimientos institucionales de la vida pública y política"; y precisaba que

"...un esquema de la seguridad social y su administración reflejarán las características generales del sistema de gobierno adoptado..." (38).

Finalmente, el estudioso mencionado, al jerarquizar los factores determinantes en un "esquema de seguridad social", puntualizaba que:

"...el factor político representa el elemento del medio más importante por lo que se refiere a la seguridad social... el factor político es el que tiene que determinar a los demás; los factores demográficos, económicos, de estructura social o psicológicos, tienen que ser todos deportados al nivel político en que se toman las decisiones políticas" (39).

Esto me condujo a concentrar mi búsqueda de la ideología autoritaria en estudios del sistema político mexicano; sin embargo, - no me aparté de la sociología de trabajo. Con esta orientación me encontré que otro autor, al referirse a los "puntos de vista sobre el trabajo", opinaba que la actitud del trabajador reacciona "sobre su manera de cumplir sus tareas", y que dicha actitud "depende...de la estructura de la empresa, particularmente, de su modo de administración" (40).

Al tratar de definir el ámbito de la sociología del trabajo, y anotar la amplitud de los temas a tratar -problemas de mano de obra,...distribución del trabajo,...según los sexos,...el ausentismo,...la rotación del personal,...la productividad del trabajador- el mismo autor explicaba que "más que de una perspectiva, sería mejor hablar de un ángulo de visión, que podría llamarse el ángulo estructural" (41), y agrega "no olvidaremos que la organización de una empresa o sus relaciones humanas comprenden toda la empresa abordada con ciertas preocupaciones teóricas y prácticas, con ayuda de ciertos conceptos escogidos" (42).

Para Friedmann, en consecuencia, "la sociología de las organizaciones corresponde, pues, a uno de los enfoques privilegiados de las colectividades de trabajo", pues dicha disciplina ha generado trabajos importantes "sobre todo después de 1945" (43). En esa forma, agregaba Friedmann, una muy abundante bibliografía ha sido dedicada al examen comparado de las diversas estructuras de la empresa vertical-horizontal, centralizada, descentralizada, - democrática, autoritaria, con concepciones de dirección colegiada... y se han destacado los lazos recíprocos... entre el buen funcionamiento de la organización y la calidad de las relaciones humanas" (44).

En otro investigador de las organizaciones, conformé algunas ideas que ya se sugerían antes para el estudio del IMSS como organización. "No hay duda -señalaba dicho especialista- de que en el estado actual de la investigación organizacional se debe dar - mucho más énfasis que antes al estudio de la organización como

totalidad, al de su medio ambiente y al de los rasgos organizacionales de la sociedad total" (45). Y añadía en tono categórico: "...la principal tarea del teórico de la organización resulta ser el estudio empírico de la toma de decisiones de las organizaciones concretas".

"Desde un punto de vista psicológico, esto significa poner en claro de manera detallada qué tipo de decisiones se toman en cada parte de la organización, cuáles son las premisas en base a las cuales tales decisiones se adoptan y la manera en que estas premisas se encuentran influidas por otros centros de decisión y por la estructura organizacional total" (46).

El mismo autor sintetizaba así su propuesta, esclarecedora para mi investigación: "Se debería intentar la localización de los centros en que efectivamente son tomadas las decisiones más importantes de la organización y establecer el porqué..." (47).

Como lo explicaran ya algunos marxistas italianos, Marx en sus investigaciones sobre la sociedad capitalista -"no se ocupa de la división del trabajo en la esfera del trabajo improductivo", pero sí estudió "el concepto de dirección autoritaria... como una de las características de las formas capitalistas de cooperación..." (48). Sin embargo, dada la imposibilidad de hallar en la obra de Marx una fuente de inspiración directa, a manera de modelo, preferí seguir las sugerencias de otros autores basados en su obra y, en la mayor parte de las referencias, procuré partir de los estudios de autores que no se identifican con la obra de Marx.

Empero, no soslayé las referencias de Marx y Engels al código de fábrica. Ya el propio Engels, al estudiar el reglamento de algunas fábricas, había llegado a "distinguir la coordinación de las operaciones de la relación que subsiste entre las normas y la dirección autoritaria, mientras que el modo en que las normas son formuladas y hechas valer le había permitido afirmar que 'el industrial es el legislador absoluto. Crea el reglamen-

to de fábrica, como le plazca; cambia y hace agregados cuando quiere' " (49).

Tales referencias enriquecieron insospechadamente mi búsqueda, y en algunos casos me permitieron ahondar en el enorme significado de la legislación laboral y los reglamentos del IMSS como organización. De esta manera, pasé a ocuparme del estudio de la Ley Federal del Trabajo y de sus influencias en el contrato de trabajo de los empleados del IMSS, y en los reglamentos para el funcionamiento de sus hospitales.

En sólo 10 años, de 1968 a 1978, el IMSS pasó de 60,000 a 120,000 empleados. En este contexto, las afirmaciones del autor mencionado cobraron mayor significación, dado el contexto laboral del IMSS. "Con el engrandecimiento de la organización -señalaba el marxista italiano- se requieren normas de control cada vez más elaboradas, condicionadas al mismo tiempo por la estructura del proceso de trabajo social y por la propiedad ajena, respecto a la cual la dirección autoritaria adquiere relevancia sociológica" (50).

En tanto que el IMSS se rige como empresa, y orienta en ese sentido sus normas laborales respecto a sus propios empleados, resultaba importante analizar la Ley Federal del Trabajo y sus antecedentes históricos, y el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS con sus empleados.

En esta dirección de la consulta documental, resultó determinante considerar qué posibilidades jurídicas tenían los empleados del IMSS de participar en la elaboración de las normas y reglamentos que regulan las unidades médicas del IMSS.

El Artículo 422 de la Ley respectiva es enfático al referirse al asunto. El texto apunta lo siguiente: "Reglamento interior de trabajo es el conjunto de disposiciones obligatorias para trabajadores y patrones en el desarrollo de los trabajos en una empresa o establecimiento... No son materia del reglamento las nor

mas de orden técnico y administrativo que formulen directamente las empresas para la ejecución de los trabajos" (51).

En consecuencia con dicha legislación, el Contrato de Trabajo - (de las autoridades del IMSS con sus empleados, a través del sindicato respectivo) no deja lugar a dudas en cuanto a las limitaciones en la participación de los empleados para elaborar los - instructivos y normas de las unidades médicas del IMSS. El Artículo 10.5 del Contrato señala que: "Corresponde al Instituto expedir las reglas, instructivos y normas de orden técnico y administrativo a que se refiere el Artículo 422 de la Ley Federal del Trabajo, para la consecución de las finalidades que tiene encomendadas por la ley de la materia" (52).

Ya en 1973 un teórico de la organización daba cuenta, con la fría óptica del investigador, de las limitaciones a la participación del trabajador en una empresa moderna. "La división del trabajo -explicaba- es el más fundamental de los instrumentos - por los que la organización establece los límites de la libertad de decisión del individuo. Mediante la atribución a éste de una determinada tarea, consigue dirigir y limitar su atención a los problemas concernientes a la misma.

Por otra parte, el modo en que algunos problemas pueden ser tratados se encuentra también determinado en cierta medida por procedimientos standard que regulan con detalle los pasos a cubrir para su solución y dejan escaso margen para el esfuerzo y la decisión personal en consecuencia" (53).

El autoritarismo implícito en tal esquema teórico, no deja de conllevar sus profundas contradicciones en las mismas empresas modernas. Esto lo consigna una socióloga alemana, al ocuparse del estudio de los estilos de mando en las organizaciones. "El estilo de la dirección en una organización... -aclara la investigadora- repercute tanto sobre el comportamiento de los miembros concordantes con sus papeles como sobre sus actitudes. Por el camino de la reacción psíquica de los miembros, un estilo de

dirección determinado puede conducir a un cambio de actitud -aun cuando no ilimitado-, el cual puede tener lugar tanto en una dirección negativa como una dirección positiva. Los miembros reclutados voluntariamente y con una actitud completamente positiva, si son colocados bajo una disciplina demasiado rígida, bajo una dirección autoritaria o bajo medidas completamente arbitrarias, pueden perder rápidamente su entusiasmo inicial y cumplir sólo de mala gana las obligaciones que les imponen sus papeles..." (54).

Al indagar sobre la ideología autoritaria como causa de ausentismo laboral, desemboqué en el estudio del IMSS como organización, en particular, de su estructura de poder, la cual, por indicación teórica de V. Rys, al referirse a la sociología de la seguridad social, hubo de relacionar con estudios del autoritarismo en el sistema político mexicano. Acerca del tema, me guiaron los estudios de González Casanova, sobre los grupos de presión en México; de Calderón, sobre el papel del Poder Ejecutivo en el Estado Mexicano; de Leal, sobre la relación entre el Estado y los sindicatos, y de Stavenhagen y otros investigadores del Colegio de México, sobre el movimiento obrero en México y las bases histórico-sociales de la estructura actual del poder sindical (55).

Previamente a la lectura de tales estudios, me fue indispensable estudiar empíricamente la organización y el funcionamiento del IMSS. Con este propósito consulté diversos estudios jurídicos, económicos, médicos, administrativos, y, ante todo, históricos sobre el Seguro Social en México (56). Dicha consulta se combinó con las normas, reglamentos, encuestas, boletines del IMSS y periódicos sindicales, para lo cual recopilé una documentación muy amplia (57).

Esta investigación se llevó a cabo fundamentalmente en dos etapas: la primera, en 1975-76, para estudiar al IMSS en forma global, a través de su organización y estructura de poder; y la segunda, en 1978-79, para investigar, en el estudio del ausentis-

mo laboral en una unidad médica, cómo se expresaba el trabajo "de mala gana", de que hablaba la socióloga Renate Mayntz.

de la Universidad de Michigan (1950-1954) estudia factores independientes, deducidos de los roles asumidos por un individuo dentro del marco de una empresa: a) como realizador de un trabajo; b) como miembro de un grupo de trabajo; c) como miembro de la empresa; d) como miembro de la comunidad en sentido amplio. Las cuatro fuentes de satisfacción de dichos roles respectivamente son: a) el trabajo mismo; b) el orgullo de pertenecer al grupo de trabajo; c) la participación en la empresa; d) el salario y el status del puesto de trabajo (60). Esta lista no se considera exhaustiva, ya que existen otras zonas de satisfacción que pueden cobrar importancia, inclusive en detrimento de las mencionadas.

La mayor parte de los campos de satisfacción analizados a través de las diferentes encuestas, únicamente son válidos en función del conjunto formado por las diversas formas de moral, conjunto que varía según la empresa, según su contexto y conforme a muchos otros factores no determinados aún. De acuerdo a esto, resulta casi imposible establecer una escala unidimensional del concepto de moral o de satisfacción.

De manera opuesta, la baja de la productividad ha suscitado múltiples discusiones por el hecho innegable de que contradecía algunas creencias generalizadas inherentes a la situación del trabajador en Norteamérica, como la identificación del trabajador con los fines de la empresa.

La negación a producir y el ausentismo miden un determinado componente de la moral, o un aspecto global de la misma, poco accesible de otra manera. A la complejidad de la moral en sí, se añadiría la de los índices mismos, los cuales necesitan situarse en el ámbito de sus diferentes significaciones y determinar su valor como indicadores de satisfacción o insatisfacción. El Survey Research Center define a la moral como la satisfacción que el trabajador obtiene de los diversos aspectos de su participación en la empresa.

2.2 Participación.

La participación efectiva de los trabajadores en los objetivos, decisiones y problemas de la empresa, es un elemento que coadyuva a mejorar las relaciones en el trabajo y, por consiguiente, a que la moral de los mismos trabajadores también mejore. La participación alcanza magnitudes insospechadas por sus implicaciones con otros problemas que, igualmente, inquietan dentro de las organizaciones a directivos y funcionarios, entre quienes ha provocado mayores controversias, generándose fundamentalmente dos corrientes: una, más avanzada y también más consciente de la importancia de la participación; la otra, representada por aquellos grupos impermeables a la participación y al cambio, la que, aun cuando solamente contempla aquellos aspectos que considera negativos, aporta, sin embargo, interesantes puntos de vista. Uno de ellos consiste en considerar a la participación como forma de abdicación del mando de los altos niveles de decisión, que terminará socavando necesariamente sus prerrogativas y les arrancará a los directivos todo control. Sostiene, además, que es un signo de debilidad característico de toda gerencia blanda y que conlleva, asimismo, derroche de tiempo, pérdida de eficiencia y terminará reduciendo efectividad a la misma gerencia. Por otra parte, gran número de trabajadores están persuadidos de que la participación es mero subterfugio mediante el cual son hábilmente manipulados por los jefes, quienes les hacen creer en su participación real y efectiva para la toma de decisiones. Tannenbaum (61), teórico de la organización, afirma que de la libre participación de los trabajadores pueden derivarse ventajas como:

- a) Disminución del ausentismo laboral en sus diferentes manifestaciones.
- b) Mayor disposición para aceptar cambios, ya que cuando éstos se introducen sin ninguna explicación pueden ocasionar inseguridad en los empleados, así como una reacción de sabotear las innovaciones.
- c) Mayor tranquilidad en el manejo de los subordinados, re-

quiere menos administradores; la supervisión estrecha se tornará innecesaria, lo mismo que las medidas disciplinarias drásticas.

- d) Mejor calidad en las decisiones administrativas, ya que, en contadas ocasiones, conocen los administradores todas las alternativas y consecuencias vinculadas con la toma de decisiones. Esto debido a las barreras que se oponen al flujo ascendente de información en poder de subalternos, información que casi nunca llega a los altos niveles de mando.
- e) Mayor y mejor calidad de productos y servicios, así como reducción de desperdicios y desgaste.

Meta común de toda administración pública es obtener la máxima productividad y eficiencia al más bajo costo posible. Esto, necesariamente, cobra mayor significancia en países de las características socioeconómicas del nuestro. Ahora bien, los encargados de llevar a cabo la realización de dicha meta, deben considerar que, del acervo de recursos con que cuentan, el elemento humano merece un tratamiento especial, lo cual a menudo olvidan en aras de una productividad y una eficiencia francamente irracionales.

2.3 Ausentismo.

El ausentismo es en la actualidad un fenómeno ampliamente generalizado; lo podemos encontrar en las escuelas, en el ejército, en las iglesias y en espectáculos deportivos de naturaleza diversa. Suele convertirse en problema cuando alcanza proporciones alarmantes.

En el ámbito del trabajo, ha sido clasificado de la siguiente manera:

Ausentismo por enfermedad.

Ausentismo por accidente; y

Un tercer tipo, formado por las ausencias injustificadas, sin aviso previo, denominado también ausentismo voluntario.

El ausentismo voluntario podemos entenderlo en función del concepto moral de trabajo. Una baja moral de trabajo, aunque no podemos cuantificarla, se puede observar y diagnosticar mediante la aparición de algunos síntomas como la rotación de personal, la ineficiencia, la propensión a enfermedades frecuentes y, especialmente, por el ausentismo voluntario, considerado como una respuesta instintiva e inconsciente a métodos tradicionales de administración de personal.

Es menester precisar que el ausentismo, aunque ligado estrechamente al concepto de organización, no es resultante exclusivo de las condiciones que privan en el seno de ésta, sino también lo es de características estrictamente individuales y condiciones extra profesionales que lo propician.

Según lo anterior, las causas primordiales de ausentismo son, en primer lugar, resultantes de una inadecuada administración de personal. Dentro de esta perspectiva, debemos incluir la deficiencia de las relaciones humanas, lo cual implica falta de reconocimiento y respeto para quien desempeña las tareas más ingratas, principalmente cuando estas son realizadas por personal femenino. También podemos incluir el deficiente funcionamiento

de los mecanismos escalafonarios, cuyas promociones son fundamentalmente de carácter político y no contemplan el esfuerzo y habilidad de los candidatos. Otra falla importante la encontramos en la selección de personal.

Varios teóricos consideran que otras causas importantes del ausentismo se relacionan con el sexo, la edad, el estado civil, - el tipo de trabajo que se realiza.

Las tres primeras variables son fundamentales para entender plenamente el ausentismo dentro de una institución cuya mano de obra es eminentemente femenina.

Así tenemos que la mujer joven, casada y madre de familia, tiene la necesidad imperiosa de ausentarse para la atención de sus hijos. Estas ausencias se acentuarán durante los turnos nocturnos, días festivos y fines de semana, o sea, cuando no funcionan los servicios de guardería, o simplemente cuando los menores se encuentran enfermos.

2.4 Ausentismo Femenino.

Los problemas suscitados por el trabajo femenino en nuestra sociedad, presentan características que deben ser estudiadas de manera muy específica para poder comprenderse satisfactoriamente.

En las diferentes ramas de la producción y niveles de cualificación laboral, la distribución de hombres y mujeres asalariados muestra un notorio desequilibrio. A la mujer trabajadora la encontramos, por lo general, en los niveles subalternos; o sea que su participación es marginal, subordinada. Se exigen de ella, además, actitudes de servilismo. Esto es consecuencia de su baja escolaridad y su situación de dependencia dentro de la estructura familiar en que se ha formado, ya que fue educada en términos de subordinación al hombre; para ser esposa y madre, para cuidar niños y hogar. De ahí que las actividades económicas en que se solicita más a la mujer sean aquellas derivadas de dichos quehaceres familiares.

Además de desempeñar actividades remuneradas, la labor de la mujer no termina en el taller, en la unidad de bienestar social o en la escuela, sino que regresa a sus actividades domésticas, pero sin retribución alguna. Tales actividades representan un considerable desgaste de energía, el cual hace factible que el trabajo de su cónyuge sea más productivo. Para la mujer trabajadora, esto se realiza en detrimento de su derecho al descanso y de su propia productividad.

Estas características tan especiales del trabajo femenino, determinadas por pautas culturales secularmente arraigadas, propician una serie de problemas cuya naturaleza difiere radicalmente de los que plantea la fuerza de trabajo masculina.

Consideramos que el núcleo de problemas fundamentales que confronta la mujer trabajadora, y que influyen de manera determinante en su ausentismo, tiene origen en sus responsabilidades fami-

liares, con todo lo que esto implica.

Viola Klein divide las responsabilidades familiares en tres categorías:

- a) El marido y el hogar;
- b) Los hijos;
- c) Los padres de avanzada edad y parientes (62).

El cuidado de los hijos es un elemento determinante, principalmente durante los primeros años de su vida, aunque durante la etapa escolar también requieren múltiples cuidados. Por último se menciona al marido, cuya tranquilidad personal y eficiencia en el trabajo dependen de las tareas domésticas atendidas por la esposa.

Las labores no cualificadas que desempeña la trabajadora son las más rutinarias, además de que revisten escaso interés para quien las realiza. Algunos autores consideran que el bajo nivel de cualificación de la mano de obra femenina, es uno de los factores que provoca ausentismo, porque hace más difícil su adaptación al rol de trabajadora. En la medida en que su trabajo se torna más interesante y su rol social más importante, su adaptación al mismo mejora y su ausentismo disminuye.

En los casos de baja cualificación, el ausentismo disminuye cuando la madre trabajadora cuenta con el apoyo de las instituciones de bienestar para el cuidado de sus hijos. La carencia, deficiencia o eficiencia de las guarderías institucionales, puede convertirse en elemento determinante de la conducta laboral de la madre trabajadora.

N O T A S

1. Subrayado mío.
2. Manual de Organización de la Administración Pública Paraestatal. 1977. Coordinación General de Estudios Administrativos. Presidencia de la República. Vol. 3, México, 1977, pp. 232, 234 y 239.
3. Sumario Estadístico del IMSS. 1977, pp. 13, 16 y 17.
4. Barbabosa Kubli; La productividad en la prestación médica, como factor de administración de recursos. Tesis. México, 1972, p. 9.
5. Sumario estadístico del IMSS. 1977, p. 8.
6. Memoria Institucional 1977. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. México, enero 1978, pp. 7, 39 y 44.
7. Véase la gráfica "Distribución por Sexos", anexo 1 de Antecedentes.
8. Ver Cuadro "Distribución de algunas Categorías en los Servicios Médicos", anexo 2.
9. Memoria Institucional 1977 IMSS, p. 52.
10. Cárdenas de la Peña, E.; Servicios Médicos del IMSS. Doctrina e Historia. IMSS, México, 1973, pp. 106, 109.
11. Op. Cit., pp. 198-200.
12. Op. Cit., pp. 193 y 197.
13. Cárdenas de la Peña, Op. Cit., pp. 198 y 408. Subrayado mío.
14. Op. Cit., p. 405.
15. Islas Amador A.; "La enfermera en la atención intermedia y custodial del paciente dentro del método de cuidados progresivos". Enfermeras. Revista. Año XXI. No. 1 Jul.-Sep. - 1974, p. 17.
16. Cárdenas de la Peña, Op. Cit., pp. 404-405. Subrayado mío.
17. Op. Cit., p. 406. Subrayado mío.
18. Op. Cit., p. 409.
19. Cárdenas de la Peña. Op. Cit., p. 409.
20. Op. Cit., pp. 239-240.

21. Cárdenas de la Peña, Op. Cit., pp. 244-245.
22. Cárdenas de la Peña E.: Servicios Médicos del IMSS. Doctrina e Historia, p. 242.
23. Véase Anexo No. 3 "Cláusulas para fundamentar planes de promoción educativa y superación laboral de las auxiliares de enfermería". IMSS-SNTSS; Contrato Colectivo de Trabajo. 1977-1979. México, D. F., septiembre de 1978.
24. Pigors, P. y Ch. Myers: La Administración de Personal. CECSA. México, 1969, pp. 185-194, 202-205 y 207-236.
25. Como puede observarse en la relación correspondiente, las categorías restantes, que se dedican a servicios complementarios de la atención médica (Psicoterapia, Dietología, Almacenes, Servicios Administrativos, Transportes y Prestaciones Sociales), integran el 22.5% de la fuerza de trabajo en la unidad hospitalaria.
26. Kosík, K: Dialéctica de lo concreto, pp. 45-52 y 69-77.
27. Ojeda González, Abelardo (coordinador): Informe preliminar sobre las causas del ausentismo laboral de los empleados del IMSS. 1976, pp. 3-5.
28. El plan de muestreo fue tomado de los principios y técnicas propuestos en el estudio de Isidor Chein: "Una introducción al muestreo", en Selltitz, C. et al.: Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales, pp. 560-600.
29. Véase el cuadro "Trabajadores en el Sector Servicios". 1970. Anexo 4).
30. Véase el cuadro "Distribución por Sexos". IMSS. Febrero 1976. Anexo 1).
31. Idem.
32. Véase asimismo el cuadro "Hospital de Convalecencia. Centro Médico Nacional. Personal. Relación de Categorías". Julio - 1978. Anexo 5).
Dentro del personal auxiliar de enfermería del IMSS a escala nacional (17 186 en 1976), las auxiliares de enfermería "A", es decir, de hospitales -13 784- representaban el 82% del total. Véase el cuadro "Distribución de algunas Categorías en los Servicios Médicos", Anexo 2.
33. Véase Moreno Padilla, J.: Nueva Ley del Seguro Social. Además del personal que determina la operación de los servicios médicos del IMSS en 1976 (12 000 médicos, 28 000 enfermeras; 40 000 en total), ellas representan el 70% (Cuadro citado).
34. Dentro de la documentación normativa de los servicios médi-

- cos del IMSS, revítese especialmente la Gufa de Procedimientos Técnico Administrativos en Unidades Médicas. 1976.
35. En las sucesivas estratificaciones, se siguió el muestreo agrupado o multietapas.
 36. Véase "Hospital de Convalecencia. CMN. Personal. Relación de Categorías". Julio 1978, Anexo 5.
 37. Ver en Fuentes de Consulta, bajo el apartado Estudios sobre Fuerza de Trabajo, el informe aludido.
 38. Rys, Vladimir: Sociología de la Seguridad Social, pp. 51.
 39. Op. Cit., p. 54.
 40. Friedmann, G., "El objeto de la sociología del trabajo", en Tratado de Sociología del Trabajo. Vol. I, p. 21.
 41. Op. Cit., p. 31. Subrayado mío.
 42. Op. Cit., Loc. Cit.
 43. Op. Cit., Loc. Cit.
 44. Op. Cit., Loc. Cit.
 45. Mouzelis, P. N.: Organización y Burocracia, p. 186.
 46. Op. Cit., p. 145.
 47. Op. Cit., Loc. Cit.
 48. Véanse los artículos de M. Salvati y B. Becalli, "La división del Trabajo. Capitalismo, Socialismo, Utopía", y A. De Palma "La Organización Capitalista del Trabajo en 'El Capital de Marx'", ambos en Panzieri y otros: La División Capitalista del Trabajo. Cuadernos de Pasado y Presente/32 Córdoba, 1974, pp. 62 y 186.
 49. A. de Palma, Op. Cit., pp. 27-28.
 50. Op. Cit., p. 9.
 51. Trueba Urbina A. y J. Trueba Barrera, Nueva Ley del Trabajo Reformada. 1976, p. 175. El subrayado es mío.
 52. IMSS/SNITSS: "Reglamento Interior de Trabajo", en Contrato Colectivo de Trabajo 1975-1977. México, D. F., 1976, p. 331.
 53. Mouzelis, P. N.: Organización y Burocracia, p. 137.
 54. Mayntz, R.: Sociología de la Organización, p. 225.

55. Véanse al final, en la bibliografía, apartado VII - las referencias relativas a las obras de dichos autores.
56. Los estudios de Aguilar García, Arce Cano, Barbabosa Kubli, García Cruz, González Díaz Lombardo, Huerta Maldonado, Leal de Araujo, Moreno Padilla, Naranjo y Vladimir Rys fueron de influencia muy determinante. Para detalles sobre tales referencias, véase la bibliografía, y la hemerografía que se refiere a los seguros sociales (Catrice-Lorey, Futterman y Juillia). En Fuentes de Consulta, apartados VII y IX.
57. Véase la parte relativa a Documentos en las Fuentes de Consulta, apartado I.
58. Jacqueline Frisch-Gauthier. "Moral y Satisfacción en el trabajo". Citado en Friedmann y Naville, Tratado de Sociología del Trabajo. Vol. II FCE, México, 1963, p. 136.
59. J. Frisch-Gauthier. Op. Cit., p. 137.
60. J. Frisch-Gauthier. Op. Cit., Loc. Cit.
61. Tannenbaum, R.: Liderazgo y Organización. Ed. Troquel, Buenos Aires, 1971, pp. 119-120.
62. Klein, Viola: La Mujer entre el Hogar y el Trabajo. Ed. Sagitario. Barcelona, 1967, pp. 34-35.

**II. DEFINICION OPERACIONAL, ANALISIS
DE LA ENCUESTA Y EXPLICACION DE
LAS VARIABLES.**

A. Definición operativa de ausentismo voluntario*.

Con la preocupación de medir el fenómeno del ausentismo en base a datos disponibles en los registros de la Jefatura de los Servicios de Personal del IMSS, y con la intención de emplear el menor número posible de variables, se elaboró la definición operativa de ausentismo voluntario, que se manifiesta como falta de asiduidad en el trabajo que expresa insatisfacción, supone cierta conciencia del trabajador para exhibir al medio de trabajo e implica una disminución del ingreso del trabajador cada vez que se practica.

Operativamente, el ausentismo voluntario es detectable en dos grupos de variables: a) Falta de asistencia sin aviso (que produce desorganización en el trabajo y afecta la productividad), y b) Falta de asistencia con aviso (que permite medidas preventivas para mantener el ritmo de trabajo). Las variables comprendidas en los registros mecánicos y electrónicos de personal en el IMSS son las siguientes:

- | | | |
|--------------|---|-----------------------------|
| a) sin aviso | { | Faltas injustificadas |
| | | Retardos |
| | | Salidas antes |
| b) con aviso | { | Pases de salida |
| | | Licencia sin goce de sueldo |

* Para la elaboración de este capítulo se consideraron las observaciones sobre morfología del ausentismo que aparecen en Jardíllier P.: La organización humana de las empresas (1969), Cap. XII: "El diagnóstico de los problemas humanos".

B. Explicación para el análisis de la concentración estadística del material de la encuesta.

Conforme a los datos recogidos en los archivos de personal y en las cédulas de entrevista (Anexos 1, 2 y 3), el material estadístico del ausentismo se ha clasificado en cuadros de frecuencia porcentuales que describen el ausentismo voluntario, bajo cada una de las variables siguientes:

1. 16 Auxiliares de Enfermería del Hospital de Convalecencia Centro Médico Nacional.
2. Edad.
3. Estado Civil.
4. Antigüedad en el IMSS.
5. Antigüedad en el Hospital de Convalecencia.
6. Turno: Matutino y Nocturno.
7. Estudios realizados, grado máximo alcanzado.
8. Estudios actuales.
9. Número de hijos menores de 6 años.
10. Ayuda doméstica con la que cuenta la trabajadora en su hogar.
11. Licencias sin sueldo en el año de 1975.
12. Licencias sin sueldo en el año de 1977.
13. Licencias sin sueldo en la vida laboral en el IMSS.
14. Faltas injustificadas en el año de 1975.
15. Faltas injustificadas en el año de 1977.
16. Faltas injustificadas en la vida laboral en el IMSS.

Asimismo, se han relacionado expresadas en porcentajes las licencias sin sueldo (11-12-13) con las faltas injustificadas (14-15-16), tomando como causas probables de modificación del ausentismo las variables numeradas de la 2 a la 10.

Al revisar los cuadros de distribución de frecuencias porcentuales, se observó que bajo algunas variables se repetía o cambiaba inesperadamente la relación entre las licencias sin sueldo y las faltas injustificadas, por lo que se decidió elaborar 16 cuadros con esta relación, que incluyeron las variables de la 2 a la 10.

C. Explicación de las variables.

1. La cifra de 16 auxiliares de enfermería del Hospital - estudiado, representa la muestra seleccionada para la investigación del ausentismo, aproximadamente el 16% de las 98 auxiliares de enfermería que prestan su servicio en dicha unidad (de las 17 entrevistadas originalmente, sólo de 16 se pudieron correlacionar datos en los archivos de personal).
2. La edad se consideró variable significativa para correlacionarse con las actitudes de la auxiliar en relación con su apego al trabajo o con su aspiración o posibilidad de renunciar al mismo para cambiar de empleo. Tales expectativas se ubican en el contexto del mercado de recursos humanos femeninos de nuestro país, en cuanto que las posibilidades de empleo de los trabajadores, en particular de las trabajadoras, se amplían en la etapa juvenil y se restringen en los años de madurez y vejez, etapas en que la cautela y el temor de las trabajadoras presionan y favorecen disposiciones para una mayor entrega y dedicación al trabajo, ya que las oportunidades de cambiar de empleo y mejorar los ingresos tienden a restringirse o desaparecer, sobre todo entre las trabajadoras de baja calificación técnica-laboral, como las auxiliares de enfermería.
3. El estado civil es una variable que informa, directa o indirectamente, acerca de las responsabilidades familiares de la trabajadora, en cuanto que puede o no tener obligaciones y actividades del hogar en calidad de esposa y/o madre de familia, y cuente o no con apoyo económico para la atención de sus hijos.
- 4 y 5. Las variables relativas a la antigüedad distinguen la que se tiene en el IMSS como institución, de la que se tiene en el Hospital de manera específica; en este sen-

tido, se trata de detectar la diferencia entre la antigüedad general que, con frecuencia, abarca varias unidades de trabajo del IMSS en las cuales ha laborado la trabajadora, respecto a la antigüedad específica en el Hospital estudiado.

6. El turno remite a la especificidad de las condiciones de trabajo en que se desenvuelven las auxiliares de enfermería, condiciones que manifiestan diferencias bien determinadas entre los turnos matutino y nocturno, en los cuales se ubican las auxiliares de enfermería seleccionadas dentro de la muestra.

7 y 8. La escolaridad, implícita en la variable estudios realizados, y en la de estudios actuales, permite establecer si la trabajadora aspira a superar su status laboral, y si cuenta con los requisitos de escolaridad que lo hagan factible o expresen, en su caso, una inadecuación entre la escolaridad y el puesto, que represente causa visible de insatisfacción laboral.

9. La variable número de hijos menores de 6 años ayuda a precisar, en general, las responsabilidades de la trabajadora en su rol de madre de hijos que requieren atención considerable, y, en particular, los requerimientos de la trabajadora en cuanto al cuidado de sus hijos cuando ella necesita dedicarse a su actividad laboral, es decir, la necesidad del servicio institucional de guarderías.

10. La ayuda doméstica es una variable que permite establecer si la trabajadora cuenta o no, con la posibilidad de ser apoyada en el desempeño de las tareas domésticas en general, y de atención a los hijos en particular, información que ayuda a comprender si el trabajo doméstico representa o no, y en qué grado, una carga extraordinaria de actividad que afecte a la trabajado-

ra en el desempeño de su puesto de auxiliar de enfermería.

- 11,12,13. Las licencias sin sueldo se refieren a los permisos - obtenidos por la trabajadora para retirarse temporalmente del trabajo, en épocas diferentes y comparables, a lo largo de su trayectoria laboral en la institución, como lo indica el concepto licencias vida laboral IMSS. En las tres variables se obtienen evidencias sobre el rechazo de la auxiliar a sus actividades y su desinterés por el medio de trabajo.
- 14,15,16. Estas variables sobre faltas injustificadas se refieren a inasistencias de la trabajadora que han carecido de justificación comprobable a través de incapacidad médica, permisos autorizados u otros procedimientos que, conforme al contrato y sus reglamentos, permitan a la trabajadora ausentarse sin sanción institucional o descuentos que afecten su salario. La manifestación de faltas injustificadas es la expresión más aguda de rechazo y desinterés por el trabajo, en cuanto se presentan en forma recurrente, en períodos de tiempo más o menos significativos, y ponen en riesgo la estabilidad laboral de la trabajadora.

D. Explicación de los cuadros estadísticos.

1. Las auxiliares de enfermería más jóvenes (entre 20 y 28 años), que trabajan y estudian, representan el más elevado ausentismo voluntario, manifiesto en mayores licencias sin sueldo, - respecto a los restantes grupos de edad. Es probable que, en beneficio de sus estudios y otros asuntos de índole personal, las más jóvenes (con calidad de estudiantes) expresan de esa manera su rechazo al medio de trabajo, aun cuando les afecte sus ingresos. Sin embargo, debe observarse que se trata, por su naturaleza administrativa, de un tipo de ausentismo con aviso, que permite al cuerpo directivo cubrir la ausencia con toda oportunidad, lo que, por supuesto, no deja de significar, por parte de la trabajadora, un desdén mayúsculo al medio de trabajo (Cuadros 1 y 3).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR EDAD

VARIABLE ESTUDIADA: LA EDAD

VIDA LABORAL: CUADRO 1

EDAD EN AÑOS	20 - 28	29 - 37	38 - 46	47 - 55
LICENCIAS SIN SUELDO	66.5	23.2	28.2	45.0
FALTAS INJUSTIFICADAS	32.5	76.8	71.8	55.0
S U M A	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	254	736	753	131
NUMERO DE TRABAJADORAS	2	6	6	2

AÑO DE 1975 CUADRO 2

EDAD EN AÑOS	20 - 28	29 - 37	38 - 46	47 - 55
LICENCIAS SIN SUELDO	-	27.6	36.1	0
FALTAS INJUSTIFICADAS	-	72.4	63.9	100
S U M A	-	100	100	100
TOTAL EN DIAS	-	58	36	2
NUMERO DE TRABAJADORAS	0*	4**	6	2

* Dos trabajadoras de ese grupo no habian ingresado al IMSS en 1975.

** Dos trabajadoras de ese grupo no habian ingresado al IMSS en 1975.

AÑO DE 1977 CUADRO 3

EDAD EN AÑOS	20 - 28	29 - 37	38 - 46	47 - 55
LICENCIAS SIN SUELDO	85.6	34.6	12.5	25.0
FALTAS INJUSTIFICADAS	14.4	65.4	87.5	75.0
S U M A	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	201	78	16	4
NUMERO DE TRABAJADORAS	2	6	6	2

2. En cuanto al estado civil, destaca el acentuado porcentaje de faltas injustificadas de las no casadas (solteras, separadas, divorciadas) en comparación con las casadas; en 1975, las no casadas faltaron 19 veces más que las casadas (57 días contra 3). Asimismo, en 1977 las no casadas faltaron casi el doble que las casadas (62 contra 33). Si bien solteras por un lado, y separadas y divorciadas por el otro, coinciden en la necesidad de faltar, es posible que las razones sean diferentes: aquéllas pueden hacerlo, por su relativa carencia de obligaciones familiares; éstas, por la necesidad de atender problemas de los hijos y otros asuntos familiares. Lo que sí debe enfatizarse, es que en el grupo de las no casadas, las solteras tienden a representar al grupo de las más faltistas: en 1975, en el grupo de no casadas, que faltaron en total 57 días, las faltas de las solteras absorbieron 35 días, es decir, el 61%; en 1977, en el grupo de no casadas, que faltaron en total 57 días, las faltas de las solteras cubrieron 48 días, es decir, el 77%. Podría inferirse, en consecuencia, que la soltería, con su carencia relativa de obligaciones familiares, favorece el más nocivo ausentismo voluntario, que es el de las faltas injustificadas, es decir, sin aviso, imprevistas y, por ello, desorganizadoras del servicio. (Cuadros 5 y 6).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR ESTADO CIVIL

VARIABLE ESTUDIADA: EL ESTADO CIVIL

VIDA LABORAL: CUADRO 4

ESTADO CIVIL	SOLTERAS	CASADAS	SEPARADAS	DIVORCIADAS
LICENCIAS SIN SUELDO	% 16.4	% 58.3	% 23.6	% 22.0
FALTAS INJUSTIFICADAS	83.6	41.7	76.4	78.0
S U M A S	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	640	636	191	409
NUMERO DE TRABAJADORAS	4	8	1	3

AÑO DE 1975 CUADRO 5

ESTADO CIVIL	SOLTERAS	CASADAS	SEPARADAS	DIVORCIADAS
LICENCIAS SIN SUELDO	% 29.2	% 66.7	% 10.0	% 38.1
FALTAS INJUSTIFICADAS	70.8	33.3	90.0	61.9
S U M A S	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	48	9	10	21
NUMERO DE TRABAJADORAS	3	5	1	3

AÑO DE 1977 CUADRO 6

ESTADO CIVIL	SOLTERAS	CASADAS	SEPARADAS	DIVORCIADAS
LICENCIAS SIN SUELDO	% 14.0	% 85.0	% 0	% 11.1
FALTAS INJUSTIFICADAS	86.0	15.0	100	88.9
S U M A S	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	57	227	6	9
NUMERO DE TRABAJADORAS	4	8	1	3

3. El ausentismo voluntario por antigüedad en el IMSS arroja algunos resultados paradójicos, pues si bien en el grupo de 1-5 años de antigüedad, correspondiente al personal joven y que actualmente realiza estudios, se conserva alto el porcentaje de licencias sin sueldo sobre las faltas injustificadas, entre los grupos de antigüedad 6-10 y 11-15 años, los porcentajes de faltas injustificadas, es decir sin aviso, resultan más elevados que las licencias sin sueldo. Pero si se pasa de porcentajes a números de días de ausentismo voluntario, el análisis reserva sorpresas. En el año de 1977, el grupo de antigüedad de 1-5 años (6 trabajadoras) acumuló 238 días entre licencias sin sueldo y faltas injustificadas, distribuidos así: licencias sin sueldo, 193 días; faltas injustificadas, 45 días; en tanto que, el mismo año de 1977, el grupo de antigüedad de 11-15 años (6 trabajadoras también) acumuló 55 días, distribuidos así: licencias sin sueldo, 7 días; faltas injustificadas, 48 días (Cuadro 9). Esto quiere decir que las auxiliares más jóvenes y que actualmente realizan estudios faltan, en términos absolutos, mucho más (si se consideran sus faltas y sus prolongadas licencias), pero las auxiliares con 11-15 años de antigüedad, si bien casi no se ausentan con licencia, sí lo hacen, tanto como las más jóvenes, a través de faltas injustificadas. Sin embargo, las explicaciones varían para cada grupo: seguramente las más jóvenes sacrifican ingresos por licencias y faltas, merced al apoyo familiar y al estímulo escolar, en tanto que las de mayor antigüedad expresan con sus faltas injustificadas la desmotivación en el trabajo por carecer de estímulos laborales y posibilidades de

movilidad escalafonaria, después de más de 10 años de estancamiento en la misma plaza, pues se trata de una categoría autónoma, es decir, sin posibilidades de acceder a una plaza superior, (Anexo 4. Profesiograma. Auxiliar de Enfermería "A". - Categoría Autónoma).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR ANTIGUEDAD EN EL IMSS

VARIABLE ESTUDIADA: LA ANTIGUEDAD EN EL IMSS

VIDA LABORAL CUADRO 7

ANTIGUEDAD EN EL IMSS EN AÑOS	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25
LICENCIA SIN SUELDO	% 59.2	% 29.2	% 25.6	% 23.0	% 68.0
FALTAS INJUSTIFICADAS	40.8	70.8	74.4	77.0	32.0
S U M A	100	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	343	24	1160	296	53
NUMERO DE TRABAJADORAS	6	1	6	2	1

AÑO 1975 CUADRO 8

ANTIGUEDAD EN EL IMSS EN AÑOS	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25
LICENCIA SIN SUELDO	% 0	% 0	% 27.0	% 66.7	% 0
FALTAS INJUSTIFICADAS	0	100	73.0	33.3	0
S U M A	0	100	100	100	0
TOTAL EN DIAS	0	2	85	9	0
NUMERO DE TRABAJADORAS	2*	1	6	2	1

* 4 trabajadoras de ese grupo no habian ingresado al IMSS en 1975.

AÑO 1977 CUADRO 9

ANTIGUEDAD EN EL IMSS EN AÑOS	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25
LICENCIA SIN SUELDO	% 81.5	% 0	% 12.7	% 0	% 100
FALTAS INJUSTIFICADAS	18.5	100	87.3	100	0
S U M A	100	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	238	2	55	3	1
NUMERO DE TRABAJADORAS	6	1	6	2	1

4. Al estudiar, en 1977, la antigüedad en el hospital (a través de grupos de edad más restringidos), el ausentismo voluntario, licencias y faltas, de auxiliares de ingreso más reciente (con 1-3 años en el hospital) resulta mayor que en los grupos de antigüedad 4-6, 7-9 y 10-12 años. Pero si la comparación se limita a las faltas injustificadas, el grupo de menor antigüedad en el hospital (1-3 años) resulta casi tan ausentista como el de mayor antigüedad (13-15 años); en 1977, las 8 auxiliares de reciente ingreso (1-3 años) tuvieron 54 días de faltas injustificadas (es decir, casi 7 faltas por cada trabajadora), en tanto que 4 auxiliares del más antiguo ingreso (13-15 años) tuvieron 33 faltas injustificadas (es decir, 8 faltas por cada una) (Cuadro 11). El apoyo familiar y la atención a los estudios explicarían el comportamiento del primer grupo; la desmotivación para el trabajo y el estancamiento en la misma plaza durante tantos años, explicarían la actitud del segundo. De modo que las más ausentistas se encuentran, por diferentes razones, en los grupos extremos de antigüedad (1-3 y 13-15 años), que coinciden, probablemente, con los grupos de trabajadoras de menor y de mayor edad; en tanto que las menos ausentistas se ubican en los grupos intermedios de antigüedad en el hospital (4-6, 7-9 y 10-12 años).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL

VARIABLE ESTUDIADA: ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL

AÑO 1975

CUADRO 10

ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL EN AÑOS	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12	13 - 15
LICENCIAS SIN SUELDO	% 3.3	% 0	% 22.9	% 16.7	% 29.5
FALTAS INJUSTIFICADAS	91.7	100	11.1	83.3	70.5
S U M A S	100	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	12	2	9	12	61
NUMERO DE TRABAJADORAS	4*	1	2	1	4

* 4 trabajadoras no habian ingresado aún al hospital.

AÑO 1977

CUADRO 11

ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL EN AÑOS	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12	13 - 15
LICENCIAS SIN SUELDO	% 78.5	% 0	% 20	% 16.7	% 15.4
FALTAS INJUSTIFICADAS	21.5	100	80	83.3	84.6
S U M A S	100	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	247	2	5	6	39
NUMERO DE TRABAJADORAS	8	1	2	1	4

5. En el turno nocturno, el ausentismo voluntario (licencias y faltas) es mas pronunciado que en el turno matutino. En 1977, de los 299 días contabilizados por ambos turnos (sumadas licencias y faltas) el 73%, 218 días, correspondieron al turno nocturno. Si bien la tensión (stress) de las auxiliares en el horario nocturno aumenta, al agravarse los enfermos con mayor frecuencia, y eso pudiera explicar las prolongadas licencias sin sueldo (es decir, ausentismo con aviso), es en el turno matutino cuando se concentran las faltas injustificadas (es decir, ausentismo sin aviso) que, traducidas en días, duplican la cifra de licencias; 56 contra 25 (Cuadro 12), de modo que se concentran, aparentemente, durante el día las consecuencias deficiencias del servicio. Pero, más allá de la apariencia, si se divide el número de faltas del turno matutino (56 días) entre las 11 trabajadoras ausentistas, corresponden en promedio 5 faltas a cada una, frente a un mayor ausentismo del turno nocturno (41 días de 5 trabajadoras: 8 faltas por cada una). Esto significa que, en términos relativos y absolutos, el ausentismo voluntario nocturno es superior, y que en él predominan las ausencias sin aviso, que contribuyen a la desorganización del servicio (Cuadro 12).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR TURNO DE TRABAJO PARA 1977

VARIABLE ESTUDIADA: TURNO NOCTURNO

AÑO 1977

CUADRO 12

TURNO S	TURNO NOCTURNO %	TURNO MATUTINO %
LICENCIAS SIN SUELDO	81.2	30.9
FALTAS INJUS- TIFICADAS	18.8	69.1
S U M A S	100	100
TOTAL EN DIAS	218	81
NUMERO DE TRABAJADORAS	5	11

6. Si se excluyen del análisis las licencias sin sueldo, pues se trata de ausencias previsibles, se encuentra que, en 1977, las trabajadoras con estudios de primaria sólo tuvieron una falta injustificada cada una durante el año; en cambio, las que estudian bachillerato, tuvieron durante el año 12 faltas injustificadas cada una; las que estudian curso de auxiliar de enfermería, 5 cada una; las que estudian para enfermeras, casi 7 faltas cada una; la que estudia medicina, 12 faltas durante el año. Se podría afirmar que, en el primer grupo de datos (Cuadro 13), a menor escolaridad (primaria y estudios de auxiliar para superarse en el mismo puesto) menor ausentismo, y que a mayor escolaridad (bachillerato, enfermería y estudios de medicina) mayor ausentismo, mayor rechazo al medio de trabajo. El siguiente grupo de datos (Cuadro 14) no hace más que corroborar, con ligeras variantes, las explicaciones sobre el anterior: en 1977, quienes no estudian tienen 3 faltas cada una en todo el año; las de bachillerato, 8 faltas cada una; la que estudia medicina, 12 faltas en el año, y la que cumplía servicio social en enfermería, hasta 27 faltas en el año. En resumen, a menor escolaridad menor ausentismo sin aviso; a mayor escolaridad, crece el ausentismo sin aviso (es decir, por faltas injustificadas).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR ESCOLARIDAD

VARIABLE ESTUDIADA: LA ESCOLARIDAD

AÑO DE 1977

CUADRO 13

ESCOLARIDAD	PRIMARIA*	BACHILLERATO	CURSO DE AUX. DE ENFERMERIA	ENFERMERIA	MEDICINA
LICENCIA SIN SUELDO	% 0	% 31.4	% 5.9	% 32.8	% 93.4
FALTAS INJUSTIFICADAS	100	68.6	94.1	67.2	6.6
S U M A	100	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	2	35	17	64	181
NUMERO DE TRABAJADORAS	2	2	3	8	1

* 2 trabajadoras declararon tener únicamente la primaria.

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR ESTUDIOS ACTUALES

VARIABLE ESTUDIADA: ESTUDIAR ACTUALMENTE

AÑO DE 1977

CUADRO 14

ESTUDIOS ACTUALES	NO ESTUDIAN	ESTUDIAN BACHILLERATO	SERVICIO SOCIAL EN ENFERMERIA	ESTUDIAN MEDICINA
LICENCIAS SIN SUELDO	% 29.2	% 38.5	% 12.9	% 93.4
FALTAS INJUSTIFICADAS	70.8	61.5	87.1	6.6
S U M A S	100	100	100	100
TOTAL EN DIAS	48	39	31	181
NUMERO DE TRABAJADORAS	11	3	1	1

7. Por diferentes razones, en 1977 las trabajadoras estudiantes sin hijos, y las madres trabajadoras con hijos menores de 6 años comparten un promedio de 7 faltas injustificadas anuales. Aun cuando solo quede la conjetura para entender el ausentismo en niveles normales por parte de las madres, cabe suponer que las licencias en tales casos sí se relacionan, en parte, con necesidades de atención de los hijos (Cuadro 15).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR HIJOS MENORES DE 6 AÑOS
VARIABLE ESTUDIADA: TENER HIJOS MENORES DE 6 AÑOS

AÑO DE 1977

CUADRO 15

	SIN HIJOS MENORES DE 6 AÑOS	CON HIJOS MENORES DE 6 AÑOS
LICENCIAS SIN SUELDO	% 69.6	% 48.3
FALTAS INJUSTIFICADAS	30.4	51.7
SUMAS	100	100
TOTAL EN DIAS	270	29
NUMERO DE TRABAJADORAS	12	4

8. Dentro del grupo de trabajadoras que no cuentan con ayuda doméstica, se encuentran las estudiantes más jóvenes que se ubican en los ciclos de bachillerato y estudios superiores; en ellas el ausentismo por licencias sin sueldo es el doble que el de las faltas injustificadas. Las trabajadoras que cuentan con ayuda doméstica siguen el patrón normal; las faltas injustificadas son mayores que las licencias sin sueldo. Todo lo cual expresaría que esta variable no presentó datos significativos para detectar posibles motivos de ausentismo voluntario (Cuadro 16).

AUSENTISMO VOLUNTARIO POR AYUDA DOMESTICA
VARIABLE ESTUDIADA: AYUDA DOMESTICA

AÑO DE 1977 CUADRO 16

AYUDA DOMESTICA	TIENE	NO TIENE
LICENCIAS SIN SUELDO	% 35.7	% 74.9
FALTAS INJUSTIFICADAS	64.3	25.1
SUMA	100	100
TOTAL EN DIAS	56	243
NÚMERO DE TRABAJADORAS	5	11

CONCLUSIONES

1. Las auxiliares de enfermería más jóvenes, que combinan el trabajo con el estudio, representan el más elevado ausentismo voluntario, por mayores licencias sin sueldo, lo que supone importante rechazo al medio de trabajo.
2. La soltería, con su carencia relativa de obligaciones familiares, favorece un elevado porcentaje de faltas injustificadas. En el grupo de la muestra, las faltas de las solteras representaron, en 1975, el 61%, y en 1977, el 77%.
3. Las auxiliares más jóvenes, que realizan estudios, son las que más faltan (a través de licencias y faltas injustificadas), pero las auxiliares con 11-15 años de antigüedad, lo hacen tanto como las jóvenes a través de faltas injustificadas. Aquéllas se ausentan merced al apoyo familiar y el estímulo escolar; éstas, desmotivadas por más de 10 años de estancamiento en la misma plaza.
4. Las más ausentistas se encuentran en los grupos extremos de antigüedad (1-3 y 13-15 años); en tanto que las menos ausentistas se ubican en los grupos intermedios de antigüedad (4-6, 7-9 y 10-12 años).
5. En el turno nocturno, el ausentismo voluntario (licencias y faltas) es más pronunciado que en el turno matutino, lo que se explica por que en dicho horario la tensión de las auxiliares es mayor que en el diurno, por agravarse los enfermos con mayor frecuencia. En el nocturno predominan las ausencias sin aviso (faltas), que contribuyen a la desorganización del servicio.
6. Menor escolaridad, menor ausentismo sin aviso, y a mayor escolaridad, mayor ausentismo sin aviso, es decir, mayor rechazo al medio de trabajo a través de ausencias (faltas) que desorganizan el servicio.

7. Es probable que las licencias sin sueldo, en el caso de las madres trabajadoras, se relacionen con necesidades de atención a los hijos.

III. LAS ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA "A".

1. Documentos normativos.

Para el objeto de nuestro estudio, se ha tomado como punto de partida la revisión analítica de la Guía de Actividades de la Auxiliar de Enfermería "A" (análisis del puesto) que la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital de Convalecencia emplea para regular las tareas correspondientes.

Dicha revisión condujo a verificar, en el contexto institucional de la organización del IMSS, si no existen manuales o guías que se refirieran a otros puestos de nivel superior o inferior en que se ejecuten las mismas tareas; verificación llevada a cabo con el propósito de evaluar la adecuación de las normas que se aplican en Convalecencia para el trabajo de las Auxiliares de Enfermería.

Como señala O'Donnell, "en una unidad de organización (el puesto) consiste en un grupo de responsabilidades y obligaciones separadas y distintas a las de otros puestos"(1). Dicho principio, al ordenar y guiar nuestra búsqueda, llevó a la comparación y al análisis de la guía mencionada con relación a los siguientes documentos normativos:

1) IMSS/SNTSS: Contrato Colectivo de Trabajo 1975/1977; 2) Manual de Procedimientos de los Servicios de Enfermería en Hospitalización. IMSS. 1973; 3) Guía de Procedimientos Técnico Administrativos en Unidades Médicas. I Hospitales de Concentración. IMSS. - 1976; 4) Ortega Delgado G.: Análisis del Puesto Auxiliar de Enfermería "A". IMSS. 1975. La denominación "documento normativo" con su número respectivo, se empleará como referencia de estos materiales a lo largo del capítulo.

2. Descripción del puesto. Jefe Inmediato, Subordinados Directos y Responsabilidades.

En primer lugar, la guía objeto de estudio se refiere a la "descripción del puesto", según la fórmula utilizada por las técnicas de análisis del trabajo, y que responde a la pregunta ¿qué hace el trabajador?; a este respecto la guía expresa "auxiliar del má-

dico para proporcionar la atención médica a derechohabientes". Después de revisar los documentos normativos 3 y 4 antes mencionados, se puede asegurar que la Auxiliar de Enfermería "A" debe ser, en consonancia con la denominación de la categoría, fundamentalmente auxiliar de la enfermera general y de otras categorías de la misma rama que ocupan puestos directivos (2), como lo señala el deber 3 de la misma guía que se menciona; por otra parte, según el documento normativo 3, quienes deben auxiliar al médico, dentro de sus actividades cotidianas, son la Enfermera General y la Enfermera Jefa de Piso. Lo anterior no excluye que reciba asesoría técnica (supervisión) del personal médico.

Cabe aclarar que, en efecto, existe en el Instituto una categoría de auxiliar de Enfermería que si auxilia al médico directamente, como objeto y fin del puesto, que es la Auxiliar de Enfermería B Consulta Externa (3).

En la guía que analizamos, este punto I "Descripción del puesto", se contradice con lo señalado por el punto III "Jefe inmediato", que se refiere, en primer plano, a la "Enfermera General" y a otras categorías de la rama de Enfermería.

La definición correcta del punto I, que se refiere al objeto y el fin del puesto, es necesaria para interpretar adecuadamente el punto VII "Responsabilidades", el cual establece: "Es responsable ante su jefe inmediato del correcto desempeño de sus deberes...".

En el mismo punto VII, referido a "Responsabilidades" de la Auxiliar de Enfermería "A" del Hospital de Convalecencia, a ésta se le designa "responsable... del personal a su cargo", lo que obligó a revisar en este sentido los documentos normativos, habiéndose encontrado que dicha categoría no tiene personal a su cargo, más bien se coordina con otras categorías de pie de rama como, por ejemplo, el auxiliar de intendencia (4).

3. Deberes

Conforme al requisito 33 del profesiograma de la Auxiliar de Enfermería "A"(5), ésta debe conocer los "Reglamentos Especiales de Actividades" vigentes en el IMSS que norman sus labores. Esta preocupación está descrita en la Guía de Actividades, objeto de este análisis, en los "Deberes" 1 y 5, referentes a que las Auxiliares deben: "Sujetarse a todos los reglamentos del Instituto o instructivos, normas y manuales de la Subdirección General Médica, e instructivos especiales que para el servicio de enfermería, emanen de la Dirección de la Unidad", y a "Proporcionar medicamentos y tratamientos a los pacientes, de acuerdo al manual del Servicio de Enfermería".

Lo anterior supone que cada auxiliar cuente con sus ejemplares de los documentos normativos de enfermería descritos al principio de este capítulo (6).

Para corroborar el cumplimiento de los "deberes" mencionados, se efectuó un censo tomando una muestra de 8 auxiliares de enfermería de los pisos 1o., 2o., 3o., y 4o. del Hospital de Convalecencia, que corresponden a los diferentes servicios de dicha unidad. Además, se entrevistó con el mismo propósito a Jefe y Subjefe del Departamento de Enfermería del Hospital, a 2 enfermeras jefes de piso y 2 enfermeras generales.

La Jefe y la Subjefe de Enfermería informaron que se han entregado a cada auxiliar el Manual de Enfermería (7) y la Guía de Actividades (8).

Por otra parte, las auxiliares de enfermería entrevistadas respondieron de la siguiente manera:

Sí tienen el Manual de Enfermería pero no lo consultan, ni lo comentan, ni lo estudian - 5 (62%)

No lo conocen o no lo tienen - 2 (25%)

Lo conocen pero no tienen su propio ejemplar	- 1 (12.5%)
No conocen la Guía de Actividades (análisis del puesto) de la Auxiliar de Enfermería	- 6 (75%)
La conocen pero no la tienen	- 1 (12.5%)
Nunca la han visto	- 1 (12.5%)

Se entrevistó también a dos enfermeras. Una dijo que en el 2o. piso sí hay manuales que se proporcionan por inventario a la entrega y recibo del turno. Otra dijo que no le han dado ningún manual de procedimientos.

Dos enfermeras jefes de piso fueron asimismo entrevistadas. Una dijo que el manual lo tiene en su casa, que no tiene porque anda lo cargando, ya que conoce los procedimientos porque tiene 18 años de jefatura; buscó sin éxito la guía de actividades de la auxiliar de enfermería, porque desapareció de una carpeta que tiene con algunos documentos. La otra contaba con su manual de procedimientos de Enfermería, pero sólo tenía el análisis de puesto de la Enfermera General; tampoco disponía de la Guía de Actividades de la Auxiliar de Enfermería "A" (análisis del puesto) elaborada por la Jefatura de Enfermería del propio hospital.

La Subjefe del Departamento de Enfermería expresó que al llegar a la Unidad le dieron todos los manuales, entre ellos el de bienvenida, pero éste, como es personal, lo tiene en su casa; los demás, están en la Jefatura de Enfermería. Asimismo, la Subjefe de Enfermería ha informado que cada auxiliar cuenta con su Guía de Actividades.

La Jefe del Departamento de Enfermería informó que tenía los siguientes documentos normativos; 1) Hospital de Convalecencia C.-M.N. Guía de orientación para personal de nuevo ingreso a la Unidad. Jefatura de Enfermería; 2) Manual para control de equipos y esterilización (elaborado en la Unidad); 3) Central de Equipos y

Esterilización. Procedimientos. IMSS; 4) Manual para la elaboración de la hoja de registros clínicos y tratamientos. Jefatura de Enfermeras. Hospital de Convalecencia. C.M.N. (Elaborado por el personal de Subjefes de Enfermería); Guía de diagnósticos terapéuticos. IMSS, 1974.

El análisis de los datos obtenidos en el sondeo (9), conduce a las siguientes observaciones:

1. La distribución de los manuales de enfermería se ha efectuado en forma irregular, sin lista de poseedores de manuales ni control acerca de su estudio y consulta cotidianos. Solamente así se comprende que, en tanto la Jefe y la Subjefe de Enfermería afirma que las auxiliares y otras categorías de empleadas de Enfermería han recibido sus manuales correspondientes, un 62% del personal auxiliar responde que lo tiene pero no lo consulta, comenta o estudia; un 25% no lo conoce o no lo tiene, y un 12.5% lo conoce pero carece de su propio ejemplar.
2. La misma irregularidad se observó en la distribución del documento normativo que se refiere a las tareas de la Auxiliar de Enfermería. El 75% de las auxiliares entrevistadas no conocen la Guía de Actividades (análisis del puesto) de la Auxiliar de Enfermería; 12.5% la conocen, pero no la tienen, y otro 12.5% nunca la han visto.
3. No se está cumpliendo, cabalmente, lo establecido en el requisito 33 del profesigramas de la Auxiliar de Enfermería "A", que plantea la necesidad de que las auxiliares deben conocer los "Reglamentos Especiales de Actividades", vigentes en el IMSS, que norman sus labores. Esta condición es válida, tanto para la ocupación de las plazas respectivas, como para el desempeño de las actividades cotidianas, propias del puesto de la auxiliar. En este sentido, puede afirmarse que las autoridades del Hospital de Convalecencia no están contribuyendo, en las áreas de información y capacita-

ción, a que las Auxiliares de Enfermería "A" conozcan los "reglamentos" que determinan sus propias actividades laborales.

4. Si las Auxiliares de Enfermería "A" desconocen los "Reglamentos" que norman sus labores, difícilmente pueden participar, como lo señala el documento normativo (10), "en la valoración de los sistemas de trabajo con la periodicidad establecida por las autoridades correspondientes", que es una actividad cuyo cumplimiento contribuye a la satisfacción en el trabajo, ya que implica una forma importante de participación de la auxiliar en la orientación de sus propias actividades.

En el punto 10 de "Deberes", se le asigna a la Auxiliar las actividades de "Ayudar al médico en el desempeño de intervenciones quirúrgicas..... y tratamientos especiales a los pacientes". La revisión del documento normativo 3 (11) permite afirmar que dichas actividades le corresponden a la Enfermera General -Circulante de Quirófano, Obstetricia y Cirugía, y a la Enfermera Especialista Instrumentista- Obstetricia y Cirugía, cuyas "Actividades Cotidianas" fundamentales se sintetizan en "ayudar al médico en el desempeño de intervenciones quirúrgicas" (pp. 267-276 del documento normativo abajo citado). Además, la actividad de "ayudar al médico en el desempeño de.... tratamientos especiales" corresponde a la "actividad cotidiana" 14 de la Enfermera General (p. 03 del documento normativo citado).

Probablemente, lo que se quiso describir en el mencionado punto 10 es la actividad que el documento normativo 3 asigna a la Auxiliar de Enfermería de Hospitalización como Actividad Cotidiana - 11: "Auxilia en la preparación del paciente que va a cirugía o estudios especiales y lo acompaña cuando se le indique". Sin embargo, el contenido del deber comentado en el punto 10 difiere sustancialmente de la "actividad cotidiana" referida.

En los puntos 11, 12 y 14 de "Deberes" se le asigna a la Auxiliar

las actividades siguientes, respectivamente: "revisar y controlar la dotación de medicamentos, material de curación, equipo e instrumental del área en que esté asignada"; "llenar, controlar, ordenar y depurar la documentación médica que se indique en el área que esté asignada"; "revisar que los medicamentos estén correctamente administrados y suspenderlos de acuerdo a las órdenes del médico".

Al confrontar estos puntos de la Guía con el susodicho documento normativo de hospitales, se puede aseverar que dichos "Deberes" 11, 12 y 14 que comprenden serias responsabilidades de control y depuración de la documentación, la dotación y la administración de medicamentos, material de curación y equipo instrumental no le competen a la Auxiliar de Enfermería. Se trata, más bien, de "Actividades Cotidianas" de la Enfermera General y de la Enfermera Jefa o Responsable de Piso (documento normativo 3, pp. 55-66). Como señala un estudio de la Subdirección Médica (12), a la Auxiliar de Enfermería "A" le corresponde realizar "tareas simples con el fin de colaborar", sobre todo, con el personal profesional de enfermería y directivo; es evidente que si se le asignan tareas profesionales y directivas de enfermería a la auxiliar, su baja escolaridad (estudios primarios) y su carencia de formación profesional (curso de capacitación de seis meses en el IMSS) puede exponer a graves riesgos la vida de los derechohabientes (enfermos agudos y subagudos) que son atendidos en Especialidades Médico-Quirúrgicas del Hospital de Convalecencia.

El punto 20 de "Deberes" asigna a la Auxiliar de Enfermería "A" la tarea de "colaborar con los programas de enseñanza", tarea que corresponde a la "actividad cotidiana" 31 de la Enfermera General, y a las actividades "cotidiana" 30 y "periódica" 5 de la Enfermera Jefa o Responsable de Piso (13). En términos de "los programas de enseñanza", la actividad de la Auxiliar no es "colaborar" sino específicamente asistir a cursos de actualización (actividad periódica 4 y actividad esporádica 3 de la Auxiliar de Enfermería-Hospitalización) (14).

El punto 24 de "Deberes" asigna a la Auxiliar de Enfermería "A" la tarea de "Aplicar a los pacientes aparatos electromédicos vigilando que su funcionamiento sea correcto, haciendo anotaciones e informando resultados o problemas que pueda encontrar en la aplicación de los mismos". La confrontación de este punto con la Guía de Procedimientos Técnico-Administrativos en Unidades Médicas. I Hospitales de Concentración, permite establecer que la actividad descrita en el punto 24 corresponde parcial y/o totalmente a actividades de otras categorías, tanto en la aplicación "a los pacientes (de) aparatos electromédicos" cuanto en la verificación del "buen funcionamiento" de dichos aparatos.

En relación con la aplicación (ejecución de estudios y procedimientos técnicos radiológicos o de electrodiagnóstico) la actividad se asigna, según el documento normativo antes enunciado (15), al Médico No Familiar-Radiólogo en su actividad cotidiana 7 y su actividad esporádica 1 (pp. 176 y 178 de la Guía de Procedimientos mencionada); al Operador de Radiodiagnóstico en sus actividades cotidianas 7 y 10 (pp. 183 y 184 de la misma guía); al Técnico Radiólogo en sus actividades cotidianas 9 y 12 (Guía, p. 180), y al Técnico en el manejo de Aparatos de Electrodiagnóstico en sus actividades cotidianas 1 y 6 (Guía, p. 237).

En relación con la vigilancia del buen funcionamiento (de los aparatos electromédicos), la actividad se asigna, según la norma antes mencionada (16), a la Enfermera General Circulante de Quirófano, Obstetricia y Cirugía en su actividad cotidiana 2 (p. 271), y a la Enfermera Especialista Instrumentista-Obstetricia y Cirugía en su actividad cotidiana 2 (p. 267).

Las actividades cotidianas de la Auxiliar de Enfermería en relación con radiodiagnóstico son, valga la redundancia, de auxilio "al médico radiólogo y al operador de radiodiagnóstico en la ejecución de los procedimientos técnicos para los estudios especiales que se requieren". Esta tarea sintetiza las actividades auxiliares de la categoría que se estudia (actividad cotidiana 4, p. 188 de la norma multicitada).

C O N C L U S I O N E S

1. La Guía de Actividades de la Auxiliar de Enfermería "A" - (análisis del puesto), elaborada por la Jefatura de Enfermería del Hospital de Convalecencia, no se ajusta a los documentos normativos que determinan institucionalmente las actividades de la Auxiliar de Enfermería "A" en el IMSS.
2. La Guía incluye responsabilidades y obligaciones que corresponden a otros puestos, como son los siguientes: Auxiliar de Enfermería "B" - Consulta Externa, Enfermera General, Enfermera Jefa de Piso, Enfermera General- Circulante de Quirófano, Obstetricia y Cirugía; Técnico en el Manejo de Aparatos de Radiodiagnóstico, Técnico Radiólogo, Operador de Radiodiagnóstico y Médico no Familiar-Radiólogo.
3. La descripción del puesto, que indebidamente se atribuye a la Auxiliar de Enfermería "A", en realidad corresponde a la Auxiliar de Enfermería "B" - Consulta Externa, mencionada en la Sección de Radiodiagnóstico de la Guía de Procedimientos Técnico-Administrativos en Unidades Médicas- I Hospitales de Concentración.
4. La Auxiliar de Enfermería "A" no tiene personal a su cargo, más bien se coordina con otras categorías de pie de rama como, por ejemplo, el Auxiliar de Intendencia.
5. Para sujetarse a los Instructivos, Normas y Manuales que determinan la actividad de enfermería, cada Auxiliar de Enfermería "A" debe contar, por lo menos, con la Guía respectiva que regula sus actividades en la Unidad Médica donde labora, lo cual, como se pudo observar, no se cumple prácticamente en un 75% del personal.
6. Con la participación del Director, el Administrador y la Jefa de Enfermería, debe solicitarse, ante los organismos de Organización y Métodos, Supervisión y Asesoría corres-

pondientes, el apoyo técnico indispensable para adaptar la Guía que actualmente se emplea en el Hospital para regular las actividades de la Auxiliar de Enfermería "A", ya que - contraviene el contenido del Contrato Colectivo de Trabajo (tanto del anterior como del recién publicado) y de los Manuales y Guías que reglamentan en unidades hospitalarias las actividades de la categoría objeto de estudio.

7. Si, como está sucediendo, se le asignan tareas profesionales y directivas de enfermería a la auxiliar, considerada su baja escolaridad (estudios primarios) y su carencia de información profesional (cursos de capacitación de 6 meses en el IMSS), se puede exponer a graves riesgos la vida de los derechohabientes (los convalecientes, y los enfermos - agudos y subagudos, que son atendidos en el anexo de Especialidades Medicoquirúrgicas del Hospital de Convalecencia).
8. Como se puede observar, las actividades de la Auxiliar de - Enfermería "A" (en este hospital) se regulan bajo el signo de la arbitrariedad, obligando a la Auxiliar a desempeñar - actividades ajenas a su puesto, lo que conlleva imposición de obligaciones y responsabilidades ajenas a su nombramiento en franca violación de las cláusulas respectivas del Contrato Colectivo de Trabajo (requisito 33 del profesiograma - respectivo). La falta de precisión en las normas, sirve de terreno propicio al estilo autoritario de los directivos - del Hospital, en sus diferentes niveles.

N O T A S

1. O'Donnell K.: "Curso de administración moderna". Citado en Glosario de términos administrativos. S.T.P.S. México, 1974, p. 93.
Para orientar nuestra investigación, se ha consultado la obra de Nava Jiménez, Armando; La importancia del análisis del trabajo en la administración de personal (1974), que contiene estudios del trabajo en unidades médicas del IMSS.
2. Para corroborar más ampliamente nuestra observación, véase el Análisis del Puesto Auxiliar de Enfermería "A", elaborado bajo la coordinación de Ortega Delgado (Enero 1975) que, como objeto y fin del puesto de dicha categoría, señala "realizar tareas simples para ayudar al personal de enfermería, médicos o dentistas, en una unidad de servicio médico" (subrayado mío).
3. Guía de procedimientos técnico administrativos en unidades. I. Hospitales de Concentración "Auxiliar de Enfermería. Consulta Externa. Actividades Cotidianas No. 7", p. 67.
4. Op. Cit. "Auxiliar de Enfermería. Hospitalización". Actividades cotidianas 13 y 15, p. 70.
5. IMSS/SNTSS: Contrato Colectivo de Trabajo 1975/1977. "Catálogo Abierto de Requisitos para ocupar las plazas del Tabulador".
6. Manual de Procedimientos de los Servicios de Enfermería en Hospitalización. IMSS, 1973.
Guía de Procedimientos Técnico Administrativos en Unidades Médicas. I Hospitales de Concentración. IMSS, 1976.
7. Manual de Procedimientos de los Servicios de Enfermería en Hospitalización. IMSS. 1973.
8. Guía de Actividades de la Auxiliar de Enfermería "A" (análisis del puesto). Anexo 2.
9. El análisis del material y la elaboración de las conclusiones de este capítulo se basaron en la obra de Duhalt Krauss M.: Los manuales de procedimientos en oficinas públicas. - Textos Universitarios. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1977, pp. 22-23, 46, 47, 62, 63, 64, 67.
10. Guía de Procedimientos... Hospitales de Concentración. "Actividad periódica 2 de la Auxiliar de Enfermería en Hospitalización", p. 72.
11. Guía de Procedimientos Técnico Administrativo en Unidades Médicas. I. Hospitales de Concentración. 1976.

12. Ortega Delgado G. (coord): Análisis del puesto Auxiliar de Enfermería "A". IMSS, México, 1975 (Descripción de la categoría de Auxiliar de Enfermería "A").
13. Guía de Procedimientos... Hospitales de Concentración, pp. 55-66.
14. Op. Cit., p. 72.
15. Guía de Procedimientos... Hospitales de Concentración.
16. Guía de Procedimientos... Hospitales de Concentración.

IV. LA PRODUCTIVIDAD DE LA AUXILIAR DE
ENFERMERIA "A".

1. La productividad.

En relación con el rendimiento de su personal, el IMSS define a la productividad como "la relación existente entre el volumen de producción de servicios y los recursos aplicados para la producción de los mismos" (1).

Según Mira y López, el término productividad es usado en la actualidad por miles de personas interesadas en mejorar el rendimiento en el trabajo, lo que depende de varios factores inherentes al tipo de actividad.

Con relativa frecuencia, los administradores de personal se preocupan básicamente por obtener productividad en el trabajo. Ellos consideran que esta reflejará el cumplimiento de los fines de la institución o empresa; lo que implica, previamente, el esfuerzo para obtener una buena moral de trabajo.

Un alto grado de productividad no indica necesariamente buenas relaciones en el trabajo; esto se logra, aunque por corto tiempo, mediante métodos rígidos de administración de personal, los cuales implican una situación ficticia, pues se ejercen sin una cooperación voluntaria, y, por supuesto, no satisfacen al mejor trabajador.

Los autores que han procurado explicarse el porqué de la baja productividad, señala una lista de las que consideran son sus principales causas: sentirse molesto por el trato recibido, principalmente por parte de supervisores, jefes y demás autoridades, y no estar a gusto con el ambiente de trabajo ni con la tarea asignada.

Esto último, es frecuente en aquellas personas que tienen un nivel académico superior para la labor que realizan; fundamentalmente, es un problema de selección de personal, aunque existen otros factores de carácter laboral que indudablemente influyen en el -

problema de la baja productividad, como el caso que nos ocupa de las auxiliares de enfermería del IMSS, cuya categoría autónoma - implica la imposibilidad de promoción escalafonaria.

2. Índice de Atención a Pacientes.

Para los fines de nuestro estudio, se han empleado los criterios de productividad del personal de enfermería (profesional y auxiliar), aconsejados por la Organización Mundial de la Salud, que se aplican en los índices de productividad que el IMSS propone - al respecto (2).

Según el Grupo Asesor de Enfermería, el índice para el cálculo de personal es "el número de horas de atención de enfermería que en forma directa se da al paciente durante 24 horas". El índice debe elaborarse conforme al "número de pacientes que corresponde atender a una persona del servicio de enfermería", y ajustarse al "tipo de atención, tipo de paciente y calidad del personal de enfermería".

Según la Jefatura de Enfermería del Hospital de Convalecencia, el índice de atención a pacientes en dicha Unidad (incluyendo convalecientes, y agudos y subagudos), debe ser de "10 pacientes por auxiliar de enfermería" en la jornada de trabajo (3).

El 75% de las auxiliares de enfermería entrevistadas en el Turno Nocturno del rol 2 (4) expresaron que tres auxiliares de enfermería atendían a 55 pacientes en el 4o. piso. Esto significa que en lugar de atender un máximo de 10 pacientes por auxiliar, según el índice establecido en el Hospital, dichas auxiliares de enfermería atendían, cada una, a 18 pacientes, es decir, 80% más del número previsto por el índice.

3. La Distribución del Personal Según su Nivel Profesional.

Conforme al criterio de productividad antes mencionado, la distribución del personal operativo de enfermería debe efectuarse, en atención a su calidad, considerando que la proporción de enfermeras profesionales, en relación con la de auxiliares, varía de acuerdo a la especialidad de cada unidad hospitalaria. "En términos generales es aceptable un 60% de personal profesional y un 40% de auxiliar" (5).

En el Hospital de Convalecencia, que incluía pacientes agudos y subagudos en el período que se efectuó la investigación, el índice de distribución de personal aplicado, difiere totalmente del establecido: 34% de personal profesional y 66% de auxiliar, es decir, 51 enfermeras profesionales y 98 auxiliares de enfermería (6).

CUADRO 1

TOTAL DE PERSONAL OPERATIVO DE ENFERMERIA HOSPITAL DE CONVALECENCIA C.M.N. IMSS 1978		
<u>PROFESIONAL</u>		
ENFERMERA GENERAL	6.5*-	11
ENFERMERA GENERAL	7.2	- 14
ENFERMERA GENERAL	8.0	- 15
JEFE DE PISO	8.0	- 11
		51 34%
<u>AUXILIAR</u>		
AUXILIAR ENFERMERIA	6.5	- 29
AUXILIAR ENFERMERIA	7.2	- 31
AUXILIAR ENFERMERIA	8.0	- 38
		98 66%
T O T A L:		149 100%

* Horario por jornada según contrato.

CUADRO 2		DISTRIBUCION DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SU NIVEL PROFESIONAL HOSPITAL DE CONVALECENCIA C.M.N. IMSS 1978	
MODELO RECOMENDADO POR INDICE		SITUACION DEL HOSPITAL DE CONVALECENCIA	
ENFERMERA PROFESIONAL	60%		34 %
AUXILIAR	40%		66%

Dicha distribución de personal, sin ser la adecuada, no creaba tantos problemas cuando se atendía únicamente pacientes en etapa intermedia, convalecientes, que ya habían pasado el período de gravedad y comenzaban a valerse por sí mismos. Sin embargo, cuando se solicitó la encuesta, se atendía a pacientes agudos y subagudos, que requerían ser atendidos por personal profesional (7).

4. La Distribución del Personal por Turno.

La distribución del personal por turno varía de acuerdo a la especialidad o especialidades de la Unidad.

Por haberse creado el anexo del Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas en 1975, el Hospital de Convalecencia de hecho cubre las especialidades de convalecencia y médico quirúrgicas, en una proporción de 70% de convalecientes y 30% de agudos y subagudos; con las características, ya anotadas, de que las mismas enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, que antes atendían convalecientes, tuvieron que atender a los nuevos pacientes de especialidades médico quirúrgicas: "cirróticos que venían en precoma y que aquí se agravaban" (8).

Según lo anterior, "las mismas enfermeras que estaban aquí en -

Convalecencia, atendieron a los pacientes de Gastroenterología" (9).

El modelo de distribución de personal de enfermería por turnos, que se aplica actualmente en el Hospital, corresponde al de la antigua función de la Unidad, que era la de atender a pacientes en convalecencia (Véase. en el Cuadro 3. el modelo de un hospital sólo para convalecientes).

La distribución del personal de enfermería por turnos, en un Hospital de Convalecencia (40% matutino, 30% vespertino, 15% nocturno 1 y 15% nocturno 2), considera la atención de pacientes que ya han pasado el período de gravedad y comienzan a valerse por sí mismos; además, implica que la atención de dichos pacientes, en términos de control de la convalecencia, se efectúe fundamentalmente en las horas diurnas, es decir, en los turnos matutino y vespertino; se trata de actividades de rehabilitación, y de terapia ocupacional y recreativa. Dicha especialidad determinaba que el personal fuera concentrado, fundamentalmente, en los turnos matutino y vespertino (40% y 30%, respectivamente), y que para las horas de sueño de los convalecientes (horario nocturno), encargara solamente al 15% del personal para cada uno de los dos roles nocturnos.

A diferencia de los convalecientes, los pacientes agudos y sub-agudos requieren una atención constante, lo que supone, una proporción fija de personal que atienda a dichos pacientes. En tanto no se aplique una distribución del personal de enfermería por tipos de pacientes, la distribución de personal por turnos, recomendable para una unidad como la estudiada, que atiende a convalecientes, y agudos y subagudos, es la siguiente: Matutino 25%, Vespertino 25% y para cada uno de los roles nocturnos también un 25%.

El modelo de distribución de personal por turno, aplicado en la unidad objeto de estudio para la atención de los pacientes de diferentes especialidades, sigue siendo el antiguo, el de un hospi-

tal de convalecencia; 39% matutino, 29% vespertino y para cada uno de los roles nocturnos 16 %, lo que seguramente contribuye a que las auxiliares de enfermería del turno nocturno estén "muy cansadas por el exceso de trabajo", como señala la Jefa del Departamento de Enfermería (10), o que, como declaran las Auxiliares de Enfermería en la encuesta "las cargas de trabajo son excesivas" (11).

CUADRO 5

DISTRIBUCION DE PERSONAL AUXILIAR DE
ENFERMERIA POR TURNOS
HOSPITAL DE CONVALECENCIA C.M.N. IMSS 1978

TURNOS	MODELO RECOMENDADO POR INDICE	MODELO APLICADO EN HOSP. CONVA.	APROX. AL MODELO DE UN HOSP. SOLO PARA CONVALEC.
MATUTINO	25 %	39 %	40 %
VESPERTINO	25 %	29 %	30 %
NOCTURNO 1	25 %	16 %	15 %
NOCTURNO 2	25 %	16 %	15 %

5. Bolsa de Trabajo.

Para comprender las condiciones en que se desenvuelve la productividad de la mano de obra en la unidad estudiada, se requiere conocer la forma y las limitaciones con que funciona el sistema de Bolsa de Trabajo del IMSS, específicamente en relación con el reclutamiento y la selección de Enfermeras Generales y Auxiliares de Enfermería para el Hospital de Convalecencia.

En este sentido, se requiere conocer las opiniones del personal directivo del hospital, vinculado directa o indirectamente con la solicitud de mano de obra.

La Jefe de Enfermería de la unidad estudiada declara, en base a -

solicitudes de sustituciones recientemente enviadas a Bolsa de Trabajo, que 4 sustituciones de Enfermera General y 6 de Auxiliares de Enfermería no le han sido cubiertas. Dichas sustituciones de Enfermeras Generales han sido planteadas por las causas siguientes: un caso de incapacidad por maternidad; otro, de incapacidad por enfermedad, y dos comisionadas a la Clínica 30; y entre las Auxiliares de Enfermería: 3 por cambio de adscripción, uno por licencia sin sueldo, otro por beca y otro de incapacidad por maternidad.

En cuanto a los turnos, de las sustituciones de Enfermeras Generales una es del turno matutino; otra, del vespertino, y de las otras 2 no se dispone de datos. Las solicitudes para cubrir las sustituciones de Auxiliares son 4 para el turno matutino y 2 para el vespertino.

Asimismo, la Jefe de Enfermería señala que el rol suplente, que consiste en personal de base cubre diversas tareas (comodines), se integra casi siempre con personas castigadas, es personal que no resuelve problemas. Lo correcto sería, cubrir con personal definitivo. En síntesis, explica la Jefe del Departamento de Enfermería, "no llegan las sustituciones a tiempo, nunca han llegado" (12).

El Administrador del Hospital, en relación con el concepto 08 (sustituciones), informa que "para cubrir incapacidades se insiste, regresa el incapacitado y no llega aún el personal sustituto; no alcanza Bolsa de Trabajo a cubrir requerimientos; en el área de enfermería de Bolsa de Trabajo dicen que no hay candidatos". Además, el Administrador expresa que para plaza de Enfermera General "en el Sindicato no hay propuestas nunca" (datos de Agosto 4/78) (13).

En relación con Bolsa de Trabajo, es interesante complementar las informaciones anteriores con las respuestas presentadas por la Jefe de Dietología: "Bolsa de Trabajo no surte el personal a tiempo, sólo contrata personal temporal que se tiene que adiestrar, y

ya que está adiestrado se tiene que ir. Nunca se cubre la plantilla a tiempo; la contratación por concepto 08 (sustituciones), - que es mensual, es la que más problemas nos causa. El personal - auxiliar sustituido constantemente se cambia. Hace falta plantilla de rol suplente". En este sentido, la Jefe de Dietología coincide con lo declarado por la Jefe del Departamento de Enfermería.

6. Las cargas de trabajo.

Varios integrantes del Cuerpo de Gobierno del Hospital aceptan - que, con el cambio de servicio en 1975, "aumentaron las cargas de trabajo" (Encargado de Intendencia, Jefe de Dietología, Jefe de - Trabajo Médico Social), lo que se agravó por que se cambiaron los sistemas de trabajo (Encargado de Intendencia).

Según la Jefe de Dietología, "el aumento de pacientes....desde - septiembre de 1975 evidentemente aumentó las cargas de trabajo; - las dietistas resintieron el cambio, pero fue más notable en Enfermería".

Según la Jefe de Trabajo Médico Social, "el problema serio se presentó cuando se abrió el servicio (de Especialidades Médico Quirúrgicas) en el 2o. piso, causando el descontento en el personal; se suscitaron una serie de problemas tremendos, siendo las más afectadas las enfermeras".

Recientemente (marzo 1978) se tomó una decisión que agravó el descontento del personal de enfermería; "por instrucciones de la Jefatura de Servicios Médicos del Valle de México, se acabó la rotación de los descansos y los nuevos roles se determinaron por la - antigüedad" (Administrador del Hospital). Esta medida redujo sensiblemente las posibilidades de descanso, diversión y convivencia de las empleadas de enfermería con sus familiares.

Las informaciones proporcionadas por el personal directivo ayudan a comprender ampliamente las quejas expresadas por las Auxiliares

de Enfermería entrevistadas, que se refieren a cargas de trabajo y productividad:

- 1) "Ahorita estamos 3 Auxiliares de Enfermería con 55 pacientes en el 4o. piso; aquí no se cubren las vacaciones, no hay rol suplente, todo esto redundando en agotamiento del personal".
- 2) "Por falta de personal las cargas de trabajo son excesivas".
- 3) "Hay muchas personas que están haciendo el servicio social, fuera del Hospital de Convalecencia (con licencia sin goce de sueldo) y esas plazas no se han cubierto, aumentando las cargas de trabajo. Los roles no son equitativos. Cuando hay mucho trabajo en un servicio, sacan al personal de otros servicios".
- 4) "En enero, febrero, marzo y abril del 78 ... sólo había un médico por piso; en el 1o. y 2o. pisos, que son los de Especialidades Médico Quirúrgicas, hasta las Auxiliares la teníamos que hacer de médicos.... nosotras teníamos que atender a los enfermos críticos, pues tardaba mucho en llegar el médico del paciente" (14).

CONCLUSIONES

1. Las auxiliares de enfermería del turno nocturno atienden - 80% más de pacientes del número previsto por el índice de productividad establecido en el IMSS.
2. En el Hospital de Convalecencia la distribución del personal operativo de enfermería, en atención a su nivel profesional (35% de personal profesional y 65% de auxiliar), difiere bastante del índice establecido. Lo recomendable es, en términos generales, 60% de personal profesional y un 40% de auxiliar (Ver Cuadro 2).
3. La distribución de personal por turno sigue la de un hospital para convalecientes: 39% matutino, 29% vespertino y 16% para cada uno de los dos roles nocturnos. La distribución recomendable para la atención de los actuales tipos de pacientes (convalecientes, y agudos y subagudos) es de 25% matutino, 25% vespertino y 25% para cada uno de los roles nocturnos. La distribución actual va en detrimento de los recursos humanos del turno nocturno.
4. El rol suplente se integra casi siempre con personas castigadas, personal que no resuelve problemas. Lo correcto sería cubrir con personal definitivo.
5. En el Hospital de Convalecencia las sustituciones de personal de enfermería nunca llegan a tiempo.
6. En el área de enfermería de Bolsa de Trabajo no se alcanza a cubrir los requerimientos de personal presentados por el Hospital de Convalecencia.
7. La decisión tomada por la Jefatura de Servicios Médicos del Valle de México (marzo 1978) de cambiar el sistema de rotación de los descansos y determinar por antigüedad los nue -

vos roles de los mismos, podría crear descontento y ausentismo en buena parte del personal nocturno auxiliar de enfermería, ya que su escaso mérito por antigüedad impediría, seguramente, incluirlas en los roles de descanso de domingos y días festivos, días preferentes para el descanso y la diversión.

8. En el turno nocturno, por falta de personal profesional y auxiliar de enfermería, ~~las cargas de trabajo son excesivas.~~
9. En el turno nocturno, hay auxiliares de enfermería que están haciendo el servicio social, con licencia sin goce de sueldo, fuera del Hospital de Convalecencia, y sus plazas no se han cubierto, aumentando las cargas de trabajo.
10. El análisis efectuado aporta elementos de juicio para afirmar que, en términos de productividad del personal de enfermería, particularmente el auxiliar, el sistema de supervisión está funcionando de modo deficiente.
11. Las excesivas cargas de trabajo, el rebasamiento del índice de productividad oficial, la distribución defectuosa del personal por turno (en detrimento del nocturno), la inoperancia del servicio de Bolsa de Trabajo y la reducción de días de descanso, conduce al stress y al ausentismo de las auxiliares de enfermería, ya que crean una situación de sobreexplotación de la fuerza de trabajo femenina.
12. Las cargas de trabajo de los turnos diurnos se mantienen constantes en el nocturno, pero en éste el personal es más reducido: menos de la mitad del matutino y propiamente la mitad del vespertino, lo cual se complica mediante una espiral de fatiga que produce ausentismo, lo que a su vez produce más fatiga y más ausentismo, de modo que no se encuentra en el turno nocturno estabilidad en la mano de obra -

disponible, siquiera en el 15%, sino generalmente en niveles inferiores a dicho porcentaje.

N O T A S

1. Instituto Mexicano del Seguro Social; Criterio para la Determinación de Necesidades de Recursos Humanos. Departamento de Dotación de Recursos Humanos. Jefatura de Servicios de personal. México, 1976, p. 14.
2. IMSS: Indicadores y Cálculo de Personal (de Enfermería). Grupo Asesor de Enfermería. Junio 24, 1977.
3. IMSS: Índice de Atención a Pacientes por Jornada. Auxiliar de Enfermería del Hospital de Convalecencia. C. M. N. Agosto 3, 1978.
4. Encuesta efectuada entre auxiliares de enfermería durante la última semana de julio y la primera de agosto de 1978.
5. IMSS: Indicadores y Cálculo de Personal (de Enfermería).
6. Op. Cit.
7. Hasta septiembre de 1975, el hospital solamente atendió convalecientes. A partir de esa fecha, se abrió, en el primer piso de la Unidad, un Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas para atender pacientes agudos y subagudos que provenían del Hospital General. Aunque a partir del mes de febrero de 1978 se decidió pasar a los pacientes agudos al anexo del Hospital General, se mantuvo el carácter mixto de los pacientes atendidos (convalecientes y subagudos), y se siguió rolando al personal, de manera indiscriminada, sin considerar su distribución según el tipo de pacientes. Toda vía en el mes de junio de 1978 había 205 camas en el hospital con 58 pacientes agudos y subagudos (28%) y 147 convalecientes (72%), es decir, que se mantenía la composición mixta de los pacientes (intermedios y críticos).
8. Entrevista a la Jefe de Enfermería del Hospital de Convalecencia.

9. Idem.
10. Entrevista.
11. Encuesta Julio-Agosto 1978.
12. Entrevista Agosto 4/1978.
13. Entrevista.
14. Encuesta julio-agosto 1978.

V. LAS PRESIONES LABORALES Y EXTRALABORALES

En relación con los cambios operados en el Hospital de 1975 a la fecha, las respuestas de varios funcionarios interrogados coinciden en que las más afectadas fueron las enfermeras (es decir, empleadas de Enfermería de diferentes categorías, incluyendo a las auxiliares).

Quando se observa que hubo cambio de especialidades, de tipo de pacientes y de sistemas de trabajo, y aumento notable de cargas de trabajo, se comprende la objetividad de lo declarado por la Jefe de Enfermería: "yo pienso que fueron muchos cambios para muy poco tiempo... (las empleadas de Enfermería) faltan por que están muy cansadas, por el exceso de trabajo y por el stress que les causó el aumento de defunciones" (1) (Véase Anexo Estadísticas Defunciones en Hospital de Convalecencia).

En su respuesta, la Jefe de Enfermería se refiere al stress, concepto familiar para quienes se desenvuelven en el ambiente de las unidades médicas, pero que debe definirse: a) por su trascendencia para comprender el estado de ánimo de las auxiliares de enfermería, y b) por sus implicaciones para entender el ambiente de trabajo - que ha creado y sigue creando descontento entre las empleadas a quienes se refiere el estudio; c) por su complejidad y función esclarecedora de los conflictos psicológicos individuales que pueden ser el punto de partida de serios conflictos laborales.

"El término stress, que se originara en las ciencias físicas, significa una fuerza que, al actuar sobre un cuerpo, produce tensión o deformación... Tanto en las ciencias físicas y en la biología - como en el estudio conductual... lleva en sí la connotación de una condición extrema, que implica presión, tal vez daño y alguna forma de resistencia a la fuerza compulsora" (2).

"Se llama síndrome de adaptación general (SAG) al síndrome por medio del cual se manifiesta el estado de stress. Su patrón carac-

terístico incluye tres etapas: 1. una reacción de alarma, que abarca una fase de choque inicial de resistencia disminuida y una fase de contrachoque, en la cual empiezan a funcionar los mecanismos de defensa; 2. una etapa de resistencia, cuando la adaptación es óptima, y 3. una etapa de agotamiento, caracterizada por el derrumbamiento de las respuestas adaptativas" (3).

El stress es "la respuesta a procesos internos y externos que alcanzan esos niveles de umbral en que se fuerzan las capacidades integrantes fisiológicas y psicológicas más allá de sus límites" (4).

Entre las situaciones principales provocadoras de stress, se señala la siguiente, integrada por un conjunto de condiciones: "presión de tiempo; se les da a los sujetos tareas para realizar y, después, se les molesta, se les critica, se les obliga a ejecutarlas con mayor rapidez" (5).

Cuando se presiona a las personas más allá de sus límites, éstas, para sobrevivir, acuden a respuestas defensivas y adaptativas que se pueden definir como homeostáticas. La homeostasia es "una tendencia general del organismo encaminada a mantener constantes las condiciones de equilibrio de su medio... La conducta orientada hacia un fin es interpretada como busca de un nuevo equilibrio: la construcción de un nido, por ejemplo, corresponde a un medio de luchar contra la disminución de la temperatura del cuerpo". (6).

Después de la definición anterior, resulta más esclarecedora la siguiente explicación del stress: "Estado en que se encuentra un organismo amenazado de desequilibrio, bajo la acción de agentes o condiciones que ponen en peligro sus mecanismos homeostáticos" (Sillamy; 307). En este sentido, "todo factor susceptible de destruir este equilibrio, ya sea de origen físico (traumatismo, frío), químico (veneno), infeccioso o psicológico (emoción), es denominado agente stresante" (7).

En relación con el stress en el medio ambiente laboral de las organizaciones, Chris Argyrys explica que "la apatía, la indiferencia, la falta de entrega y otros defectos semejantes no son reacciones de la gente intrínsecamente irresponsables... son mecanismos de adaptación, formas de enfrentarse a las exigencias que el mundo exterior impone al que trabaja (8).

Para adaptarse a "las exigencias que les impone la organización" (cuando les resulta imposible renunciar a su empleo), "los empleados maduros pueden recurrir a uno cualquiera o a varios de estos mecanismos (de adaptación): el ausentismo, el sindicalismo, la indiferencia... combatiendo a la organización o aceptándola con apatía..." (9).

Como lo explica Argyrys, "esta clase de conducta permite a los empleados maduros la oportunidad de liberar sus tensiones internas - ..." (10).

En este contexto teórico pueden interpretarse y explicarse respuestas de personal directivo de la unidad y auxiliares de enfermería, cuando se refieren a los agentes stresantes que condicionaron la conducta laboral de las auxiliares de enfermería al sobrevenir los cambios de actividad que provocaron una huelga de hambre en enero de 1978 (11) y el ausentismo posterior, fenómeno que se sigue presentando, a pesar de las nuevas reglamentaciones de asistencia y puntualidad (12).

La Jefe de Enfermería ha señalado que "no ha disminuido el ausentismo" y que se observa, sobre todo, "en los turnos vespertino y nocturno" (13).

A través de las respuestas de los miembros del Cuerpo de Gobierno del Hospital pueden observarse elementos fácilmente identificables como agentes stresantes o propiciatorios para su aparición:

1. "Las mismas enfermeras y auxiliares que estaban aquí en Convalecencia, atendieron a los nuevos pacientes de Gas-

troenterología (agudos y subagudos)... Con los fallecimientos las muchachas (auxiliares, enfermeras y jefes de piso) se sienten desadaptadas... ya que no estaban acostumbradas a este nuevo tipo de pacientes crónicos que venían en precoma y que aquí se agravaban... el aumento de defunciones les causó stress". (Jefe de Enfermería).

2. "Antes había un muerto por año; al comenzar a trabajar Especialidades Médico Quirúrgicas, subió a 10 muertos al mes" (Director).
3. "El nuevo servicio de Gastroenterología, anexo al Hospital, se fundó en 1975 y aumentó en 1976... cambió el tipo de pacientes... no hubo sensibilización para que la gente se adaptara a los cambios... se crearon tensiones y problemas... se desató mucha agresión entre compañeros... actitudes agrias hacia los pacientes... se agudizó el stress" (Psicóloga).
4. "Desde septiembre de 1975 se incrementaron las cargas de trabajo. No es lo mismo manejar convalecientes que pacientes en etapa aguda o subaguda. Antes morían 3 ó 4 personas al año, ahora mueren 6 a 10 personas al mes. El problema serio se presentó cuando se amplió el servicio de Especialidades al segundo piso. Se suscitaron unaserie de problemas tremendos, siendo las más afectadas las enfermeras" (Jefe de Trabajo Médico Social).

En cuanto a condiciones psicológicas que devienen factores stressantes, vinculadas con las actividades de atención directa a pacientes, las respuestas de las auxiliares de enfermería amplían en forma esclarecedora el cuadro de las anteriores.

"En enero, febrero, marzo y abril de 1978, bajábamos uno o dos muertos cada noche. Sólo había un médico por piso. En el primero

y segundo piso, que son los de especialidades médico quirúrgicas, hasta las auxiliares la teníamos que hacer de médicos... Nosotras teníamos que atender a los enfermos críticos, pues tardaba mucho en llegar el médico del paciente" (Auxiliares de Enfermería del Turno Nocturno. Rol 2)(14).

En relación a los factores socioculturales e institucionales que determinan la actitud laboral femenina, condicionada siempre por las responsabilidades en el hogar y el cuidado de los hijos, la siguiente respuesta fue avalada por el 75% de las auxiliares entrevistadas:

"Sentimos que las auxiliares del turno nocturno estamos relegadas con respecto a los demás turnos. No hay servicio de guardería para el personal de velada... es muy difícil conseguir quien cuide a los niños en la noche. Muchas compañeras los dejan encerrados. Hay compañeras que llegan tarde o no vienen, porque no tienen quien cuide a sus niños. Algunas compañeras los dejan encerrados en sus coches en el estacionamiento del Hospital" (Auxiliares de Enfermería del Turno Nocturno. Rol 2) (15).

Aparte de los factores propiamente laborales, que ya se han documentado ampliamente en este capítulo, un factor agudizador del stress, que repercute en el medio laboral, es el sentido de responsabilidad femenina hacia los hijos, el cual, en cuanto a su cuidado directo, sigue siendo hasta nuestros días responsabilidad de la madre, con independencia de su estado civil. El estado de angustia de la madre trabajadora se expresa ampliamente en la preocupación expresada por el 75% de las entrevistadas, pero no deja de ser interesante para nuestro estudio que una de las entrevistadas del otro 25%, trabajadora asidua y cumplida del turno nocturno, confió al entrevistador, apesadumbrada, lo siguiente: "tengo un poco abandonaditos a mis hijos".

Un asunto de importancia medular para la mujer, a un tiempo trabajadora y madre, es la existencia de guarderías infantiles. La ca -

rencia de este servicio es factor determinante de ausentismo laboral y desinterés en el trabajo. Esta afirmación ha sido ya documentada ampliamente por encuestas efectuadas en varios países y en México (16).

Hasta 1975, el Código Civil señalaba en su artículo 168: "Estará a cargo de la mujer la dirección y cuidado de los trabajos del hogar", norma cuya interpretación hace extensiva al cuidado de los hijos las responsabilidades de la madre trabajadora.

Apesar de las reformas aplicadas al Código Civil en 1975, el espíritu de la legislación anterior aun determina al respecto las costumbres de la sociedad mexicana, y se ha comprobado que lo más difícil de desarraigar es la fuerza de la costumbre (17).

Esta consideración jurídica-cultural demuestra la ingente necesidad de que el IMSS, como empresa, tome medidas para ir más allá de la prestación de pago del concepto guardería y atender mediante el censo respectivo y la planeación consecuente la creación del servicio nocturno de guarderías, medida que indudablemente contribuiría a mejorar la moral de trabajo del personal femenino nocturno del Hospital de Convalecencia y otras unidades médicas como jantes.

CONCLUSIONES

1. Los cambios operados en Especialidades, tipos de pacientes y sistemas de trabajo, y el subsecuente aumento notable de cargas de trabajo han sido (y son todavía) causantes de stress entre las auxiliares de enfermería, particularmente en el turno nocturno.
2. Por su número y sus actividades en el hospital, las categorías más afectadas por el stress han sido las del área de enfermería.
3. El sector de auxiliares de enfermería más afectado fue aquél que atendía (y atendió) durante mucho tiempo a convalecientes, que no experimentaba con frecuencia la observación de fallecimientos y que, a raíz de los cambios en el hospital, vivió con extrema tensión el trato de enfermos muy graves y los fallecimientos constantes.
4. Dado que permanecen los agentes stressantes, y que las cargas de trabajo continúan siendo excesivas, el ausentismo no ha disminuido, sobre todo en el turno nocturno, que ha sido el más afectado por dichas condiciones.
5. Dado que el personal auxiliar de enfermería es más escaso en el turno nocturno (véase Capítulo de productividad), las cargas de trabajo son más pesadas y carece de servicio de guardería, el estado de stress es más agudo que en otros turnos y más intensa la necesidad de ausentarse del medio de trabajo (agente stressante) para aliviar la tensión.

N O T A S

1. Entrevista. Junio 13, 1978. Ver Anexos 1 y 2 sobre defunciones y mortalidad.
2. Cofer C.N. y M.H. Appley: Psicología de la motivación. Ed. Trillas, México, 1972, pp. 438-439.
3. Op. Cit., p. 440.
4. Op. Cit., p. 447.
5. Op. Cit., p. 450.
6. Sillamy N.: Diccionario de la psicología. Ed. Larousse, Barcelona. 1970, p. 157.
7. Sillamy: 307.
8. Argyrys C.: "Apatía e indiferencia de los empleados: ¿Es eso lo que logra la administración?". En La administración de empresas y su personal. Ed. Roble. México, 1967, p. 312.
9. Op. Cit., p. 313.
10. Op. Cit., p. 313.
11. "En la huelga de hambre participó todo el personal de todos los departamentos, incluyendo enfermeras, jefes de piso; estaban descontentas con el Director, el Administrador, la Jefe de Enfermería y la Jefe de Dietología" (Jef de Enf.).
12. "Reglamentación de acuerdo a la cláusula 4a. transitoria - que entrará en vigor a partir del 16 de junio de 1978". Seguridad Social. Organo de Difusión del SNTSS. Junio 5, 1978, p. 24.
13. Entrevista. Agosto 4, 1978.

14. Declaración del 75% de las auxiliares entrevistadas. En -
cuesta Julio-Agosto 1978.
15. En la noche que se entrevistó a las auxiliares del rol noc-
turno 1, se pudo observar el coche de una auxiliar de enfer-
mería dentro del cual dormían dos niños de corta edad.
16. Klein V.: La mujer entre el hogar y el trabajo. Barcelona,
1967.
Tirado Bazán S.: Informe Preliminar sobre las Causas del -
Ausentismo Laboral Femenino en el IMSS. 1976.
Randón T. y Ferrero M.: La mujer trabajadora. México, 1975.
Camacho López R.: Estudio sobre Ausentismo y sus causas en
el personal de enfermería. Hospital de Pediatría. C.M.N. -
IMSS, 1977-1978.
17. No deja de ser interesante que el periódico sindical publi-
que en sus páginas la siguiente nota dedicada "A la mujer -
que trabaja:" A ti, que mañana a mañana abandonas tu hogar
dejando un vacío inmensamente grande; a ti que al momento
de partir sientes la angustia de separarte de tus hijos -
por tanto tiempo" (Pérez Pérez, Olalla; "A la mujer que tra-
baja". Seguridad Social. Organo de Difusión del SNISS. Ago-
sto 5 de 1978, p. 8).
Para consultar la legislación sobre el papel de la mujer en
el hogar, antes y después de 1975, véase Código Civil. Mé-
xico, 1967 y 1977 (Vigésima y Cuadragésima Tercera Edición).

VI. LOS AGRAVIOS Y LA ROTACION DE PERSONAL.

Al referirse a la estructura de una empresa, Selekman explica que "la verdadera significación del agravio (queja ignorada) emerge solamente cuando reconocemos la expresión de descontento como síntoma de fricción, de mal funcionamiento, en alguna parte, en esa estructura..." (1).

Los descontentos expresados por los trabajadores, si fueran todos del conocimiento de los directivos, formarían posiblemente el índice simple más significativo de estabilidad organizacional. "Los descontentos de los empleados son oportunidades para la comprensión, a las cuales el buen administrador de personal debe estar siempre muy alerta" (2).

"El descontento de un empleado puede definirse diciendo que es cualquier cosa que inquiete a un empleado, ya sea que éste exprese o no en palabras su intranquilidad" (3). "Una queja es descontento expresado oralmente o por escrito" (4), presentado al conocimiento del personal directivo o de la representación sindical.

"Un agravio es una queja que ha sido ignorada, pasada por alto o, en la opinión del quejoso, echada a un lado sin darle la debida consideración. Por lo tanto, desde el punto de vista del empleado agraviado, un agravio lleva siempre consigo un sentimiento de injusticia... es una injusticia cometida con él" (5).

Las quejas se pueden considerar como "guías" para efectuar estudios, "más que como simples molestias de las que hay que tratar de deshacerse", lo que supone "ir más allá del simple contexto de las quejas, procurando alcanzar el significado que existe tras ellas" (6).

Al clasificar y depurar las quejas, se puede llegar a conocer "qué es lo que sienten los empleados... (y) también a obtener alguna pista sobre la forma en la que los supervisores manejan al personal" (7).

Conforme a la explicación anterior, las auxiliares de enfermería del Hospital de Convalecencia se quejan del trato de los directivos y de que son objeto de discriminación, marginación y negación de derechos, particularmente en el turno nocturno.

En general, de la muestra de 17 auxiliares entrevistadas (turnos matutino y nocturno) se quejaron 10, es decir, el 59%. En el turno matutino, se quejaron 6 de las 11 entrevistadas, es decir, el 54%. En el nocturno, expresaron quejas 4 de las 6 entrevistadas, es decir, el 66%.

Las quejas que se presentan a continuación son un resumen de las expresadas por las auxiliares de enfermería durante la encuesta.

A. Trato de los Directivos.

1. El problema empieza con las superiores, no preguntan por que falta uno. Las supervisoras dicen "las faltistas que ni me hablen". Ellas no se fijan en la calidad de nuestro trabajo. Que se humanicen un poquito nuestros jefes administrativos.
2. Si tenemos alguien que se opone a nuestro desarrollo es nuestra jefe de enfermeras del Hospital. Las jefes imponen disciplinas que ellas mismas no cumplen. En caso de que alguien emita una opinión que desagrade a las superiores, de inmediato se amenaza al empleado con poner anotaciones en su expediente. No nos ven como seres humanos.
3. No se digna el Administrador recibirnos.
4. La jefe de enfermeras tiene problemas de comunicación y relaciones humanas con su personal.
5. Los mismos pacientes se quejan de las supervisoras.

6. Hay problemas de trato con el Administrador que es grosero para contestar.
7. El Administrador es arbitrario, no respeta a las personas, les habla con insolencias y les hace proposiciones indecorosas en la misma Unidad.
8. Tenemos problemas con la Dirección, Supervisión y con el Administrador que nos presionan y humillan, nos prohíben tener cordialidad con los compañeros de Intendencia.
9. El Administrador, por cualquier motivo, llama a la policía que vea qué se está hablando cuando están en el vestidor.
10. No hay estímulos, queremos que se nos informe oportunamente sobre las actividades docentes. Que la supervisión sea para mejorar, que se tome en cuenta los estudios de cada persona.
11. Si necesitamos algún permiso, los jefes nos niegan, no se nos estimula; se han dado cursos y a las auxiliares no se nos avisa y cuando lo hacen es a última hora.
12. Los jefes las presionan y humillan diciéndoles que ellos tienen el poder.
13. Los jefes siempre tienen la razón. No se nos escucha.
14. Yo tengo carro pero a veces me tengo que regresar a mi domicilio por no encontrar lugar donde estacionarme, tengo solicitud de calcomanía pero me han dicho que hasta que lleguen a nuestra categoría, "si sobran nos dan. Vivo lejos, adelante del aeropuerto.

B. Discriminación, Marginación y Negación de Derechos.

1. Los delegados sindicales nos debían de dar mayor orientación.
2. Los delegados sindicales no tienen lugar donde puedan atender, se les presta un escritorio y una máquina en el Departamento de Personal.
3. No hay estímulos para las personas que demuestran interés y responsabilidad.
4. Sentimos que las auxiliares del turno nocturno estamos relegadas con respecto a los demás turnos. No hay servicio de guarderías para el personal de velada. Es muy difícil encontrar quien cuide a los niños en la noche. Muchas compañeras dejan a sus niños encerrados en sus coches en el estacionamiento del Hospital.

Hay quejas cuya naturaleza implícita se refiere, también, a la discriminación que sienten, indirectamente, los empleados; esta discriminación es la que se refiere al trato que le dan las autoridades a su delegado sindical.

Las auxiliares entrevistadas dijeron: "Los delegados no tienen un lugar donde puedan atender... No hay un lugar privado para que atienda el delegado sindical, se le presta un escritorio y una máquina en el Departamento de Personal" (8).

Como se observa más adelante, los agravios, con su injusticia evidente, generan un gran malestar entre la fuerza de trabajo, el cual no se puede expresar fácilmente por la vía sindical. En tales circunstancias, las auxiliares de enfermería, como los demás trabajadores del IMSS, recurren a los cauces permitidos que además del ausentismo incluyen la posibilidad de cambiarse de horario o de centro de trabajo (cambio de adscripción), lo que representa una forma de rotación de personal, síntoma de baja moral

de trabajo.

Es importante considerar que las restricciones del mercado de trabajo impiden que el retiro voluntario definitivo se manifieste en la categoría laboral femenina de la cual ocupa esta investigación. La trabajadora opta, en este sentido, por realizar tareas desagradables o soportar a disgusto un trato insatisfactorio, que renunciar al sueldo y demás prestaciones; a cambio de esto, busca mecanismos que le permitan paliar su malestar, deviniendo la rotación interna e incluso el cambio de horario.

Se ha señalado que el concepto de rotación de personal, lo mismo que el ausentismo y la baja productividad, es síntoma de una baja moral de trabajo, la que a su vez se origina en una administración de personal inadecuada.

Se ha definido a la rotación de personal como "el número de trabajadores que salen y vuelven a entrar, en relación con el total de una empresa, sector, nivel jerárquico, departamento o puesto" (9).

La rotación de personal presenta graves inconvenientes. En primer término debemos señalar el de la pérdida de eficiencia. En una empresa o institución donde encontramos una constante rotación de personal, necesariamente existen problemas frecuentes de adiestramiento para aquellos que suplen a los empleados salientes. Además, durante el intervalo comprendido entre la separación del empleado anterior y la fecha en que es reemplazado efectivamente, las cargas de trabajo son más fuertes para el resto del grupo de trabajo, generando malestar y descontento.

La inestabilidad del trabajador es un síntoma inequívoco de su inadaptación al lugar o al puesto de trabajo; esta inadaptación, llevada a sus últimas consecuencias, o sea el retiro definitivo, revela grave deterioro de las relaciones humanas e ineficiencia de los sistemas de selección de personal.

Quienes se han ocupado de administración de personal, señalan - dos tipos principales de rotación; rotación forzosa y rotación - voluntaria.

Para el objeto del presente trabajo, fundamentalmente nos ocuparemos de la rotación voluntaria.

Para el objeto de nuestro estudio, la variable básica de rotación voluntaria será el cambio de adscripción.

Por rotación interna voluntaria se entiende el índice de movilidad horizontal de los trabajadores que cambian de oficina, unidad médica o de bienestar social u otro tipo de área en busca de mejores condiciones de trabajo. En términos de los registros e informaciones de personal del IMSS, se considerará como variable de rotación interna voluntaria el cambio de adscripción.

Cambio de adscripción es el cambio temporal o permanente del trabajador de una unidad, centro de trabajo o área de responsabilidad, a otros diferentes, sin variación en ninguna de las demás características de su situación contractual como categoría, sueldo, jornada y percepciones de plantilla (10).

Según información proporcionada por la Delegación Sindical del Hospital de Convalecencia, entre 1977 y 1978 se han gestionado cerca de 100 solicitudes de cambios de adscripción; es decir, de personal que desea irse del Hospital de Convalecencia a laborar a otras unidades del IMSS; la información añade que las solicitudes han sido presentadas, principalmente, por personal del área de enfermería (11).

Debido a dificultades técnicas y administrativas, no fue posible convalidar la cifra a través de la consulta de los listados de Bolsa de Trabajo relacionados con auxiliares de enfermería, según la muestra seleccionada por el estudio (12).

En la Oficina de Escalafón se revisaron documentos sobre permu-

tas, en relación con la categoría estudiada (auxiliares de enfermería), pero los hallazgos fueron poco significativos (13); asimismo, se revisó la sección de permutas del periódico sindical - con resultados igualmente poco significativos (14).

El estudio de los cambios de adscripción es importante, ya que dicha medida es el recurso extremo de la resistencia pasiva del empleado, e indica, generalmente, problemas de dirección y administración de la unidad de trabajo afectada.

De ser cierta la información proporcionada por el Delegado Sindical, esto sería evidencia de grave inestabilidad organizacional dentro del Hospital de Convalecencia, pues afecta a 100 de los - 321 empleados de dicha unidad médica, es decir, al 31% de la - fuerza de trabajo femenina, sobre todo de enfermería, el área más importante por la naturaleza del servicio.

Finalmente, es necesario anotar que varias de las auxiliares entrevistadas se quejaron, y expresaron que prefieren "pedir su - cambio de hospital"; otra auxiliar expresó: "he querido hacer - una permuta pero nadie quiere venir a este Hospital".

La Jefe de Enfermería ha comentado, paradójicamente, que "antes se decía del Hospital de Convalecencia que era el Hilton de los pobres; las enfermeras querían venir a trabajar aquí (Entrevista)".

C O N C L U S I O N E S

1. Un amplio grupo de auxiliares de enfermería entrevistadas se queja del trato de los directivos y de que son objeto de discriminación, marginación y negación de derechos, particularmente en el turno nocturno.
2. De la muestra de 17 entrevistadas (turnos matutino y nocturno), se quejaron 10, es decir, el 59%.
3. En el turno matutino se quejaron 6 de las 11 entrevistadas (54%); en el nocturno, 4 de las 6 entrevistadas (66%).
4. El grupo de las quejas abarcó ausentistas y no ausentistas.
5. Las quejas expresan que no se les quiere escuchar ni atender; manifiestan sentimientos de injusticia. Sus quejas se han convertido en agravios; son síntomas de mal funcionamiento del hospital.
6. Si, en efecto, 100 de los 321 empleados (31% de la fuerza de trabajo), pertenecientes en buena parte a categorías del área de enfermería, desean cambiarse de adscripción (incluyendo solicitudes de permutas), esto se consideraría evidencia de grave inestabilidad organizacional dentro del Hospital, ya que supone un estado de descontento generalizado a un sector importante de la fuerza de trabajo. y sugiere que, en forma gradual, se puede generar en el corto y el mediano plazo una fuga de la fuerza de trabajo entrenada en las actividades y funciones específicas del Hospital.

N O T A S

1. Pigors-Myers: La administración de personal, p. 221.
2. Op. Cit., Loc. Cit.
3. Op. Cit., p. 222.
4. Op. Cit., p. 222.
5. Op. Cit., p. 222.
6. Pigors-Myers, p. 223.
7. Op. Cit., p. 225.
8. Esta información fue corroborada mediante observación del investigador.
9. Reyes Ponce, Agustín. Administración de personal. Primera parte. Ed. Limusa Wiley, México, 1972, p. 163.
10. IMSS: Glosario de la terminología utilizada en el sistema de administración de personal. Jefatura de Servicios de Personal. Subdirección General Administrativa. 1976.
11. Entrevista. Agosto 31, 1978.
12. La espera de los datos, solicitados a través de diferentes canales y niveles de decisión de la Jefatura de Personal, duró casi 4 meses, sin resultados. (Julio a octubre de 1978). La dificultad obedeció fundamentalmente a que se iniciaron trabajos de reestructuración de los registros de Bolsa de Trabajo.
13. Se revisaron documentos sobre permutas correspondientes a los

años de 1975, 1976, 1977. La consulta se efectuó el día Agosto 10, 1978.

14. La revisión de la prensa sindical abarcó los números correspondientes a las áreas de 1975, 1976, 1977 y 1978. La consulta se efectuó el 31 de agosto de 1978, en la Biblioteca-Hemeroteca del Centro Nacional de Capacitación.

VII. LA ORGANIZACION DEL HOSPITAL.

El análisis de la organización del hospital, objeto de nuestro estudio, tiene como marco de referencia los principios de la administración moderna de personal, los cuales se enriquecen con las aportaciones teóricas de la sociología del trabajo y la psicología industrial.

Para estudiar la organización interna del hospital, se considera que la palabra organización "designa la disposición y arreglo de las distintas unidades de que se compone un organismo administrativo y la relación que guardan esas unidades entre sí, así como la forma en que están repartidas las actividades de ese organismo entre sus unidades.... Por eso se dice que el organograma es el retrato o la representación gráfica de la organización..." (1).

Apartir del estudio de la moral de trabajo en un segmento de la mano de obra - las auxiliares de enfermería- es posible entonces observar el estado que guarda la organización interna del hospital, y se pueden analizar los métodos, el estilo de mando y las actitudes del personal directivo. Pero, de ninguna manera, el estado que guarda la organización del hospital puede caracterizar se separándolo de su contexto macroorganizacional, que comprende los niveles superiores de decisión, los cuales, por encima de la jerarquía de la unidad hospitalaria, determinan de modo fundamental su operación y, en general, el funcionamiento del IMSS.

En este sentido se analizaron e interpretaron las actividades de la auxiliar de enfermería, su ausentismo, su productividad, su estado de ánimo, sus quejas y sus propósitos de cambiarse de adscripción. Las conclusiones respectivas indican lo siguiente:

1. No se aplican correctamente las normas de productividad en el área de Enfermería.
2. No se aplican correctamente los procedimientos que regulan las actividades de la auxiliar de enfermería.

3. Los cambios en el servicio del hospital, operados a partir de 1975, no se planearon correctamente en cuanto a tipo de pacientes y sistemas de trabajo.
4. El personal directivo no ha podido asumir siempre una actitud receptiva y cordial ante las quejas expresadas por el personal.
5. Un sector muy amplio del personal, sobre todo de Enfermería, ya no desea trabajar en el Hospital.

Debido a que los fundamentos de la planeación, las normas de productividad, los procedimientos de trabajo y los principios de relaciones humanas no se están aplicando correctamente en el Hospital, se consideró indispensable analizar la organización de la unidad, en términos de dos instrumentos normativos, a manera de indicadores básicos de organización: 1) el manual de organización; 2) el organograma.

A este respecto se entrevistó al Administrador de la Unidad, quien declaró que no se contaba con Manual de Organización ni organograma, pero que, a la mayor brevedad, se diseñaría un organograma para proporcionar al grupo investigador (2).

La carencia de tales instrumentos normativos plantea limitaciones de organización en el hospital, cuyas implicaciones sólo se pueden determinar claramente si se explica para qué sirven los manuales de organización y los organogramas, y cómo su aplicación o carencia pueden influir en la actitud del personal directivo.

Para los especialistas mexicanos en administración de hospitales, no hay duda acerca de la necesidad de aplicar principios y métodos de organización e instrumentalizarlos, y de cómo estas medidas determinan las relaciones humanas con el personal del hospital (3).

Barquín explica que para organizar el hospital y, en su caso, prever los cambios, ayuda mucho el establecimiento de organogramas,

"indispensables porque van señalando los diferentes niveles de delegación de autoridad y en última instancia contribuyen a establecer la unidad de mando dentro de la organización" (4).

La Jefe del Departamento de Enfermería, que fue el área más afectada por los cambios, ha declarado: "que fueron muchos cambios - para muy poco tiempo" (Entrevista). En este sentido, la reorganización de los recursos, implícita en los cambios efectuados en el hospital, a partir de 1975, se tuvo que abordar en un plano, aparentemente inevitable, de improvisación.

Probablemente los órganos superiores del IMSS en materia de planeación y supervisión médica, y de organización y métodos, no pudieron ofrecer oportunamente la ayuda necesaria.

Esta situación, de relativa desorganización, condujo a que se dependiera de formas de organización informales, y que se operara con recursos escasos e inadecuados. En este concepto, las relaciones humanas entre el personal directivo y el operativo evidentemente dependieron de la propia tensión a que todos estaban sometidos, atmósfera que propició la huelga de hambre de enero de 1978 y el actual estado de descontento del personal operativo, particularmente las auxiliares de enfermería.

Las condiciones ya aclaradas, que condujeron a una desorganización relativa, probablemente expliquen que las autoridades del hospital (Director, Administrativo y Jefes de Departamento) tuvieron que adoptar con frecuencia cierta rigidez, en ocasiones control muy centralizado y un trato de tipo impositivo para la toma de decisiones. Ellos recibían instrucciones superiores o sufrían las consecuencias de falta de planeación e imprevisión de los mismos niveles superiores. Además, frecuentemente carecieron de apoyo en materia de provisión de recursos humanos; en las áreas de Selección de Personal y Bolsa de Trabajo ha habido constantes deficiencias para satisfacer las demandas de mano de obra para el Hospital de Convalecencia.

Medidas que provocaron amplio descontento en enfermería, como anular la rotación de los descansos y que los nuevos roles se determinaran por la antigüedad, fueron consecuencia de instrucciones de la Jefatura de Servicios Médicos del Valle de México. Dichas instrucciones fueron recibidas en un ambiente de particular descontento, de modo que la medida complicó más el ánimo que ya previamente existía.

Sin embargo, el marco fundamental en que se gestó, agudizó y se mantiene el descontento del personal fue, y sigue siendo, la desorganización relativa del hospital, que se manifiesta, explícitamente, en problemas de trato con el personal.

Mc Gregor ha elaborado enfoques teóricos acerca de los estilos de mando y las actitudes del personal directivo (5). Sus investigaciones pueden coadyuvar a la caracterización de los estilos de mando y las actitudes del personal directivo del Hospital de Convalecencia.

La Teoría X. El punto de vista tradicional sobre la dirección y el control. Este modelo de comportamiento directivo sostiene que "la mayor parte de las personas tienen que ser obligadas a trabajar por la fuerza, controladas, dirigidas y amenazadas con castigos para que desarrollen el esfuerzo adecuado a la realización de los objetivos de la organización".

La Teoría Y. La integración de los intereses individuales con los objetivos de la organización. Este modelo de comportamiento directivo sostiene que "el control externo y la amenaza de castigo no son los únicos medios de encauzar el esfuerzo humano hacia los objetivos de la organización... el ser humano se habitúa, en las debidas circunstancias, no sólo a aceptar sino a buscar nuevas responsabilidades".

A efectos de comparación, análisis e interpretación, a continuación se presentan las opiniones y actitudes DEL PERSONAL DIRECTIVO ACERCA DEL PERSONAL OPERATIVO.

1. "Los que menos trabajan son los que se quejan más del trabajo" (Director).
2. "Lo que más influye en el ausentismo es la flexibilidad en cuanto al disfrute de los derechos laborales" (Director).
3. "La falta de sanciones produce ausentismo" (Director).
4. "El personal con menos cultura es el que encuentra más defectos" (Administrador).
5. "Puedo asegurar que no hay queja contra Directores. Yo soy el jefe negrero" (Administrador).
6. "Probablemente (las empleadas) me vieron demasiado severa en muchas cosas, que no lo dudo" (Jefa de Enfermería).

DE LAS AUXILIARES ACERCA DEL TRATO DE LOS DIRECTIVOS.

1. El problema empieza con las superiores, no preguntan - porque falta uno. Las supervisoras dicen "las faltistas que ni me hablen".
2. Las jefes imponen disciplinas que ellas mismas no cumplen. Encaso de que alguien emita una opinión que desagrade a las superiores, de inmediato se amenaza al empleado con poner anotaciones en su expediente.
3. El Administrador es arbitrario, no respeta a las personas, les habla con insolencias.
4. Tenemos problemas con la Dirección, Supervisión y con el Administrador que nos presionan y humillan.
5. Los jefes las presionan y las humillan diciéndoles que

ellos tienen el poder.

6. No se nos escucha.

Probablemente, a causa de la ya mencionada desorganización relativa y de las tensiones y presiones que sufre el personal directivo, sus opiniones (y las actitudes implícitas en ellas) se acercan en forma notoria a la Teoría X, el punto de vista tradicional sobre la dirección y el control, lo cual, a su vez, puede ser originado en los niveles superiores de decisión por las órdenes e instrucciones emitidas en forma rutinaria, pero desprovistas de información adecuada para la consecuente toma de decisiones.

Del análisis de las opiniones del personal directivo y de las auxiliares de enfermería, se desprende que las circunstancias de desorganización relativa, el exceso de presiones y responsabilidades (6), y la escasez de recursos humanos que experimenta el personal directivo, lo han condicionado a ejercer la autoridad con un punto de vista tradicional sobre la dirección y el control, que coincide con el estilo de mando paternalista y autoritario - que, en la práctica, tiende a provocar el ausentismo del personal.

Las investigaciones han demostrado que "los miembros reclutados voluntariamente y con una actitud completamente positiva, si son colocados bajo una disciplina demasiado rígida, bajo una dirección autoritaria o bajo medidas completamente arbitrarias, pueden perder rápidamente su entusiasmo inicial y cumplir sólo de mala gana las obligaciones que les imponen sus papeles" (7).

CONCLUSIONES

1. Los órganos superiores del IMSS en materia de supervisión y planeación médica, y de organización y métodos, no ofrecieron oportunamente la ayuda necesaria para racionalizar los cambios operados en la estructura y funciones del hospital.
2. La misma falta de planeación con que se operaron los cambios en el servicio, a partir de 1975, impidió la aplicación sistemática de métodos y técnicas modernas de administración de personal, como el manual de organización y los organogramas.
3. En las áreas de Selección del Personal y Bolsa de Trabajo del Instituto ha habido constantes deficiencias para satisfacer solicitudes de mano de obra para el Hospital de Convalecencia.
4. La relativa desorganización condujo al personal directivo a adoptar, con frecuencia, cierta rigidez; en ocasiones, control muy centralizado y un trato de tipo impositivo para la toma de decisiones.
5. La escasa representatividad de la delegación gremial ha impedido que las quejas se atiendan a través del canal de comunicación sindical, para que se compartiera con las autoridades la responsabilidad en la solución de los problemas. Dicha responsabilidad, a la postre, ha recaído casi exclusivamente sobre el personal directivo del Hospital.
6. Las circunstancias de desorganización relativa, escasez de personal y exceso de presiones y responsabilidades desde la jerarquía superior para cumplir con el servicio, han condicionado al personal directivo del Hospital de Convalecencia a ejercer la autoridad con un punto de vista tradicional sobre la dirección y el control, que coincide con

el estilo de mando paternalista y autoritario que, en la práctica, tiende a provocar la insatisfacción del personal y su ausentismo.

1. Duhalt Krauss: Los manuales de procedimiento en las oficinas públicas. 1977, p.111. Los manuales de organización, a través de objetivos, funciones y normas, describen y explican los organogramas.
2. Entrevista. Septiembre 27, 1978. Anexo 1. Organograma del Hospital de Convalecencia. C.M.N. IMSS. 1977.
3. Barquín Calderón M.: Dirección de Hospitales, pp.69-75. Esta obra documenta ampliamente la necesidad de observar y aplicar en el hospital los principios y métodos de organización, y las relaciones humanas. Para una explicación amplia y razonada acerca del papel sistematizador de los organogramas, véase Duhalt Krauss: Los manuales de procedimiento en las oficinas públicas. UNAM. México, 1977 (Capítulo: "Manual de Técnicas para la elaboración de organogramas").
4. Op. Cit., pp. 69-70.
5. Mc Gregor D.: El aspecto humano de las empresas. pp. 43-66. Ver Anexo 2: "La Teoría X y la Teoría Y".
6. Cabe señalar que una delegación gremial con capacidad gestinaria, apoyo mayoritario y legitimación constantemente renovada por la asistencia amplia de los agremiados a las asambleas, es más apta para orientar a los trabajadores y compartir con las autoridades la responsabilidad en la solución de los problemas laborales (Pigors Myers, pp. 50-65). Pero estas características gremiales no se observan en el caso del Hospital de Convalecencia. Las entrevistadas se quejan diciendo "los delegados sindicales nos debían dar mayor orientación". Además, se observa que a las asambleas semestrales "es frecuente que no asista ni una enfermera" y que sólo concurra "entre el 15 y el 20% del personal", esto ha sucedido "desde hace 14 años"; además, dice el Administrador: "el sindicato no nos quiere ni nosotros lo queremos a él, hay una guerra fría". (Entrevista, Agosto 4,

1978). Es decir, que la delegación sindical no proporciona suficiente orientación a sus agremiados ni cuenta con la aptitud para compartir la responsabilidad en la solución de los problemas laborales, lo que conduce a que la responsabilidad recaiga casi exclusivamente sobre el personal directivo del Hospital. Anexo 3. "Personal directivo entre - vistado".

7. Mayntz R.: Sociología de la organización. Alianza Editorial. Madrid, 1967, p. 225.

VIII. LOS ORGANOS SUPERIORES DEL IMSS
Y SU ESTRUCTURA DE PODER.

En capítulos anteriores, después de observar el comportamiento - autoritario y paternalista de los directivos en una unidad hospitalaria del Instituto, subsistiría la pregunta acerca de cuáles son las fuentes de tales estilos de dirección de los funcionarios del IMSS.

Para responder a dicha interrogante, siguiendo las orientaciones de los teóricos de la sociología del trabajo y la sociología de la organización, se procedió al análisis de la estructura de poder del IMSS, en particular, localizando y estudiando el estilo de dirección de "los centros en que efectivamente son tomadas las decisiones más importantes de la organización" (1). En esta fase del estudio, se dió énfasis "al estudio de la organización como totalidad, al de su medio ambiente y al de los rasgos organizacionales de la sociedad total" (2).

Un enfoque más detallado de nuestro abordaje teórico, puede observarse en un capítulo anterior (3).

Las investigaciones recientes sobre participación y satisfacción en el trabajo establecen la necesidad de estudiar las causas del ausentismo laboral en el contexto de la organización y, específicamente, en el nivel de la alta jerarquía, donde se toman las principales decisiones que afectan la organización y su funcionamiento, y determinan, de alguna manera, las reglas, instructivos y normas que definen el diseño y el control de los procesos de trabajo (4).

De ahí la importancia de estudiar la estructura de la alta jerarquía del IMSS para conocer las causas de los estilos de dirección de los funcionarios. En el mismo sentido, se explica el análisis del Sindicato como vía formal de participación y medio de comunicación laboral de los empleados, y factor de poder en la organización y funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La información disponible sobre los factores de poder que influyen en la actividad del IMSS, presenta a la alta jerarquía dividida, en un primer acercamiento, en dos sectores: 1o.) "La autoridad suprema del Instituto... la Asamblea General" (5); 2o.) el Sindicato, "integrado por la totalidad de los trabajadores de base que prestan sus servicios al IMSS" (6)..

Un mayor acercamiento permite advertir que se trata no de dos, sino de 4 sectores que constituyen la estructura del poder en el IMSS. En efecto, la Asamblea General tiene una estructura tripartita, integrada por 10 representantes del Ejecutivo Federal, 10 de las organizaciones patronales, y 10 de las organizaciones de trabajadores derechohabientes (7); además, el propio Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

Si el análisis se conduce a niveles más profundos, se observa que, según el "Reglamento de la Asamblea General del IMSS" y las "Bases para la Designación de los Miembros del Órgano Supremo del Instituto", la integración de la Asamblea dentro de cada sector se distribuye en la siguiente forma: 1) Representación obrera: Confederación de Trabajadores de México (CTM), siete miembros; Confederación Regional de Obreros y Campesinos (CROC), dos miembros; Confederación Regional de Obreros Mexicanos (CROM), un miembro; 2) Representación patronal: Confederación Nacional de Cámaras Industriales (CONCAMIN), seis miembros; Confederación de Cámaras Nacional de Comercio (CONCANACO), cuatro miembros; 3) y los diez representantes del Ejecutivo Federal (8).

La Asamblea General, constituida por esa pluralidad de grupos de presión, delega en el Consejo Técnico la calidad de "el representante legal y el administrador del Instituto"; en este último sentido, el Consejo Técnico es "el órgano de administración permanente del Instituto (9).

El Consejo Técnico está integrado "hasta por doce miembros" y se designan así: cuatro de ellos por los representantes patronales en la Asamblea General; cuatro por los representantes de los tra

bajadores y cuatro por los representantes del Estado, con sus respectivos suplentes(10). En este sentido, la misma amalgama de posibilidades hegemónicas dentro de los grupos de presión determina la integración del Consejo Técnico y, consecuentemente, puede influir en los estilos de dirección para la toma de decisiones(11). Según la composición interna y las decisiones del Consejo Técnico, se conforman la dirección y la administración de personal del Instituto. Esa constelación de grupos de presión, a través de sus posibilidades de identificación dentro del órgano superior del Instituto conocido como Consejo Técnico, es la que determina, de modo específico, a través de su facultad de nombrar y remover al Secretario General, a los Subdirectores, Jefes de Servicio y Delegados (12), la selección de los funcionarios principales y secundarios que dirigen y coordinan a la gran masa de empleados de base del Instituto. Así sean los criterios de la Asamblea General, del Consejo Técnico y del Director General, así serán, en lo fundamental, los funcionarios elegidos por los integrantes de dichos órganos de la alta jerarquía del Instituto y así serán, por consiguiente, los medianos y pequeños funcionarios seleccionados por aquéllos.

De ahí la importancia de estudiar las características políticas y las posibilidades de preponderancia de los grupos de presión, cuyos representantes constituyen los órganos superiores del Instituto como la Asamblea General y el Consejo Técnico, a fin de aproximarnos a la comprensión de las fuentes de los estilos de dirección y de las causas del ausentismo laboral en el IMSS.

Además, como factor de poder del Instituto se debe estudiar al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNISS) para comprender de qué modo se identifica con los intereses de los empleados de base o se halla distanciado de ellos.

Los factores de poder del Instituto se pueden considerar por la importancia jurídica formal de las representaciones en el siguiente orden: Poder Ejecutivo Federal, organizaciones patronales, or-

ganizaciones de trabajadores (de los derechohabientes) y la organización de los empleados del Instituto (SNTSS).

Para los fines de nuestro análisis de causas del ausentismo entre los empleados del IMSS, aquí se invertirá el orden y se comenzará por el organismo gremial de los empleados del Instituto.

EL SINDICATO.

Los trabajadores del Instituto, como afiliados al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), no participan en el diseño de los sistemas y procedimientos de operación de las unidades de trabajo del IMSS (13) y la representación real de los intereses laborales de los empleados es deficiente y débil en los procesos de toma de decisiones del propio Instituto y del Sindicato. La observación anterior parte de un principio fundamental de la participación: que el personal que opera según las normas de trabajo debe participar en su diseño (14).

En efecto, el Sindicato no participa como parte del Sector Obrero del Consejo Técnico del IMSS como es su aspiración (15) ni representaba los intereses de la mayoría de los empleados de base, debido, entre otras causas relevantes, a que solamente el 21% de los afiliados asiste a las asambleas sindicales de carácter electoral, en las cuales unos pocos activistas sindicales no representativos toman la palabra, para decidir (16).

En consecuencia, es necesario crear otros mecanismos de participación institucionales que compensen las deficiencias señaladas.

En este contexto, se entiende que la dirección general y la administración de personal del Instituto se caractericen por actitudes paternalistas y autoritarias debido a que los funcionarios no enfrentan, por parte de la mayoría de los empleados, ninguna resistencia organizada u opinión sistemática a considerar en términos de participación, porque ya no subsisten condiciones para una negociación bipartita real entre institución y sindicato, en términos del igualitarismo formal postulado por la legislación laboral mexicana. De ahí que la ausencia de representación gremial, legitimada por el voto de la mayoría de los empleados que defiendan conscientemente sus intereses, determina la extraordinaria subordinación de aquellos a la alta jerarquía del IMSS en el proceso de toma de decisiones y en el diseño de los procesos de trabajo, es decir, en el control cotidiano de la actividad laboral.

A medida que fueron perdiendo el control de los procesos de trabajo y disminuyó su capacidad de resistir al control de sus actividades laborales "desde arriba"; y en tanto que desaparecieron los hábitos democráticos originales de su sindicato, los empleados del Instituto fueron privados de las principales opciones de legitimidad en la lucha sindical y de la oportunidad de expresar abiertamente su descontento ante las arbitrariedades de los funcionarios. En este sentido, se sabe que cuando un empleado está insatisfecho "buscará alternativas de acción", y puede tomar alguna de estas decisiones: a) dejar la organización; b) quedarse en la organización y producir, o c) quedarse en la organización y no producir (17): dentro de esta última alternativa, se sitúa la única vía que se le ha dejado a los empleados del IMSS. A partir de dicha posibilidad, comienza a plantearse para ellos como una necesidad consciente, y las más de las veces inconsciente, la adopción de formas de lucha encubiertas y disimuladas, formas de resistencia laboral que permitan manifestar el descontento sin el riesgo de perder el empleo. Aun cuando se pueden observar muchas formas de protesta pasiva, las autoridades del Instituto habían detectado, sin explicar con claridad sus causas, altas tasas de ausentismo, baja de la productividad y una aspiración fre

cuenta a cambiar de lugar de trabajo; estos tres elementos con -
figuran lo que he definido en capítulos anteriores como baja mo -
ral de trabajo o insatisfacción en el trabajo. Tal es la respues -
ta del empleado a la discriminación que experimenta cuando se di -
señan sistemas y procedimientos, manuales, programas y planes de
trabajo de la institución sin considerar su opinión, experiencia
y conocimiento, pues dichas tareas esenciales quedan bajo el con -
trol fundamental de las altas autoridades del Instituto o de las
dependencias técnicas en las que delegan su poder, que se han -
convertido, bajo el criterio de los funcionarios, en las diseñá -
doras de los procesos de trabajo desde arriba. De este modo, fun -
cionarios y técnicos han acaparado, en exclusividad, la activi -
dad imaginativa y creadora de los procesos de trabajo, es decir,
el plan y la concepción de lo que se debe hacer, y han converti -
do a la gran masa de empleados en ejecutores de metas, a quienes
les programan desde los altos niveles hasta la más insignificante
actividad (18). Ante dichas anomalías, los empleados -al no con -
tar suficientemente con el Sindicato para canalizar su insatisfac -
ción- han pasado a emprender movimientos fuera de los marcos jurí -
dicos laborales, siendo a menudo reprimidos o, como desde 1975, -
han pasado a aplicar la resistencia pasiva, no siempre consciente,
de la baja moral de trabajo: altas tasas de ausentismo, descenso
de la productividad o solicitudes constantes de cambio de lugar -
de trabajo. Tal es la única salida posible del empleado ante un
contrato de trabajo, un reglamento interior y unos manuales e ins -
tructivos que no reflejan sus intereses; ante procesos de trabajo
que le son ajenos y tiene que cumplir a través de programas y pla -
nes también elaborados desde arriba, según las normas del estilo
empresarial paternalista de la Europa capitalista del siglo XIX.

LA ASAMBLEA GENERAL DEL IMSS.

La representación del Ejecutivo Federal.

Los orígenes del sistema político mexicano, documentados en sus
fundamentos en la Constitución de 1917 y el Diario de los Deba -
tes del Congreso Constituyente 1916-1917, permiten establecer -

las características de la actual estructura del poder en la sociedad mexicana, tarea obligada para comprender la organización global de la sociedad, la organización de la administración pública mexicana y, en particular, el papel del Poder Ejecutivo Federal en la organización del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La revolución de 1910-1917 instauró "un sistema de gobierno paternalista y autoritario", características políticas que fueron previstas fundamentalmente "para las clases populares (Artículos 27 y 123 de la Constitución), mismas que fueron consideradas como 'menores de edad' a quienes el Poder Ejecutivo protegería y defendería de los 'poderosos' miembros del sistema oligárquico porfirista que sobrevivió al movimiento armado y había sido destruido política pero no económicamente. El dominio que se dió al Jefe del Poder Ejecutivo sobre las relaciones de propiedad, en el Artículo 27, permite observar la esencia paternalista y autoritaria del Estado de derecho resultante de la Revolución" (19).

Por otra parte, "el Artículo 123 instituía al Ejecutivo como árbitro de última instancia en los conflictos súscitados entre las dos clases sociales fundametales de la nueva organización social: obreros y empresarios. Todo esto en el gran marco de la política de conciliación de clases, a fin de obtener el equilibrio y la armonía sociales necesarios para el crecimiento capitalista del país" (20). Al gestarse la revolución y desatarse el movimiento armado, la clase obrera nacional era numéricamente débil, políticamente poco avanzada o ideológicamente pobre por el propio grado de desarrollo capitalista del país; esta situación de desarrollo insuficiente de la clase obrera se dejó sentir en la redacción del Artículo 123 constitucional que, aún cuando se basó en estudios sobre legislación obrera norteamericana y británica, mantuvo ante todo la consideración del obrero como un menor de edad que debía ser tutelado por el Poder Ejecutivo, entanto los capitalistas, que aceptaron colaborar con el nuevo régimen, contaron con todo el apoyo estatal para su desenvolvimiento, e incluso, para su organización. El papel más importante que se delegó al Poder Ejecutivo fué el de integrar a las diferentes clases sociales del

país dentro del nuevo marco de relaciones político-sociales diseñado jurídicamente en el Constituyente de 1916-1917. De manera que, el nuevo Estado, y su representante ante la sociedad, permanecieron como una fuerza independiente y sobre todas las clases sociales, actuando como una fuerza equilibradora y conciliadora en los conflictos suscitados entre las clases, promoviendo, simultáneamente, el crecimiento de una clase de propietarios privados más dinámicos y eficaces que la que el estado porfirista había erigido en nombre del país y del progreso (21). Así, al postularse el Estado como un poder aparentemente independiente de las clases sociales, subordinó no sólo a los trabajadores sino también a los empresarios y, a través de la Ley Federal del Trabajo en 1931 y la Ley de Cámaras de Comercio e Industria en 1936, reglamentó con mayor profundidad dicha subordinación ejerciendo su tutela y arbitraje a partir de la integración de una serie de organismos tripartitas, encargados de llevar a cabo la conciliación de clases: Juntas de Conciliación y Arbitraje, Comisión Nacional de Salarios Mínimos, IMSS y otros; es decir, que la estructura de poder emanada de la revolución y cristalizada fundamentalmente en la Constitución de 1917, a través de los Artículos 27 y 123, fue consolidada y reforzada por medio de la Ley Federal del Trabajo (1931) y la Ley de Cámaras de Comercio e Industria (1936), leyes que reglamentaron e institucionalizaron la vida de las organizaciones de trabajadores y empresarios. Dicha estructura de relaciones jurídico-políticas es la base fundamental para comprender el juego de fuerzas de poder que se manifiesta en el texto de la Ley del Seguro Social y en el funcionamiento de los órganos superiores del IMSS (22).

En este contexto histórico-político, el Presidente de la República, como depositario del ejercicio del Supremo Poder Ejecutivo, adquirió en nuestro país poderes extraordinarios, en comparación con la organización política y jurídica de otros países capitalistas (23). Estos poderes extraordinarios también se expresan en la Ley del Seguro Social, por medio de atribuciones directas del Ejecutivo Federal o del Director General, asimismo nombrado por el Presidente; dichas atribuciones se observan en las extraordinarias prerrogativas del Presidente y/o del Director General

para integrar la Asamblea General del IMSS, determinar el funcionamiento del Consejo Técnico y de la Comisión de Vigilancia, y decidir sobre la inversión de las reservas del propio Instituto (24); es decir, que el Ejecutivo Federal ejerce una excepcional influencia en la constitución y funcionamiento de los órganos superiores del Instituto (25) y, por ende, en las grandes decisiones que afectan su administración interna y su acción institucional.

El poder extraordinario del Ejecutivo en este caso rebasa los límites cuantitativos de la simple representación formal que le concede la Ley del Seguro Social, y su predominio va en detrimento de la participación de los sectores patronal y obrero, ya de por sí limitados a través de la Ley de Cámaras de Comercio e Industria y de la Ley Federal del Trabajo, cuyos contenidos tienden a subordinar a empresas y sindicatos al Poder Ejecutivo Federal; esta subordinación conduce al tutelaje del Ejecutivo sobre las organizaciones de patrones y trabajadores. Dicho tutelaje es uno de los pilares del gobierno autoritario y el obstáculo principal para fomentar un ambiente de participación dentro del IMSS, pues favorece la burocratización y niega la democratización (26).

Estas tendencias se acentúan o disminuyen según sea la procedencia política del Presidente y del Director General, de acuerdo a su afiliación a las corrientes que integran la élite de la alta burocracia mexicana (27).

LAS ORGANIZACIONES PATRONALES.

La empresa privada, mexicana y extranjera, es una extraordinaria fuerza en las decisiones económicas del país. "Organizada en confederaciones, cámaras, asociaciones, clubes, constituye el más novedoso y vigoroso conjunto de grupos de presión al que el Gobierno debe tomar en cuenta en sus decisiones económicas y políticas" (28). Las confederaciones industriales y comerciales, que tienen carácter oficial y obligatorio, son un poderoso instrumento de los propios empresarios.

Ya se ha dicho que en la Asamblea General, autoridad suprema del IMSS, el sector patronal está representado por seis miembros de la Confederación de Cámaras Industriales (CONCAMIN) y cuatro de la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio (CONCANACO)(29).

Tanto en la CONCAMIN como en la CONCANACO se observa "la concentración del poder de decisión en los órganos directivos y ejecutivos..." que "se encargan de llevar adelante la vida de las agrupaciones, presentándose anualmente o en momentos en que las circunstancias lo requieren a recabar una especie de voto de confianza por parte de las asambleas y convenciones generales" (30).

En cuanto a la estructura y funcionamiento de la CONCAMIN, para su gobierno "cuenta con tres órganos: la asamblea general, el consejo directivo y la comisión ejecutiva. El primero de ellos es la autoridad suprema de la organización y se integra hasta con tres delegados por cada cámara, todos con derecho a voz... En el seno de la Asamblea, la votación equivale a la de un sistema de representación proporcional sobre una base económica. Cada cámara cuenta con un voto base, al cual se agregan de uno a quince votos según su aportación regular anual para el sostenimiento de la Confederación" (31).

Las dificultades para la participación democrática pueden llegar a favorecer las tendencias autoritarias porque "en la Confederación de Cámaras Industriales, al menos en principio, existe un claro desequilibrio entre la representación de las diferentes cámaras, lo que puede conducir a procesos de concentración e incluso acaparamiento del poder en las cámaras económicamente más poderosas" (32), y ya desde 1970 puede afirmarse que "en la CONCAMIN, la acumulación del poder debido a los votos ponderados es un fenómeno que salta a la vista" (33).

En el caso de la CONCANACO (como sucede en la CONCAMIN), la propia desigualdad de aportaciones de las cámaras afiliadas impide promover una participación democrática en la toma de decisiones (34).

El análisis histórico-político y jurídico ayuda, también en este caso, a definir los marcos de la participación dentro de las organizaciones patronales, es decir, las condiciones en que se plantean los niveles de "participación al momento de elaborar y ejecutar las mayores decisiones de la agrupación" (35). Este enfoque, parámetro fundamental para determinar las posiciones de la CONCAMIN y la CONCANACO en la Asamblea General del IMSS, conduce de nuevo a la revisión de los factores jurídicos y políticos que resultaron del nuevo ordenamiento de la sociedad mexicana después de la Revolución de 1910-17, que determinó las características de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley de Cámaras de Comercio e Industria de 1936, la que, en lo esencial, conserva sus orientaciones fundamentales en la actual Ley de Cámaras (36).

Las orientaciones básicas de ambas leyes para el funcionamiento de las organizaciones patronales son de subordinación a los órganos del Poder Ejecutivo Federal como las Secretarías del Trabajo y Previsión Social y de Industria y Comercio, dependencias que intervienen para determinar la legalidad en el registro y en el funcionamiento interno de las Cámaras; debe especificarse, por otra parte, que la Ley de Cámaras de Comercio e Industria es mucho más estricta en sus disposiciones para subordinar a las confederaciones patronales a la voluntad del Poder Ejecutivo, particularmente mediante la influencia directa de la Secretaría de Industria y Comercio (37); además, la Ley de Cámaras establece en su artículo 5o. la incorporación obligatoria de los patrones en la cámara correspondiente, disposición que origina "un bajo nivel de participación activa de los empresarios afiliados" (38). En resumen, se puede afirmar que los representantes de la CONCAMIN y la CONCANACO en la Asamblea General del IMSS padecen serias limitaciones para alentar modelos permisivos de administración de personal en el IMSS, en tanto que se han formado en organizaciones subordinadas en forma paternalista-autoritaria al Poder Ejecutivo Federal y que, a su vez, promueven la afiliación coactiva de los empresarios; en este sentido, hay probabilidades

de que, en muchas decisiones, la representación patronal se su -
bordine a la del Ejecutivo Federal en la Asamblea General del -
IMSS, pero dentro de ciertos límites y ciertas condiciones.

¿Cuáles son tales límites y condiciones?

De 1956 a la fecha, el sector privado se ha desarrollado extra -
ordinariamente desde el punto de vista económico y político; su
fuerza actualmente es superior a la que tenía en 1936 respecto
del grupo que controla el poder del Estado desde aquellos años.
A diferencia del movimiento obrero que aun continúa bajo el con -
trol del Estado, el sector privado en la actualidad se ha ido -
asociando, cada vez en condiciones de mayor fuerza, desde el pun -
to de vista económico con el capitalismo de Estado, y ha logrado
posiciones importantes dentro del aparato estatal; por otra par -
te, la mayor participación económica del sector privado en el fi
nanciamiento del Seguro Social, a través de las reformas a la -
Ley respectiva en 1956 y 1965 (39), ha creado las condiciones -
para una mayor participación de puestos ejecutivos dentro del -
IMSS, que se ha efectuado a través de funcionarios muy experimen -
tados (40).

En base al comportamiento observado en dichos funcionarios res -
pecto a la administración de personal, se puede afirmar que en
la representación patronal de la Asamblea General del IMSS tam -
bién hay tendencias autoritarias pero menos pronunciadas que en
el sector estatal, y que demuestra mayor flexibilidad y permisi -
vidad en los estilos de administración de personal; el sector -
empresarial parece comprender mejor que el estatal las necesida -
des de participación de los empleados para mejorar la administra -
ción del IMSS. Tal sería el balance de su actuación dentro de la
administración del IMSS de 1969 a 1979.

LAS ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES.

Ya se ha señalado cómo el movimiento obrero mexicano fue subordinado a los intereses de las clases medias que controlaron la dirección de la Revolución de 1910-1917, y que este hecho quedó registrado en la redacción de la Constitución, particularmente en el Artículo 123; en el mismo sentido, se encuadró también al movimiento obrero con la Ley Federal del Trabajo promulgada el 28 de agosto de 1931; dicha Ley "señalaba los lineamientos en los que debía actuar el movimiento obrero en lo sucesivo permitiendo que el proceso pudiera ser encauzado dentro de los marcos de la legalidad..." (41). La tendencia del Estado a encuadrar el movimiento obrero bajo control gubernamental, se observa en el discurso pronunciado por Cárdenas en Monterrey el 9 de febrero de 1936, pocos días antes de la constitución de la CTM, resumido en los siguientes términos:

- a) Organización de las clases laborantes del país en una Central Unida de Trabajadores;
- b) Proclamación de derechos del Estado para asumir el papel de árbitro regulador de la economía nacional como protector de las clases desheredadas (42).

La eficacia de dicha política hegemónica y paternalista quedó plenamente demostrada en las siguientes décadas. La CTM se fue subordinando al Estado, particularmente a partir de 1947, pero acrecentando su control de los obreros sindicalizados, control que le ha permitido ser, desde 1940 hasta la fecha, la central de trabajadores más importante del país (43).

La subordinación de la CTM al partido oficial y al Presidente en turno es un dato común de la política mexicana, lo que ha llevado a un politólogo a señalar que: "el sindicalismo en México - como fuerza política nacional - presenta múltiples características de una variable dependiente, no sólo del partido del gobierno, -

sino específicamente del Ejecutivo" (44). Además, las uniones obreras mexicanas y las centrales que las controlan, como la CTM, carecen de democracia interna; la lucha de los trabajadores en México por obtener participación se ha dado, desde 1943 hasta 1958, en términos de recuperar su independencia y su democracia sindical (45). Las dos terceras partes de los trabajadores sindicalizados, pertenecen a una organización: la Confederación de Trabajadores de México (46).

"El Sindicalismo obrero que predomina en México es un 'sindicalismo oficial', esto es, integrado al partido gobernante y al Estado desde 1938... el 76% de la población económicamente activa de asalariados está desorganizada... no ha alcanzado todavía una mínima base unificante cual es la organización de un sindicato... Esta dispersión del proletariado es, a la vez, una expresión de su atraso político y una retroalimentación del mismo... Se trata, de hecho, de fuerzas sociales latentes, incapaces de hacer valer sus intereses" (47).

Las organizaciones gremiales afiliadas a la CTM, a la CROC y a la CROM, carecen de cualquier expresión de vida sindical. La ignorancia y la falta de participación sindical llegan al grado de que grandes núcleos de trabajadores sindicalizados no saben que lo están. Otros, deducen que están sindicalizados por las cuotas que por tal concepto se les cobran; pero no tienen idea de cómo se llama su sindicato, cuándo se constituyó, cuáles son sus estatutos, cuándo se realizó la última asamblea, quién es su 'representante' y a qué central están incorporados (48). La burocracia de las grandes centrales acostumbra desarrollar una política de asfixia de la vida democrática de las organizaciones sindicales (49). La CTM, que "es una organización de masas, estatutariamente democrática... en la práctica funciona de manera vertical y altamente centralizada" (50).

En resumen, se puede afirmar que la representación obrera de la CTM en la Asamblea General del IMSS no es partidaria de la parti

cipación ni del diálogo, pues sus propios orígenes políticos y sus procedimientos de control sindicales cotidianos se lo impiden, más bien tiende a reproducir los estilos paternalistas y autoritarios del Poder Ejecutivo Federal, al cual está subordinada. Su control de 7 de los 10 votos de la representación obrera, hace determinante su papel que tiende a ser, en la práctica, de oposición a toda forma de diálogo y participación de los trabajadores.

Las formas organizativas rudimentarias y atrasadas de la CIM tienen su explicación en factores importantes como la dispersión industrial que aun priva en muchas ramas de la producción y la juventud histórica de la clase obrera mexicana cuyos integrantes, en una elevada proporción, son obreros de primera generación, con frecuencia migrantes del campo (51).

LOS EMPLEADOS DE BASE DEL IMSS.

En este contexto organizacional del país y del IMSS, de un poderoso grupo que controla el aparato del Estado y tiende a la subordinación de empresarios y obreros, y de un movimiento obrero que carece de madurez cívica y de hábitos de participación, es difícil hablar de un ambiente propicio a la participación de los empleados del IMSS, los cuales, cabe aclarar, se encuentran, como otros sectores de trabajadores de la sociedad mexicana, en un creciente proceso de cambio de actitudes hacia marcos de relaciones más proclives al diálogo y la participación, y que al no encontrar condiciones adecuadas para expresarlo, manifiestan su insatisfacción a través del ausentismo.

La historia reciente de los empleados del IMSS podría explicar muy ampliamente su necesidad de participación; es más, es necesario estudiar la época y el ambiente social y político en que se localizan las fuentes de reclutamiento de los empleados del IMSS.

En 1964-1965, un poderoso movimiento gremial se desata entre médicos y enfermeras del país, el movimiento abarca particularmente a los jóvenes médicos residentes e internos del IMSS y a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. En los años que siguieron a este movimiento, los residentes e internos se convertirían en médicos de base del IMSS y los estudiantes pasarían a ser los nuevos residentes e internos del Instituto; y la mayor parte de los médicos del IMSS que participaron en el movimiento laboran aún en la institución. Esto quiere decir que los testigos y los participantes de dicho movimiento todavía lo recuerdan y que todavía, también, permanecen, en lo esencial, las condiciones de falta de diálogo y de participación que dieron lugar a aquel movimiento (52), como se puede corroborar al observar el funcionamiento de las asambleas del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (53).

En 1968, de nuevo los estudiantes de la Facultad de Medicina y las de Enfermería de la UNAM, los residentes e internos, las enfermeras y los médicos de base de las unidades médicas del IMSS, volvieron a mostrar su interés y su necesidad de participación (54).

En el caso particular de los estudiantes de medicina de la Universidad, que han vivido en efervecencia política constante desde 1964 hasta 1978, debe recordarse que la Facultad de Medicina de la UNAM representa la fuente de reclutamiento del 61% de los médicos del IMSS (55).

Los conferencistas del IMSS, encargados de los cursos de pre-ingreso, han observado que la mayoría de los nuevos empleados de servicios administrativos y sociales, contratados por el Instituto de 1970 a 1976, manifiestan en los cursos actitudes marcadamente críticas y participativas que no eran comunes en los años anteriores, dichas actitudes se identifican con lo que han llamado los analistas políticos 'el espíritu del 68' (56). Pues bien, es interesante saber que en 1970 había en el IMSS 60,000

empleados y que en 1976 había ya 125,000; eso quiere decir, que el personal médico, paramédico y de servicios administrativos y sociales, contratado de 1969 a 1976, está imbuído en diversos grados del espíritu del 68, y que éste es, con toda probabilidad, el motivo por el que se rehusa a asistir a las asambleas controladas por la burocracia sindical del SNTSS; rechaza el ambiente de administración paternalista y autoritaria del IMSS, y practica el ausentismo voluntario, es decir, que con frecuencia falta injustificadamente, llega tarde, sale antes, pide pases de salida y permisos sin goce de sueldo.

Además, se ha observado que los empleados de base de las unidades médicas son excluidos de la elaboración de las normas e instructivos que determinan sus propios procesos de trabajo; esta discriminación ha llegado a afectar, incluso, a los administradores de clínicas y hospitales.

La investigación directa ha permitido corroborar que la elaboración de los manuales e instructivos que determinan los procesos de trabajo de las Unidades de Atención Médica está a cargo de grupos de asesoría técnica de alto nivel, sin la participación de los empleados de base ni de los funcionarios intermedios que operan bajo la orientación de aquellos instrumentos normativos. Esta situación puede ser causa de ausentismo laboral de los empleados y desinterés de dichos funcionarios, pues no sienten suyas las metas contenidas en tales normas técnicas (57).

En 1976, 5 de los 8 administradores de las unidades médicas de la zona 4 del Valle de México desempeñaban con eficiencia sus funciones sin contar a la mano con dichos manuales, lo que significa que, en primer lugar, no se les han dado a conocer y, en segundo, no les han solicitado su opinión para evaluar la eficiencia de dichas normas y proceder a su actualización, según los principios de la administración moderna (58).

PARTICIPACION Y BUROCRATIZACION EN LOS ORGANOS SUPERIORES DEL IMSS.

Una evaluación final de las tendencias de organización y funcionamiento de los órganos superiores del IMSS (Asamblea General, Consejo Técnico, Comisión de Vigilancia y Dirección General) permite precisar lo siguiente:

1. Las atribuciones directas del Ejecutivo Federal establecidas en la Ley del Seguro Social, como las indirectas - por la vía del nombramiento y las funciones del Director General, plantean que el Ejecutivo Federal tiene en la alta jerarquía del IMSS prerrogativas extraordinarias, - que rebasan con creces la simple referencia aritmética - del número de representantes en la Asamblea General, el Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia. Por tanto, es evidente que en la alta jerarquía del IMSS existe un poder hegemónico del Ejecutivo Federal que condiciona - el funcionamiento de la organización, y dadas las características del Ejecutivo Federal, de exacerbado paternalismo y autoritario, tal poder hegemónico es el factor decisivo propiciador o el principal obstáculo para que se desarrolle la participación de los empleados del IMSS. La experiencia es desigual al respecto y se restringe a esquemas empresariales de participación laboral. Según las tendencias del grupo presidencial, el Director promueve la participación de los empleados en programas de desarrollo de personal entre 1968 y 1970, pero se impide, en diferentes grados, de 1971 a 1973, y se acepta, con muchas reticencias, de 1973 a 1976. Lo que en tales vaivenes parece prevalecer es el enorme poder concentrado en el Director General como portavoz, - de hecho, del Ejecutivo Federal. En consecuencia, hay una tendencia del Ejecutivo y del Director General, en particular, a subordinar a los representantes de las organizaciones patronales y de las centrales de trabajadores en los órganos superiores del IMSS. En este sentido, también en el IMSS las reformas a la administración de personal para promover modelos más racionales y partici

pativos, dependen del "elemento Presidencia de la República", el cual (a través del poder de decisión de los representantes del Ejecutivo Federal en la Asamblea y del propio Director General del IMSS) juega "un papel dominante, y por lo tanto, su intervención es básica para la operación del sistema" (59).

2. La subordinación de las organizaciones patronales al Ejecutivo Federal dentro del IMSS puede llegar a ser relativa en tanto se consideren dos dimensiones del análisis:
 - a) la capacidad de organización, de participación y de acción unificada del sector privado a nivel nacional, que ha ido en aumento los últimos años, particularmente en el sexenio 1970-1976 (60).
 - b) el aumento de la participación proporcional del sector patronal en el financiamiento del Instituto, particularmente a través de los Seguros de Enfermedades no profesionales y de Maternidad, y de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (61), aumento que se correlacionó con una disminución de las contribuciones del Estado en el régimen financiero de los Seguros mencionados.

Los datos aludidos, particularmente el aumento de la participación financiera del sector patronal, abrieron la posibilidad después de 1965 a una participación más decisiva del sector mencionado en los altos puestos de la administración del Instituto (62).

La participación administrativa más determinante se refiere, en este caso, al nombramiento del Subdirector General Administrativo, exdirectivo de la CONCAMIN que ocupó dicha jerarquía de 1966 hasta 1976.

"Una organización se burocratiza, cuando acusa una desviación de sus propósitos y objetivos iniciales... Existe una tendencia permanente de las organizaciones a burocratizarse, es decir, a desviar su orientación primordial y a olvidar, en el curso de su desarrollo, sus objetivos esenciales... El estudio de la patología de las organizaciones se centra pues en sus objetivos" (63).

En este sentido, se puede determinar por qué medios la seguridad social tiende a burocratizarse, y en qué medida se ha desviado de la razón fundamental de su creación (64).

La exposición de motivos de la ley original que creó el IMSS (1943) señalaba que "se encomendó la gestión del sistema a un organismo descentralizado porque ofrece" la ventaja de la "democracia efectiva en la organización del mismo, pues permite a los directamente interesados en su funcionamiento intervenir en su manejo" (65); para ello se planteaba la integración de los órganos superiores del Instituto mediante "un sistema representativo y democrático" a fin de que Ejecutivo Federal, patronos y trabajadores se hallaran "genuinamente representados", "en igualdad de condiciones para defender sus respectivos intereses y velar por la buena marcha del servicio en la que todos tienen un interés directo" (66). La dinámica posterior del sector obrero, en particular la CTM a partir de 1947, cuyos representantes se han distanciado de los trabajadores de base afiliados a dicha confederación, ha mostrado la dificultad de cumplir con la "genuina representación" descada en la Ley original de 1943 (67).

La misma exposición de motivos de la ley original de 1943 establecía respecto a los órganos superiores del IMSS que "siendo necesario garantizar para el Instituto, y para el mismo sistema del Seguro Social, un funcionamiento ejemplar y libre", se proponía "Un mecanismo democrático depurado, aboliendo toda posibilidad de reelección en los cargos" de la Asamblea General, el Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia (68).

Históricamente se observa que por medio de cambios fundamentales en la CTM en 1947 y reformas a la Ley del Seguro Social efectuadas en 1949, se operaron cambios en los órganos superiores y el funcionamiento del IMSS que condujeron a un desvirtuamiento de los objetivos originales de la Ley del Seguro Social de 1943, en términos de pérdida de los principios de "democracia efectiva" - y de que el control del IMSS obedeciera a un "mecanismo democrático depurado"; debido a que por reformas de 1949 desapareció el principio de no reelección que garantizaba la aplicación de la "democracia efectiva" y se autorizó la reelección de los miembros de la Asamblea General, el Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia (69).

La desviación de los propósitos, objetivos y orientaciones de la Ley Original disminuyó en el IMSS las posibilidades de participación de obreros derechohabientes y de los propios empleados del Instituto en el proceso de toma de decisiones del IMSS como organización, debido a que la base jurídica de la institución transformó sus preocupaciones originales por una democracia efectiva, y se operó una burocratización de los órganos de poder, expresada en una excesiva concentración de poder y atmósfera hostil a la participación, que se expresaron en una deficiente o nula participación de los derechohabientes en la administración interna del IMSS, y una negación a que los empleados del Instituto participen con voz en la representación obrera del Consejo Técnico (70).

CONCLUSION

La organización y funcionamiento de las estructuras de poder que determinan la administración de personal del IMSS, indican tendencias agudas al autoritarismo y al paternalismo, en diferentes grados y matices, en las organizaciones principales que integran los órganos superiores del Instituto y que determinan su administración interna; el mismo fenómeno de burocratización se observa en la organización y funcionamiento del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Dichas formas de ejercicio del poder, tendientes a la burocratización, son las que producen en el IMSS y estimulan constantemente los estilos paternalistas y autoritarios de dirección y administración de personal, estilos que causan el ausentismo laboral de los empleados del Instituto, porque dichas estructuras de poder paternalistas y autoritarias se manifiestan en todos los niveles de funcionamiento de la organización e impiden la participación de empleados en la toma de decisiones del IMSS y en el diseño de los procesos de trabajo en el nivel operativo del servicio, como se ejemplifica en las normas e instructivos que determinan la organización y el funcionamiento de las unidades médicas del IMSS.

En consecuencia, esta primera aproximación al estudio de las causas del ausentismo laboral en el Instituto, confirma los términos de la hipótesis central: que el ausentismo laboral en el IMSS es una manifestación de rechazo del empleado a los estilos tradicionales de dirección y administración de personal que se caracterizan por una actitud paternalista y autoritaria de los funcionarios del IMSS y líderes sindicales del SNISS* que ignora las necesidades y aspiraciones de participación del empleado

*Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

NOTAS

1. Mouzelis: 145.
2. Op. Cit.: 186.
3. Véase el capítulo "Antecedentes del Estudio", que refiere con más precisión los pasos y los elementos teóricos y conceptuales que llevaron a la elaboración de esta parte de nuestro trabajo.
4. Mouzelis, 1973; Braverman, 1975; March, Simon, 1969; Mayntz, 1967. Véase la bibliografía al final.
5. Ley del Seguro Social, Art. 247.
6. SNISS: Estatutos. Art. 1o.
7. Ley del Seguro Social. Art. 247.
8. Moreno Padilla, J.: Nueva Ley del Seguro Social, pp. 153-154.
9. Idem., p. 155.
10. Idem., Art. 252, p. 155.
11. Idem., Art. 252.
12. Idem., Art. 252, Fracc. VIII. Ver organograma IMSS. Anexo 1.
13. Contrato Colectivo de Trabajo. IMSS-SNISS 1975-1977, Reglamento Interior Art. 5o.
14. Braverman, 1975, pp. 61-182. En este capítulo el autor explica cómo el trabajador es gradualmente privado por la ad-

ministración moderna de tal posibilidad de participación.

15. Estatutos SNTSS 1971, Art. 3o. Fracc. XIX.
16. Ausentismo en asambleas sindicales. Cuadro. Datos obtenidos por observación directa en una muestra de ocho asambleas en el Distrito Federal. Delegaciones 8 y 10, 11, 9 y 17, 19, 20, 23, 26 y 35. Elección de Delegados al XXII Congreso del SNTSS. Abril 1975, Anexo 2.
17. March-Simon: Teoría de la organización, p. 55.
18. Ver en la bibliografía, en la sección de Documentos, manuales de Sistema Médico Familiar y Enfermería, como ejemplos.
19. J.M. Calderón, p. 253.
20. Op. Cit., p. 254.
21. J.M. Calderón: pp. 255-256.
22. J.M. Calderón: 147-219 y 251-257.
23. Constitución Política...: Arts. 27, 123, 80 y 89; González Casanova: pp. 5-55.
24. Ley del Seguro Social: Arts. 248, 252, 254, 256, 257, 258 y 266.
25. Ley del Seguro Social: Art. 246.
26. J.L. Reyna: 75.
27. Purcell y Kaufman: 240-244.
28. González Casanova: 50.

29. Moreno Padilla J.: Nueva Ley del Seguro Social: 153-154.
30. Alcázar: 15.
31. Alcázar: 23.
32. Alcázar: 23-24.
33. Alcázar: 99.
34. Alcázar: 18 y 21.
35. Alcázar: 29.
36. Ley Federal del Trabajo Arts. 354, 355 y 356; Código de Comercio p. 159-172.
37. Alcázar: 7, 8 y 10.
38. Alcázar: 10 y 99.
39. Huerta Maldonado: 163-187.
40. Boletín Quincenal CONCAMIN. Mayo 1964, p. 12.
41. Reyna J.L. y M. Miquet: 37.
42. Reyna-Miquet: 45; Medin I.: 79.
43. Reyna-Miquet: 46-74.
44. González Casanova P.: La estructura del poder, p. 8.
45. Op. Cit.: 11-12.
46. Op. Cit.: 8.

47. Leal J.F. y J. Woldenberg: Panorama de la estructura organizativa del sindicalismo mexicano contemporáneo: 2, 10, 20.
48. Op. Cit.: 41.
49. Op. Cit.: 47.
50. Op. Cit.: 32.
51. Leal J.F. y J. Woldenberg: 59; Stavenhagen R., "Presentación" a Tres estudios sobre el movimiento obrero en México pp. 1-4.
52. López Portillo M., 1973; Paulin Pérez G., 1968.
53. Véase más arriba el capítulo relativo.
54. Ramírez Gómez R., II: 296, 326, 337, 338, 348 y 403.
55. Estudio de actitudes de los médicos. 1974 p. 37.
56. Observación directa. Comunicación de A. Alvarez, Jefe Sección Cursos Pre-ingreso. 1975.
57. Ver Documentos en las Fuentes de Consulta.
58. Entrevista con los administradores de las unidades médicas 21, 30, 4, 15 y 10 del Valle de México. 1976.
59. Duhalt Krauss: 114.
60. Purcell -Kaufman: Op. Cit.
61. Huerta Maldonado, 1971: 163 y 187; Moreno Padilla: 101-102, y 129-130.

62. Boletín Quincenal de la CONCAMIN. 1 de mayo de 1964, p. 12.
63. Catrice-Lorey A.: 60-61.
64. Catrice-Lorey: 61.
65. Huerta Maldonado: 54.
66. Huerta Maldonado: 55.
67. Leal-Woldenberg: Panorama de la estructura organizativa - del sindicalismo mexicano contemporáneo; Reyna, Miquet et al.: Tres estudios sobre el movimiento obrero en México.
68. Exposición de los motivos y artículos 110, 112 y 113 de la Ley Original, en Huerta Maldonado: La Ley del Seguro Social y sus reformas: pp. 56 y 196-200.
69. Huerta Maldonado: 196-200.
70. Moreno Padilla J.: 153 y 154; Estatutos SNTSS.

C O N C L U S I O N E S

Cuando recibí el encargo de estudiar el ausentismo laboral de las auxiliares de enfermería del Hospital de Convalecencia del IMSS, contaba ya con el antecedente empírico de un estudio sobre el mismo fenómeno del ausentismo de los auxiliares de almacén y los almacenistas en los Almacenes Generales del IMSS. Sin embargo, tal estudio -efectuado en el transcurso de 90 días, incluida la elaboración del informe- era insuficiente para aportar elementos teórico-conceptuales que permitieran una buena definición del problema. De ahí que se contemplara la necesidad, satisfecha poco después, en 1976, de analizar más ampliamente el problema del ausentismo en el contexto global del IMSS como organización, lo que se abordó a partir de la visión estructural de Frisch-Gautier, en sus estudios de sociología del trabajo, y de la sociología de la organización, tomando como referencia estudios de sociología de la Seguridad Social (Mouzelis y Rys, respectivamente).

En el estudio de Almacenes Generales del IMSS, en 1974, la primera intuición lograda se expresó en la hipótesis siguiente: El ausentismo laboral en el IMSS es una manifestación de rechazo del empleado a los estilos tradicionales de dirección y administración de personal, que se caracterizan por una actitud paternalista-autoritaria de los funcionarios, que ignoran las necesidades y aspiraciones de participación del empleado.

En 1976, con un año de acopio y revisión de materiales empíricos sobre el IMSS y la consulta de estudios sociológicos sobre organización, se obtuvo la siguiente hipótesis: el ausentismo, como variable dependiente de la moral de trabajo, se determina por las posibilidades de participación del trabajador: a) en el diseño y control de los procesos de trabajo; b) en los procesos de toma de decisiones de la empresa concebida como organización.

En el primer trabajo (1974), llamaron mi atención dos elementos que deberían ser objeto de conceptualización: (además de ausentis-

mo, por supuesto) el autoritarismo, por un lado, y la participación, por el otro. En la segunda búsqueda (1976), la conceptualización se enriqueció por que se obtuvo la posibilidad de operacionalizar el concepto de ausentismo y, en cierto modo, el de participación, al establecer dos dimensiones del papel del trabajador en la empresa: a) en el diseño y control de los procesos de trabajo, y b) en los procesos de toma de decisiones de la empresa concebida como organización.

En los textos de metodología siempre se recomienda preocuparse por formular claramente la investigación, con énfasis en una definición muy clara del problema a investigar. De esta manera, la preocupación, originalmente pragmática de estudiar el ausentismo para fundamentar un programa de desarrollo, en términos utilitarios empresariales, que era la intención de los funcionarios al encargar el estudio, fue llevada más lejos, y pasó, inevitablemente, a convertirse no sólo en un análisis crítico del autoritarismo de los funcionarios, sino en un enjuiciamiento de toda la institución como organización, globalmente, al plantearse en qué grado y mediante qué conductos y procedimientos se manifestaba la participación del trabajador en el diseño y control de los procesos de trabajo, y en la toma de decisiones del IMSS como empresa u organización.

Con estas preocupaciones e intenciones de comprensión más profunda del ausentismo, emprendí el estudio laboral de las auxiliares de enfermería en el hospital de Convalecencia en 1978, enfrentado, esta vez, a la nueva problemática de la caracterización socio-cultural del trabajo femenino, lo que permitió acceder a datos que evidenciaban la importancia de la fuerza de trabajo femenina en el IMSS.

Sin una pretensión metodológica muy específica, prácticamente acudí al recurso de un estudio preliminar, con características de diseño experimental, de modo que la encuesta entre las auxiliares de enfermería se propuso comparar el comportamiento de dos grupos: las más ausentistas y las menos ausentistas, lo que, por

cierto, ofreció algunas particularidades del comportamiento laboral femenino para resistir la explotación en el trabajo.

Si se abordan las conclusiones a partir de proposiciones teórico conceptuales y metodológicas aplicadas al material empírico, se puede aseverar que, en efecto, como aconsejan Pigors y Myers, - las estadísticas sobre ausentismo laboral deben examinarse "como pistas para las circunstancias o actitudes que las han determinado..." para descubrir "lo que se muestra a través de ellas", y en esta orientación de la investigación, frecuentemente, se "puede avanzar más analizando las cifras para los subgrupos" (las auxiliares de enfermería de un hospital, como en nuestro estudio), - "que por la mera observación de los totales generales" (si hubiésemos hecho, por ejemplo, un estudio nacional, que abarcara a todas las categorías de empleados o, cuando menos, a las auxiliares de enfermería "A" y "B" de todas las unidades médicas del IMSS en el país).

Este último tipo de estudios, en cuanto se restringe, con frecuencia, a las estadísticas y manipulaciones de computación electrónica en el gabinete, en pocas ocasiones va más allá de las estadísticas, generales y descriptivas, sobre el comportamiento laboral, y no sólo ignora sino que ni siquiera se plantea estudiar "las circunstancias o actitudes" que han determinado ciertas cifras.

A partir de las estadísticas sobre ausentismo de la categoría laboral que nos interesó, se pudo inquirir sobre las circunstancias en que se manifestó, y la influencia de los directivos de la unidad médica y la representación sindical a ese respecto, sin desconocer la importancia de otras cifras (productividad y cambios de adscripción, número y tipo de pacientes, por ejemplo) o el papel de las guías y reglamentos (ajenos a la discusión bilateral - sindicato-empresa) como instrumentos para controlar los procesos de trabajo y, subsidiariamente, medir la participación de las auxiliares de enfermería por su acceso al conocimiento de dichas normas.

Las cifras sobre ausentismo representan, entonces, una especie de hilo conductor para acercarse, a través de la moral de trabajo, a las problemáticas, más amplias, del papel de las auxiliares de enfermería en el diseño y control del proceso de trabajo, por un lado, y la toma de decisiones, por el otro.

En cuanto a control del proceso de trabajo, se observa que, como lo descubrió Marx en las fábricas inglesas del siglo XIX, en empresas como el IMSS perdura la empleada (auxiliar de enfermería) que "trabaja bajo el control" del representante del patrón, en este caso el funcionario inmediato, que "se cuida de vigilar que este trabajo se ejecute como es debido" (El Capital, Vol. I, pp. 131 y 137). En lo que concierne a la toma de decisiones, el alto funcionario del IMSS decide a su arbitrio; a través de sus organismos de planeación y supervisión, por el modo en que las normas son formuladas y hechas valer" (Engels), se comporta como el industrial inglés del siglo XIX: como "el legislador absoluto".

Desde el punto de vista del método, la búsqueda procedió inductiva y deductivamente, es decir, énfasis en lo particular, y después, en lo general; se enfatiza el interés, primero, en el estudio de una categoría, en un hospital (las auxiliares de enfermería "A" de Convalecencia) y, en búsqueda de explicaciones complementarias, se transitó al análisis global de la estructura de poder en los órganos superiores del IMSS.

En relación con la variable del ausentismo combinada con la edad, el estado civil, la antigüedad, la escolaridad y el turno, se pueden hacer las siguientes consideraciones.

Las auxiliares más jóvenes, que por su contacto con los estudios universitarios, aspiran a relaciones de trabajo más democráticas, representan con mayores licencias sin sueldo el más elevado ausentismo voluntario, lo que implica acentuado rechazo al medio de

trabajo. Las solteras -muchas jóvenes asimismo, y sin obligaciones familiares- presentan altos porcentos de faltas injustificadas, pero las auxiliares con mayor antigüedad expresan algo semejante, desmotivadas por el estancamiento de más de 10 años en la misma plaza.

En el turno nocturno, el ausentismo voluntario, más pronunciado que en el matutino, se explica por que en la noche la tensión de las auxiliares es mayor, por agravarse los enfermos con más frecuencia.

En síntesis, las trabajadoras más ausentistas, que más se rebelan, al rechazar el medio de trabajo, son las jóvenes, solteras y estudiantas, sobre todo del turno nocturno; las menos ausentistas, más resignadas y adaptadas, son las de mayor edad, casadas, con baja escolaridad y del turno matutino. Entre las primeras, se encuentra el potencial de movimientos reivindicativos, y una perspectiva de lucha por una representación sindical auténtica y democrática.

Pero ¿cuáles serían los estímulos para tales pugnas de tipo reivindicativo? Creemos que, principalmente, la lucha por una mayor participación en el control del proceso de trabajo: es decir, que las guías e instructivos, que establecen reglamentaciones del proceso de trabajo, sean elaborados con la participación de las auxiliares, de modo que los sientan suyos para ajustarse a ellos y cumplirlos, pues los mencionados, elaborados por grupos técnicos de la Jefatura de Servicios Médicos del Valle de México y la Jefatura de Servicios de Planeación Médica, resultan ajenos para las auxiliares, a quienes se consulta, supuestamente, a través de los delegados sindicales. Sin embargo, el 75% de las entrevistadas desconocen la Guía de Actividades, y el 62%, por ejemplo, tienen el Manual de Enfermería, "pero no lo consultan, ni lo comentan, ni lo estudian", lo que quiere decir que para ellas carece de sentido cumplir el requisito 33 del profesiograma, que las obliga a conocer los reglamentos especiales de actividades, todo lo

cual, si representa ciertamente un rechazo explicable, les impide participar "en la valoración de los sistemas de trabajo", lo que -debe entenderse- se expresa en un contexto de nula o escasa representatividad de los líderes sindicales, y ausencia casi total de vida sindical, lo que favorece la arbitrariedad de los funcionarios y el cumplimiento caprichoso de los reglamentos referidos. Finalmente, los primeros perjudicados por la desorganización laboral resultante -expuesta a graves riesgos su vida- son los trabajadores y sus familiares (es decir, los derechohabientes del IMSS), que debían ser atendidos y protegidos eficaz y oportunamente en sus problemas de salud, que para eso aportan parte de su salario (sus cuotas) y reciben como salario indirecto las cuotas patronales y gubernamentales. Un cuadro semejante se observa en el ámbito de la productividad, pues se rebasan y violan los mismos índices oficiales. Por ejemplo, las auxiliares de enfermería del turno nocturno atendían 80% más de pacientes del número previsto por el índice de productividad establecido por las autoridades del IMSS, lo cual se agrava por que tampoco se respeta el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la distribución del personal operativo de enfermería, que debe ser 60% de personal profesional y 40% de auxiliares, y en realidad se cumple como 35% de personal profesional (poco más de la mitad de lo necesario), y 65% de auxiliar (50% más de lo señalado); es decir, que por probables afanes de ahorro presupuestario prevalece la mano de obra menos calificada, lo cual, asimismo, perjudica al servicio de atención médica al disminuir la calidad de la fuerza de trabajo, en contravención del modelo oficial y las recomendaciones técnicas de la OMS.

Las deficiencias mencionadas se complican merced a la ineficiencia mostrada por los servicios de Bolsa de Trabajo y suplencias, que no cubren oportuna y eficazmente los requerimientos de personal, lo que conduce al stress y a la sobreexplotación de la fuerza de trabajo femenina, objeto del estudio.

La atmósfera universal de condiciones del stress -"presiones de

tiempo, (que) se les da a los sujetos tareas a realizar y, después, se les molesta, se les critica, se les obliga a ejecutar las con mayor rapidez"- se expresa plena y con sus tintes dramáticos en el hospital estudiado; en efecto, los cambios de tipos de pacientes (de convalecientes a los agudos y subagudos) condujeron, poco antes de efectuarse nuestro estudio, a una huelga de hambre en enero de 1978; las auxiliares del turno nocturno han sido las más afectadas por el stress y, por lo mismo, ha sido más intensa su necesidad de ausentarse del medio de trabajo (agente stressante) para aliviar la tensión y recuperar el equilibrio. En relación con el concepto de stress en el medio ambiente laboral, Chris Argyrys está entonces en lo justo cuando explica que "la apatía, la falta de entrega y otros defectos no son reacciones de la gente intrínsecamente irresponsables... son mecanismos de adaptación, formas de enfrentarse a las exigencias que el mundo exterior impone al que trabaja", pues para adaptarse a "las exigencias que les impone la organización... los empleados maduros pueden recurrir a uno cualquiera o a varios de estos mecanismos: el ausentismo, el sindicalismo, la indiferencia... combatiendo a la organización o aceptándola con apatía"; en síntesis, "esta clase de conducta permite a los empleados maduros la oportunidad de liberar sus tensiones internas".

Es comprensible, asimismo, que, ante la insensibilidad e incompreensión de los directivos, las auxiliares se quejen del trato y de que son objeto de discriminación, marginación y negación de derechos: sus quejas, convertidas en agravios (parafraseando a Pigors y Myers), son síntomas de inestabilidad organizacional, en este caso, de mal funcionamiento del hospital. lo que se puede evidenciar en que 100 de los 321 empleados del hospital estudiado (es decir, el 31% de la fuerza de trabajo), pertenecientes la mayoría a categorías del área de enfermería, deseaban cambiarse de adscripción (según informaba el Delegado Sindical), lo que, por los autores citados, se consideraría evidencia de grave inestabilidad organizacional.

En la atmósfera de desorganización descrita, se propició que el

personal directivo adoptara cierta rigidez, un control muy centralizado y un trato impositivo para la toma de decisiones. Sin embargo, la situación descrita se puede explicar mucho mejor en el más amplio contexto -macroorganizacional- del IMSS, que permite advertir que, en el caso del hospital estudiado, los órganos superiores de la Subdirección Médica, en materia de supervisión, planeación, y de organización y métodos no ofrecieron oportunamente la ayuda necesaria para racionalizar los cambios operados en la estructura y funciones de la unidad médica, lo que desembocó en soluciones directivas de tipo tradicional, es decir, ~~de un estilo de mando paternalista y autoritario.~~

Pero, subsistiría la pregunta: ¿de dónde procede tal estilo de dirección? La respuesta se puede encontrar si se analiza, dinámicamente, la composición, los orígenes y estilos de dirección de la alta jerarquía del IMSS, que se integra en los órganos superiores como la Asamblea General y el Consejo Técnico, cuya estructura tripartita de representación (patrones, obreros, Estado), a puntalada por el grupo (no menos influyente) de la burocracia que encabeza el Sindicato, procede de grupos de presión y órganos de Gobierno (CONCAMIN, CONCANACO, CTM, CROC, CROM, y el Ejecutivo Federal) que constituyen, en sí mismos, fuentes extraordinarias de ideología y política autoritaria por sus propios antecedentes, estructuras y mecanismos de funcionamiento, absolutamente negados a la más tímida propuesta democrática, según se desprende del análisis respectivo.

~~Una muestra, típica por excelencia, la constituye el Sindicato de los empleados del IMSS, cuyo funcionamiento indica que, en asambleas de carácter electoral, solamente el 21% de los agremiados asiste, y unos pocos activistas sindicales, previamente aleccionados, toman la palabra para decidir en sustitución de la mayoría.~~

En este gran tejido de relaciones, se entiende que la Dirección General y la administración de personal del IMSS se caractericen por actitudes paternalistas y autoritarias, debido a que los fun-

cionarios no enfrentan, por parte de la mayoría de los empleados, ninguna resistencia organizada u opinión sistemática a considerar en términos de participación, es decir, que se han perdido las condiciones para una negociación bipartita real entre Instituto y Sindicato, lo que determina la extraordinaria subordinación de éste (es decir, de su grupo burocrático) a la alta jerarquía del Instituto en el diseño de las normas que regulan los procesos de trabajo (contrato, reglamentos, instructivos, guías, manuales) y en los procesos de toma de decisiones.

A medida que los empleados del IMSS, como las auxiliares, fueron privados de las principales opciones de legalidad y legitimidad en la lucha sindical, y de la oportunidad de expresar abiertamente su descontento ante las arbitrariedades de los funcionarios, eligieron, según los conceptos de March y Simon, entre las siguientes "alternativas de acción": a) dejar la organización; b) quedarse en la organización y producir; c) quedarse en la organización y no producir. En esta última alternativa, se encontró la única vía permitida a los empleados del IMSS, las más de las veces inconsciente: las formas de lucha encubiertas y disimuladas; una resistencia laboral, pasiva muchas veces, que permite expresar el descontento sin el riesgo de perder el empleo, que se concreta en altas tasas de ausentismo, baja en la productividad y una aspiración frecuente a cambiar de lugar de trabajo, elementos que configuran lo que se ha reconocido por los estudiosos como baja moral de trabajo o insatisfacción en el trabajo.

Esta aproximación al estudio de las causas del ausentismo laboral femenino -en una institución como el IMSS, cuya fuerza de trabajo es fundamentalmente femenina- confirma los términos de las hipótesis que guiaron esta búsqueda:

- I) El ausentismo como variable dependiente de la moral de trabajo se determina por las posibilidades de participación del trabajador:
 - a) en el diseño y control de los procesos de trabajo;

b) en la toma de decisiones de la empresa concebida como organización.

II) El ausentismo laboral en el IMSS es una manifestación de rechazo del empleado a los estilos tradicionales de dirección y administración de personal, que se caracterizan por una actitud paternalista autoritaria de los funcionarios que ignoran las necesidades y aspiraciones del empleado.

A N E X O S

I. ANTECEDENTES.

1. Gráfica de Distribución por sexos.
2. Distribución de algunas categorías en los servicios médicos del IMSS 1976.
3. Cláusulas para fundamentar planes de promoción educativa y superación laboral de las Auxiliares de Enfermería.
4. Trabajadores en el sector servicios... 1970.
5. Relación de Categorías de Personal. Julio 1978.

II. DEFINICION OPERACIONAL, ANALISIS DE LA ENCUESTA Y EXPLICACION DE VARIABLES.

1. Personal auxiliar de enfermería. Niveles de ausentismo por turnos.
2. Cédula de Entrevista (Auxiliar de Enfermería).
3. Auxiliares de enfermería entrevistadas. Concentración de datos.
4. Profesiograma. Auxiliar de Enfermería "A".

III. LAS ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA "A"

1. Análisis del puesto Auxiliar de Enfermería "A".
2. Guía de actividades de la Auxiliar de Enfermería "A".

V. LAS PRESIONES LABORALES Y EXTRALABORALES.

1. Estadísticas sobre defunciones y tasas de mortalidad.
2. Gráfica sobre defunciones y tasas de mortalidad.

VII. LA ORGANIZACION DEL HOSPITAL.

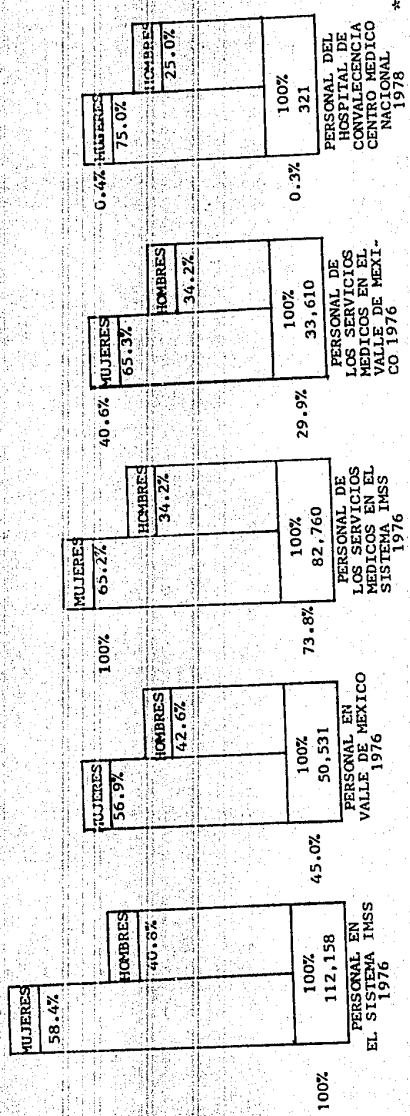
1. Organograma del Hospital de Convalecencia.
2. La Teoría X y la Teoría Y.
3. Personal directivo entrevistado.

VIII. EL IMSS, SU ORGANIZACION GENERAL Y SU ESTRUCTURA DE PODER

1. Organograma del IMSS.
2. Ausentismo en Asambleas sindicales de carácter electoral.

ANEXO 1. ANTECEDENTES.

GRAFICA DE DISTRIBUCION POR SEXOS



Fuente: Cifras consolidadas de trabajadoras del cuadro de personal de servicios de personal. INSS febrero 1976.

* Información proporcionada por el Administrador de la Unidad.

ANEXO 2. ANTECEDENTES.

DISTRIBUCION DE ALGUNAS CATEGORIAS
EN LOS SERVICIOS MEDICOS. I.M.S.S.
1976

C A T E G O R I A	VALLE DE MEXICO	NIVEL NACIONAL
MEDICO:		
JEFE DE GPO. MEDICOS FAMILIARES	81	296
MEDICO FAMILIAR	1,764	5,055
MEDICO NO FAMILIAR	2,525	5,864
DENTISTA	240	653
T O T A L:	4,610	11,868
ENFERMERA:		
ENFERMERA JEFE DE PISO	322	480
ENFERMERA ESPECIALISTA	609	897
ENFERMERA GENERAL	3,840	9,609
T O T A L:	4,771	10,986
AUXILIAR DE ENFERMERIA:		
B	1,197	3,402
A	5,235	13,784
T O T A L:	6,432	17,186

ANEXO 3. ANTECEDENTES.

CLAUSULAS PARA FUNDAMENTAR PLANES DE PROMOCION
EDUCATIVA Y SUPERACION LABORAL DE LAS AUXILIARES
DE ENFERMERIA *CAPITULO XV/Capacitación y EstudiosCláusula 112/Becas

El Instituto se obliga a conceder, por conducto de la Comisión - Mixta respectiva, las becas a que se refiere el Reglamento que se adjunta y que forma parte de este Contrato.

Cláusula 113/Facilidades para enterarse de labores superiores

Los trabajadores con categorías autónomas, que reúnan los requisitos correspondientes, tendrán las mismas facilidades para enterarse de las condiciones y detalles particulares de las labores de otras categorías autónomas o de pie de rama.

Cláusula 116/Escuelas de enfermería

Las partes convienen en que el Instituto sostendrá económicamente sus Escuelas de Enfermería, debiendo dar facilidades a las estudiantes de las mismas para que asistan a los cursos, en caso de que trabajen en el Instituto, dando preferencia a las trabajadoras egresadas, para ocupar las plazas vacantes o de nueva creación.

Cláusula 117/Cursos de perfeccionamiento

Las partes organizarán los cursos de perfeccionamiento que sean necesarios tanto, en el Distrito Federal como en las Delegaciones Regionales y Estatales para mejorar la capacidad de sus trabajadores, otorgándoles a quienes deseen estudiar dichos cursos, las facilidades necesarias, sin perjuicio de las labores a su cargo.

* IHSS/SNTSS. Contrato Colectivo de Trabajo 1977-1979. México, D.F., septiembre de 1978.

TRABAJADORES EN EL SECTOR SERVICIOS, DISTRIBUIDOS EN SUBGRUPOS POR SEXO,
DISTRIBUCION PORCENTUAL EN CADA SEXO Y ENTRE SEXOS
TOTAL DE LA REPUBLICA MEXICANA, 1970.

S E R V I C I O S	Ambos sexos absolutos	Hombres absolutos	Mujeres absolutos	Hombres %	Mujeres %	M/MTH %	H/MTH %
Servicios	2 158 175	1 100 475	1 057 700	100.0	100.0	49.0	51.0
S. de alojamiento temporal	61 262	39 522	21 740	3.6	2.1	35.5	64.5
S. de preparación y venta alimenticia	163 660	80 409	83 251	7.3	7.9	50.0	49.1
S. de preparación o venta de bebidas alcohólicas	34 284	29 365	4 919	2.7	0.5	14.3	85.7
Estaciones de radio, televisión y repetidoras	11 440	8 713	2 727	0.8	0.3	23.8	76.2
S. de esparcimiento y culturales	90 831	77 367	13 464	7.0	1.3	14.8	85.2
S. telefónicos radio comunicación y télex	22 098	13 179	8 919	1.2	0.8	40.4	59.6
S. de enseñanza primaria y jardines de niños	139 710	54 544	85 166	5.0	8.1	61.0	39.0
S. de enseñanza secundaria y preparatoria y vocacional	29 357	16 728	12 629	1.5	1.2	43.0	57.0
S. de enseñanza mixta	6 254	3 214	3 040	0.3	0.3	48.6	51.4
Universidades, escuelas e institutos de enseñanza superior	30 939	20 728	10 211	1.9	1.0	33.0	67.0
S. de enseñanza divisional	31 012	16 522	14 490	1.5	1.4	46.7	53.3
S. de enseñanza insuficiente, especificados	82 302	36 814	45 488	3.3	4.3	55.3	44.7
Instituciones científicas y de investigación	7 073	4 907	2 166	0.4	0.2	30.6	69.4
Instituciones de crédito y auxiliares	85 267	58 407	26 860	5.3	2.5	31.5	68.5
Instituciones de seguros y fianzas	20 404	12 816	7 588	1.2	0.7	37.2	62.8
S. de asistencia médico-social	168 252	70 903	97 349	6.4	9.2	57.9	42.1

Citado por Tirado Bazán S... Marco teórico de referencia para el estudio de las causas del ausentismo femenino en el IMSS. Unidad de Investigación. Depto. de Desarrollo de Personal. México, Sept. 1976.

ANEXO 5. ANTECEDENTES.

HOSPITAL DE CONVALENCIA
CENTRO MEDICO NACIONAL

RELACION DE CATEGORIAS DE PERSONAL. JULIO 1978.

C A T E G O R I A S		No. de plazas
40102	Director Unidad Médica	1
40904	Administrador Unidad Médica	1
10707	Ayudante	2
51101	Técnico 11	1
10312	Secretaria	1
51403	Técnico 14	1
	Auxiliar Servicios Administrativos	1
	Auxiliar Universal de Oficinas	1
40201	Sub. Dir. Unidad Médica	1 10 3.1%
MEDICINA INTERNA		
27	Jefe de Departamento Clínico	2
	Médico No Familiar	7 9 2.8%
PSICOTERAPIA E HIGIENE MENTAL		
	Educadora	1
	Psicóloga	1 2 0.6%
DIETOLOGIA		
50903	Técnico 10	1
51005	Técnico 9	1
	Auxiliar de Almacén	1
	Auxiliar Universal de Oficinas	1
	Ayudante de Dietología	4
	Auxiliar de Dietología	32

C A T E G O R I A S

No. de plazas

DIETOLOGIA				
	Oficial de Dietología	2		
	Auxiliar Técnico de Alim.	2		
	Técnico Servs. de Alim.	8	52	16.1%
ALMACEN GENERAL				
	Auxiliar Almacenista	1		
	Almacenista	1		
	Almacenista Responsable	1	3	0.9%
ENFERMERIA				
50705	Técnico 7	1		
51005	Técnico 10	6		
	Auxiliar de Enfermería 6.5 hrs.	29		
	Auxiliar de Enfermería 7.2	31		
	Auxiliar de Enfermería 8.0	38		
	Enfermera General 6.5	11		
	Enfermera General 7.2	14		
	Enfermera General 8.0	15		
	Jefe de Piso 8.0	11		
	Aux. Univ. de Oficinas	1	157	48.9%
INTENDENCIA				
10707	Ayudante	1		
10710	Ayudante	5		
	Elevadorista	2		
	Aux. Servs. Int. 6.5 hrs.	10		
	Aux. Servs. Int. 7.2	10		
	Aux. Servs. Int. 8.0	32		

C A T E G O R I A S		No. de plazas	
	Ayudante de Servs. Int.	2	62 19.3%
	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS		
	Auxiliar Univ. de Ofnas.	2	2 0.6%
	TRABAJO SOCIAL		
51005	Técnico 10	1	
10608	Auxiliar	1	
	Oficial de Ruericultura	3	
	Asistente Social 6.5 hrs.	3	
	Asistente Social 8.0	7	
	Trabajadora Social 6.5	1	
	Trabajadora Social 8.0	4	
	Auxiliar Univ. de Ofnas.	1	21 6.5%
	TRANSPORTES		
	Chofer 6.5 hrs.	1	
	Chofer 8.0	1	2 0.6%
	PRESTACIONES SOCIALES		
10708	Ayudante	1	1 0.3%
	T O T A L	321	100%

ANEXO 2. CAPITULO II.

I.M.S.S.

C.M.N.

ESTUDIO DE CAUSAS DEL AUSENTISMO LABORAL EN
EL HOSPITAL DE CONVALECENCIA

CEDULA DE ENTREVISTA (AUXILIAR DE ENFERMERIA)

I. IDENTIFICACION

1. Nombre: _____

2. Horario: _____ 3. Turno: _____

4. Domicilio _____
Calle _____ No. _____ Depto. _____ Col. _____

Z. P. _____ Teléfono _____

5. Edad: _____

6. Estado Civil:

Soltera Casada Viuda Unión Divorciada Libre Otros 7. Antigüedad: _____
En el IMSS _____ En el Hospital _____ En la Categoría _____II. ESCOLARIDAD

1. Grado máximo de estudios: _____

2. Estudia actualmente: SI _____ NO _____

Estudios: _____

III. MATERNIDAD

1. ¿Tiene hijos? SI _____ NO _____

2. ¿Qué edad tienen?

2.1 Menores de 6 años Edades _____

2.1.1. ¿Asisten a Guarderías del IMSS? SI _____;

Prestaciones Sociales _____

Nuevos Programas _____

Particular _____

Otros _____

2.1.2. NO _____; ¿Por qué? _____

2.2. ¿En edad escolar? (De 6 años en adelante)

SI _____; ¿Cuántos? _____

3. ¿Qué problemas tiene para la atención de sus hijos?

Enfermedad: _____

Custodia: _____

Otros: _____

IV. JORNADA DE TRABAJO

¿Tiene otro empleo o dobla turno?

SI _____ NO _____ FRECUENCIA _____

V. TRANSPORTE

¿Tiene problemas de transporte? SI _____ NO _____

VI. ACTIVIDAD DEL HOGAR

1. ¿Es usted quien atiende su casa y sus hijos?

SI _____ NO _____ EN OCASIONES _____

1.1. ¿Quién le ayuda? _____

2. Atención doméstica general (Si no tiene quien le ayude)

Cocina Lavado de ropa Planchado Aseo Habitacional

3. Atención de los hijos (Si no tiene quien le ayude):

a) Aseo y Vestido _____

b) Llevar y recoger de la escuela _____

c) Alimentación _____

VII. OBSERVACIONES:

ANEXO 4. CAPITULO II.

P R O F E S I O G R A M A*

Auxiliar de Enfermería "A"
(Categoría Autónoma)

Requisitos:

2. Certificado de Instrucción Primaria (actualmente secundaria).
32. Conocimiento de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.
33. Conocimiento del Contrato Colectivo de Trabajo y Reglamentos Especiales de Actividades; Reglamento de Escalafón; Reglamento Interior de Trabajo, requisitos, relaciones de mando, movimientos escalafonarios y actividades consignadas en el tabulador.
34. Comprobación de buenos antecedentes.
35. Condiciones físicas normales.
38. Edad de 18 a 40 años.
46. Haber tomado el curso de capacitación de ingreso.

Relaciones de mando.

- ~~3. Directas del Jefe de la Dependencia.~~
4. Directas del Director o Jefe de la Unidad.
6. Directas del Responsable del Servicio.
19. Indirectas del Instituto, siempre a través del Jefe de la Dependencia o de la persona designada al efecto.

Movimientos escalafonarios.

6. Por examen a cualquier categoría de otra rama.

Actividades:

Auxiliar en las labores de enfermería en hospitales, sanatorios. Aplicación de inyecciones, curaciones y otras manobras médicas. Labores administrativas inherentes.

* IMSS/SNISS: Contrato Colectivo de Trabajo. 1975-1977. México, -
D. F., marzo 1976.

ANEXO 1. CAPITULO III.

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
JEFATURA DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL VALLE DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE SELECCION DE PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO

ANALISIS DEL PUESTO
AUXILIAR DE ENFERMERIA "A"
I.M.S.S.

Coordinador:

LIC. GUSTAVO ORTEGA DELGADO.

I.M.S.S.

ENERO 1975.

1. DESCRIPCION DE LA CATEGORIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA "A".

1.1 CARACTERISTICAS GENERALES

Realiza tareas simples con el fin de colaborar con el personal de enfermería, médicos o dentistas, en la atención que se otorga a los derechohabientes en Hospitales y Clínicas-Hospital en los Servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización o Central de Equipos y Esterilización.

1.2 TAREAS MAS IMPORTANTES (Obtenido del Análisis de la Tarea).

- 1.2.1 Mide la temperatura, el pulso y presión arterial de los enfermos. T - 13%
- 1.2.2 Recibe, revisa, lava y prepara el material de trabajo que le ha sido encomendado. T - 12%
- 1.2.3 Asea, viste y desnuda a los pacientes T - 13%
- 1.2.4 Vigila y ayuda a los pacientes durante los alimentos. T - 13%
- 1.2.5 Arregla las camas. T - 17%
- 1.2.6 Prepara física y mentalmente a los pacientes que requieren estudios especializados y los conduce al lugar indicado. T - 17%
- 1.2.7 Anota datos personales y clínicos del paciente en forma de papelería especiales. T - 7%
- 1.2.8 Vigila la aplicación de sueros y realiza pequeñas curaciones. T - 8%

EVENTUALMENTE

- 1.2.9 Acude a otros servicios por equipo o material necesario.
- 1.2.10 Amortaja cadáveres.

1.3 PERIODICAMENTE, PRESTA SUS SERVICIOS EN LA CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACION, EN DONDE DE ACUERDO CON LA FORMA DE ADMINISTRACION DE CADA UNIDAD:

- 1.3.1 Concentra en el servicio el equipo y material sucios y los distribuye en las respectivas líneas de trabajo. T - 8%
- 1.3.2 Lava y prepara, con la técnica específica, el instrumental. T - 80%

1.3.3. Revisa aparatos y materiales para comprobar su
funcionabilidad. T - 80%

1.3.4. Recibe y entrega, por medio de canje o vales,
material, equipo e instrumental a los diferen
tes servicios.

1.3.5. Maneja formas de papelería para control.

1.4. CONOCE Y MANEJA LO SIGUIENTE:

1.4.1. Aparatos

1.4.1.1. En los servicios	1.4.1.2. En Central de Equipos y Esterili zación.
---------------------------	--

Termómetro
Báscula

~~Barómetro~~
Estetoscopio
Aspirador
Nebulizador
Resucitador
Electrocardiógrafo

Autoclave
Entalcadora
Secadora
Afiladora de
agujas
Lavadora de
sondas y je-
ringas
Guillotina

1.4.2. Materiales

1.4.2.1. En los servicios	1.4.2.2. En Central de Equipos y Esterili zación.
---------------------------	--

Ropa de cama
Ropa de pacientes

Papel de Envoltura.

ANEXO 2. CAPITULO III.

GUIA DE ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA "A".

- I. Descripción del puesto: Auxiliar del médico para proporcionar la atención médica a los derechohabientes.
- II. Autoridad normativa y supervisor Técnico-Médica Subdirección General Médica Jefatura de Servicios Médicos.
- III. Jefe Inmediato Enfermera General, Jefe de Piso, Subjefe de Enfermeras y Jefe de Enfermeras.
- IV. Subordinados directos: Auxiliar de Servicio de Intensidad adscritos al servicio de enfermería.
- V. Coordinación con: Personal médico, Jefes o encargados de servicios auxiliares - de diagnóstico y tratamiento, - dietista, administración del hospital, personal de recuperación, personal de trabajo social.
- VI. Atención a: Derechohabientes, público, personal médico, autoridades del Instituto.
- VII. Responsabilidades: Es responsable ante su jefe inmediato del correcto desempeño de sus deberes y del personal a su cargo.
- VIII. Autoridad para:
- 1 Administrar medicamentos y tratamientos que de acuerdo a su nivel técnico ordene el personal médico.
 - 2 Sugerir a su jefe inmediato, solución a los problemas, técnico-administrativos del servicio de enfermería.
 - 3 Reportar desperfectos del equipo o del inmueble del servicio al que esté asignado.
- IX. Deberes
- 1 Sujetarse a todos los reglamentos del Instituto o instructivos, normas y manuales de la subdirección General Médica, e instructivos especiales que para el servi-

cio de enfermería, emanen de la Dirección de la Unidad.

2 Laborar en la jornada, horario y guardias que se le asignen con forme lo establece el Contrato Colectivo de Trabajo.

3 Recibir y acatar órdenes de las enfermeras generales, o del gobierno de enfermería, de acuerdo a las áreas que esté asignada.

4 Recibir el turno, enterándose del estado de los pacientes, de los medicamentos, tratamientos y dietas que han dado y que se tienen que dar, de acuerdo a la prescripción y órdenes que los médicos dejaron anotadas en el expediente clínico.

5 Proporcionar medicamentos y tratamientos a los pacientes, de acuerdo al manual del Servicio de Enfermería.

6 Preparar y/o revisar que los pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico se encuentren perfectamente preparados.

7 Acompañar a los pacientes a otras áreas de la unidad, informando sobre la identificación de los mismos o sobre tratamientos u órdenes escritas por los médicos.

8 Atender oportunamente el llamado de pacientes hospitalizados.

9 Ayudar al médico en la consulta externa como en las salas de hospitalización.

10 Ayudar al médico en el desempeño de intervenciones quirúrgicas, curaciones y tratamientos especiales a los pacientes.

11 Revisar y controlar la dotación de medicamentos, material de curación, equipo e instrumental del área en que esté asignada.

12 Llenar, controlar, ordenar y depurar la documentación médica que se indique en el área que esté asignada.

13 Identificar en forma permanente a los pacientes que vayan a recibir cualquier tipo de atención médica, como medicamentos, curaciones, intervenciones quirúrgicas, estudios especiales, etc.

14 Revisar que los medicamentos estén correctamente administrados y suspenderlos de acuerdo a las órdenes del médico.

15 Cuidar del buen estado y limpieza de los pacientes, así como de las salas de hospitalización, muebles y equipo de trabajo.

16 Ser atenta, con sus compañeros, trabajando en armonía.

17 Informar del estado de los pacientes exclusivamente a las áreas que designe la Dirección de la Unidad.

18 Las observaciones correspondientes a la ingesta de la dieta.

19 Informar sobre desperfectos o descomposturas del equipo o del inmueble del servicio a que esté asignada.

20 Colaborar con los programas de enseñanza.

21 Informar a su jefe o al personal médico, si se presenta algún estado de gravedad o situación anormal o muerte de los pacientes.

22 Informar inmediatamente a su

jefe o al personal médico si hubo algún error u omisión en la administración o tratamientos ordenados por el médico.

23 Anotar en el expediente clínico, en forma verídica, concisa y clara de expresión, las observaciones - que haga de los pacientes.

24 Aplicar a los pacientes aparatos electromédicos vigilando que su funcionamiento sea correcto, haciendo anotaciones e informando el resultado o problemas que pueda encontrar en la aplicación de los mismos.

25 Tener un trato amable y cortés con los pacientes, familiares y público, con un alto espíritu de sentido humano y de respeto a la dignidad de la persona.

Documento proporcionado por la Srita. Ma. de Lourdes Carbajal,
Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital de Convalecencia.

ANEXO 1. CAPITULO V.

ESTADISTICAS SOBRE DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD
DEL HOSPITAL DE CONVALECENCIA. C. M. N.

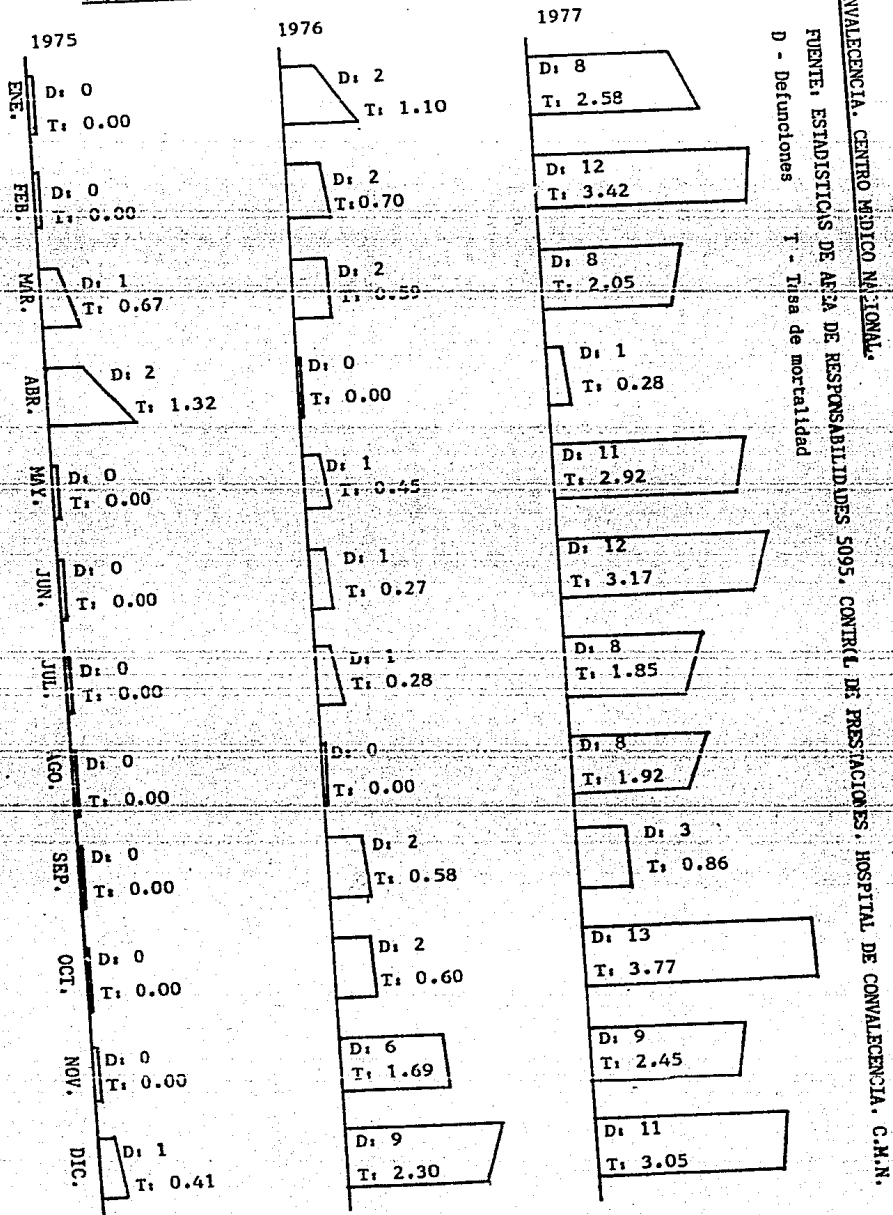
DEL 1o. DE ENERO DE 1975 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1977

MES	DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD	EGRESOS
1975			101
ENERO	0	0.00	150
FEBRERO	0	0.00	149
MARZO	1	0.67	151
ABRIL	2	1.32	171
MAYO	0	0.00	168
JUNIO	0	0.00	170
JULIO	0	0.00	169
AGOSTO	3	0.00	155
SEPTIEMBRE	0	0.00	220
OCTUBRE	0	0.00	221
NOVIEMBRE	0	0.00	239
DICIEMBRE	1	0.41	239
	<u>4</u>	<u>0.19</u>	<u>2,077</u>
1976			190
ENERO	2	1.10	267
FEBRERO	2	0.70	338
MARZO	2	0.59	274
ABRIL	0	0.00	218
MAYO	1	0.45	364
JUNIO	1	0.27	347
JULIO	1	0.28	345
AGOSTO	0	0.00	330
SEPTIEMBRE	2	0.58	329
OCTUBRE	2	0.60	354
NOVIEMBRE	6	1.69	391
DICIEMBRE	9	2.30	391
	<u>28</u>	<u>0.74</u>	<u>3,747</u>
1977			307
ENERO	8	2.58	350
FEBRERO	12	3.42	390
MARZO	8	2.05	349
ABRIL	1	0.28	376
MAYO	11	2.92	378
JUNIO	12	3.17	431
JULIO	8	1.85	416
AGOSTO	8	1.92	347
SEPTIEMBRE	3	0.86	344
OCTUBRE	13	3.77	366
NOVIEMBRE	9	2.45	360
DICIEMBRE	11	3.05	4,414
	<u>104</u>	<u>2.35</u>	<u>4,414</u>
TOTAL	136	1.32	10,238

FUENTE: ESTADISTICAS DE AREA DE RESPONSABILIDADES 5095. CONTROL DE PRESTACIONES. HOSPITAL DE CONVALECENCIA. C.M.N.

ANEXO 2. CAPITULO V.

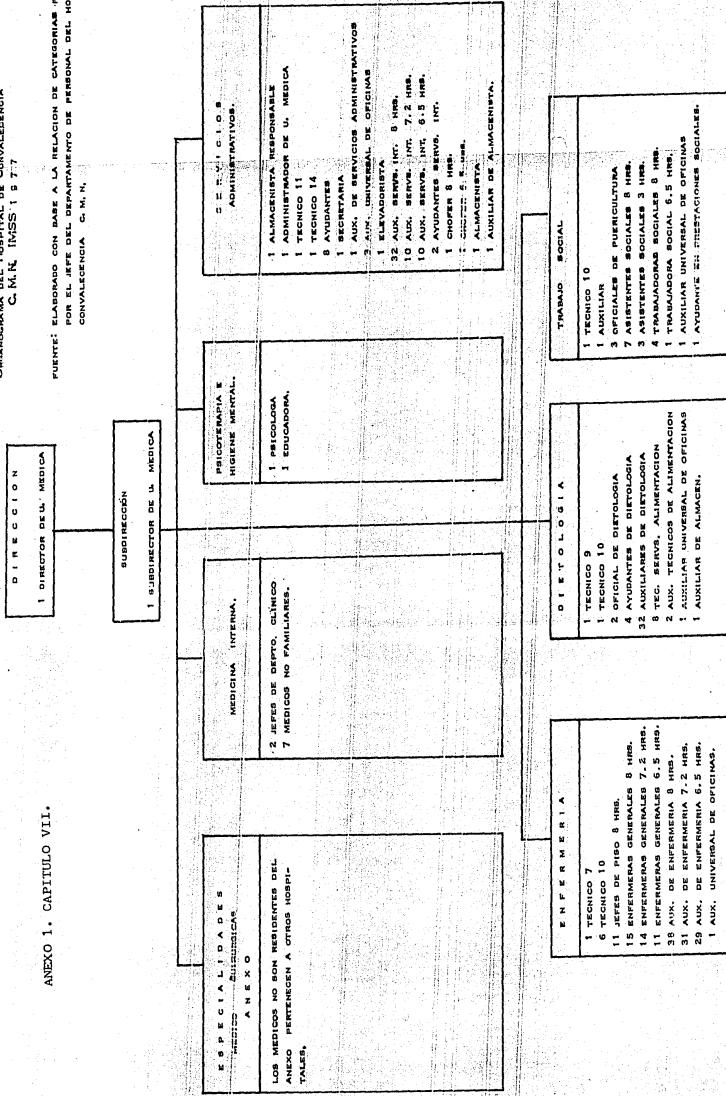
GRAFICA SOBRE DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD DEL HOSPITAL DE



ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL DE CONVALESCENCIA
C.M.N. IMSS 1 B 7.7

ANEXO 1. CAPITULO VII.

FUENTE: ELABORADO CON BASE A LA RELACION DE CATEGORIAS PROPORCIONADA
POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL DEL HOSPITAL DE
CONVALESCENCIA C.M.N.



ANEXO 2. CAPITULO VII.

LA TEORIA " X "

LA TEORIA " Y "

EL PUNTO DE VISTA TRADICIONAL SOBRE LA DIRECCION Y EL CONTROL

1. El ser humano ordinario siente una repugnancia intrínseca hacia el trabajo y lo evitará siempre que pueda.
2. Debido a esta tendencia humana a rehuir el trabajo la mayor parte de las personas tienen que ser obligadas a trabajar por la fuerza, controladas, dirigidas y amenazadas con castigos para que desarrollen el esfuerzo adecuado a la realización de los objetivos de la organización.
3. El ser humano común prefiere que lo dirijan, quiere soslayar responsabilidades, tiene relativamente poca ambición y desea más que nada su seguridad.

LA INTEGRACION DE LOS INTERESES INDIVIDUALES CON LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACION

1. El desarrollo del esfuerzo físico y mental en el trabajo es tan natural como el juego o el descanso.
2. El control externo y la amenaza de castigo no son los únicos medios de encauzar el esfuerzo humano hacia los objetivos de la organización. El hombre debe dirigirse y controlarse a sí mismo en servicio de los objetivos a cuya realización se compromete.
3. Se compromete a la realización de los objetivos de la empresa por las compensaciones asociadas con su logro.
4. El ser humano ordinario se habitúa en las diversas circunstancias, no sólo a aceptar sino a buscar nuevas responsabilidades.
5. La capacidad de desarrollar en grado relativamente alto la imaginación, el ingenio y la capacidad creadora para resolver los problemas de la organización es característica de grandes, no pequeños, sectores de la población.
6. En las condiciones actuales de la vida industrial las potencialidades intelectuales del ser humano están siendo utilizadas sólo en parte.

Tomado de Mc Gregor D.: El aspecto humano de las empresas. Ed. Diana. México. 1974. Caps. 3 y 4 Pp. 43-66.

ANEXO 3. CAPITULO VII.

HOSPITAL DE CONVALENCIA
C. M. N.

PERSONAL DIRECTIVO ENTREVISTADO

- DIRECTOR
- ADMINISTRADOR
- PSICOLOGA
- JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE ENFERMERIA
- JEFE DE DIETOLOGIA
- JEFE DE TRABAJO
MEDICO SOCIAL
- ENCARGADO DE INTENDENCIA

AUSENTISMO EN ASAMBLEAS SINDICALES DE CARACTER ELECTORAL
 ABRIL 1975*

No.	Delegaciones	Total Caracteres	A s i e n c i a Absente Relative Total	Personas que tomaron participación
11	Jefatura de Personal y Sub- dirección Gral. Admva.	400	100	3
20	Clinica No. 14	600	46	3
19	Clinica No. 16	200	45	3
8 y 10	Depto. de Prensa y Difusión y otros	200	65	3
9 y 17	Jefatura de Orientación y Quejas y otros	200	30	3
23	Hospital General C.H. La Raza	1,400	400	-
26	Hospital de Enfermedades del Tórax	800	100	6
35	Clinica No. 2	400	100	-
T o t a l e s		4,200 (100%)	886 (21%)	20.8%
		Aus. Sindical=79.8%		

* De un total aproximado de 80 Delegaciones, se hizo un muestreo en 8 (10).

FUENTES DE INFORMACION:

1. Observación directa de asambleas.
2. Catendario de Asambleas y Convocatoria para elegir Delegados al XXII Congreso del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).

FUENTES DE CONSULTA.

FUENTES DE CONSULTA

I. DOCUMENTOS, PERIODICOS SINDICALES, LISTADOS, ENCUESTAS, MANUALES, GUIAS DE PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES.

Depto. de Selección y de Desarrollo de Personal IMSS. Encuesta para recoger opiniones y actitudes del personal de Unidades Médicas del IMSS relacionado con el público. 1969.

"Efectos Faltas Injustificadas". Periódico Seguridad Social. Organó del SNTSS. México, D. F. Octubre, 1977.

"Eliminemos el Ausentismo". Periódico Seguridad Social. Organó del SNTSS. México, D. F. Diciembre 1977.

IMSS: Análisis del puesto de la Auxiliar de Enfermería "A" del Hospital de Convalecencia. C.M.N. México, s/f (Documento proporcionado por la Jefe del Depto. de Enfermería. Agosto, 1978).

IMSS: Criterios para la determinación de Necesidades de Recursos Humanos. Depto. de Dotación de Recursos Humanos. Jefatura de Servicios de Personal. México, 1976.

IMSS: Glosario de la Terminología Utilizada en el Sistema de Administración de Personal. Subdirección General Administrativa. Jefatura de Servicios de Personal. México, 1976 (fotocopia).

IMSS: Guía de Procedimientos Técnico Administrativos en Unidades Médicas. I Hospitales de Concentración. Subdirección General Médica. México, 1976.

IMSS: Indicadores y Cálculo de personal (de enfermería). Grupo Asesor de Enfermería. Subdirección General Médica. - México, 24 de Junio de 1977, (mec.).

IMSS: Información Administrativa y Operativa del Sistema de Administración de Personal. Primer Semestre. Valle de México. Asesoría de Administración de Personal. Jefatura de Servicios de Personal. México, 1976. (fotocopia).

IMSS: Plantilla Nominal al 3 de Noviembre de 1977. Hospital de Convalecencia. Administración del Hospital de Convalecencia. C.M.N.

IMSS: Relación Muestra de Auxiliares de Enfermería con Más y Menos Ausentismo. Turnos Matutino y Nocturno del Hospital de Convalecencia. Estadísticas de 1975, 1977 y vida. Oficina de Personal del Hospital de Convalecencia. CMN. Julio 6, 1978.

IMSS: Manual de Procedimientos Técnico Administrativos de los Servicios de Enfermería. Subdirección General Médica. México, 1970.

- IMSS: Sistema médico familiar. Manual. Subdirección General - Médica. México, 1972.
- IMSS: Captación de datos estadísticos. Instrucciones. Subdirección General Médica, 1972.
- IMSS: Trabajo Social. Procedimientos. Subdirección General - Médica. México, 1974.
- IMSS: Servicios Administrativos en Unidades de atención médica. Manual. Subdirección General Médica. México, 1975
- IMSS: Servicios de Enfermería en Hospitalización. Procedimientos. Subdirección General Médica. México, 1973.
- INFORMAC: Imagen del IMSS entre el Personal de las Clínicas del IMSS. Noviembre, 1965.
- Jef. de Planeación y Supervisión Médica. Depto. de Planeación y Programación de la Atención Médica. IMSS. Estudio de Actitudes del Personal Médico. Derechohabientes y Resumen. (3-Vol.) Mayo, 1974.
- Jef. de Planeación y Supervisión Médica. Depto. de Organización y Procedimientos. Encuesta de Opinión del Personal de Unidades Médicas en el IMSS. Noviembre, 1968.
- Jef. de Serv. de Personal. Depto. de Control de Análisis de Cifras IMSS. Densidad de Población del IMSS por Categorías. 1975.
- "La Otra Cara del Ausentismo". Periódico Seguridad Social. Organismo del SNTSS. México, D. F. Marzo 1977.
- Leyva Hoyos, Reynaldo: Estudio Relativo al Ausentismo de Personal del IMSS. Delegación Estado de Guerrero. Octubre, 1974.
- Machorro Camarena, Carlos: "El ausentismo en la industria y su cuantificación". Revista de Ejecutivos de Finanzas. México, Enero 1972.
- Martínez del Pozo, A. y J. Ramón Corona Ojeda : Sistema de Información para fundar Programas de Capacitación Profesional. Unidad de Investigación. - Depto. Desarrollo de Personal. IMSS. Octubre, 1974.
- Martínez Mora, A.: Encuesta sobre la Actitud de los Empleados. Delegación Regional de Jalisco. IMSS. Diciembre, 1973.
- Manual de servicios administrativos en Unidades de atención médica. Diagramas. Subdirección General Médica. IMSS. México, 1975.

"No al Ausentismo". Periódico Seguridad Social. Organó del -
 SNTSS. México, D. F. Febrero, 1977.

"No Faltes". Periódico Seguridad Social. Organó del SNTSS. Mé-
 xico, D. F. Abril, 1977.

Ojeda González, Abelardo: Notas sobre el documento "Servicios
 Médicos, sus Problemas y Deficien-
 cias", Agosto, 1967.

Ojeda González, Abelardo: Análisis y Diagnóstico del Reporte -
 sobre el estudio de Cadenas Opera-
 cionales. Agosto 6, 1974.

Ojeda González, A. et al.: Elementos de Metodología de Estudios
 del Medio de Trabajo para Fundamen-
 tar Programas de Desarrollo de Perso-
 nal. IMSS. Octubre, 1974.

Ortega Delgado, Gustavo: Análisis del Puesto Auxiliar de Enfer-
 mería "A". IMSS. México, 1975.

"Otra vez el Ausentismo": Periódico Seguridad Social. Organó -
 del SNTSS. México, D. F. Agosto, 1977.

Partida, A.: Diagnóstico Psicológico Laboral sobre las Trabaja-
 doras del IMSS. Julio, 1975.

Pérez Pérez, Olalla: "A la Mujer que Trabaja". Seguridad Social.
 Organó del SNTSS. México, D. F., Agosto, -
 1978.

"Procedimientos Captación Puntualidad". Periódico Seguridad So-
 cial. Organó del SNTSS. México, D. F. Junio, 1978.

"Puntualidad". Periódico Seguridad Social. Organó del SNTSS. -
 México, D. F., Junio, 1977.

"Reglamentación Cláusula 4a. Transitoria". Periódico Seguridad
 Social. Organó del SNTSS. México, D. F. Junio, 1978.

Sandoval Acosta, Fernando: Reporte sobre el Estudio de las Ca-
 denas operacionales de Servicios.
 Asesoría Depto. Desarrollo de Perso-
 nal. IMSS, 1974.

"Sección de permutas". Periódico Seguridad Social. Organó del
 SNTSS. México, D. F. Años 1975, 1976, 1977 y 1978.

Subdirección Gral. Médica. Quejas y Opiniones entre Trabaja-
 doras Sociales y Asistentes Socia-
 les, Marzo 17, 1975.
 Jef. de los Servs. del Valle de México, Asesoría de
 Trabajo Médico Social.
 IMSS.

II. MATERIAL JURIDICO: LEY FEDERAL DEL TRABAJO, CODIGOS, CONTRATO COLECTIVO.

Código Civil. Vigésima edición. Col. Leyes y Códigos de México. Edit. Porrúa, México, 1967.

Código Civil. Cuadragésima tercera edición. Col. Leyes y Códigos de México. Edit. Porrúa, México, 1977.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. - Gaceta Informativa de la Comisión Federal Electoral. México, 1976.

Contrato Colectivo de Trabajo 1969-71, 1971-73, 1973-75, 1975-77. IMSS-SNTSS. México, 1976.

Moreno Padilla, J.: Nueva Ley del Seguro Social. Ed. Trillas. México, 1975.

SNTSS: Estatutos. 1969.

Trueba Urbina A. y J. Trueba Barrera (comentaristas) Nueva Ley Federal del Trabajo Reformada. Trigésima edición actualizada. Edit. Porrúa, México, 1976.

III. ESTUDIOS SOBRE FUERZA DE TRABAJO.

Corona Solorzano, J.: Instituto Mexicano del Seguro Social. Información Administrativa y Operativa del Sistema de Administración de Personal. Primer Semestre. Asesoría de Administración de Personal (Jefatura de Servicios de Personal), 1976.

Ojeda González, Abelardo: Estudio del Medio de Trabajo en Almacenes Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe Provisional. Documento Informativo No. 1. Oficina de Reubicación. Depto. de Desarrollo de Personal. IMSS, México, 1974.

Ojeda González, Abelardo: Informe Preliminar sobre las Causas del Ausentismo Laboral de los Empleados del Instituto Mexicano del Seguro Social. Departamento de Desarrollo de Personal. IMSS. México, octubre de 1976.

Vázquez Senties, Ma. Elisa: El Ausentismo. un Problema de Administración en la Industria. Tesis Profesional. Universidad Iberoamericana, México, 1964.

IV. ESTUDIOS SOBRE AUSENTISMO Y SITUACION LABORAL FEMENINA.

Camacho López, Rebeca: Estudio Sobre Ausentismo y sus Causas en el Personal de Enfermería de Diciembre 1976 a Mayo 1977. Hospital de Pediatría. Departamento de Enfermería - CMN. IMSS. México, s/f.

González Salazar, Gloria: "La participación de la mujer en la actividad laboral de México". Citado en: La Mujer en América Latina. Vol. I. Sep/Setentas. México, 1975.

Peña, Margarita: "Testimonio. Cuadernos de feminismo". Uno más Uno. Domingo 20 de Agosto de 1978, p. - 20.

Rendón, T. y Pedrero, M.: La Mujer Trabajadora. Cuadernos/5. Instituto Nal. de Estudios del trabajo. Congreso del Trabajo, México, 1975.

Tirado Bazán, S.: Marco Teórico de referencia para el Estudio de las Causas del Ausentismo Femenino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación. Depto. de Desarrollo de Personal. IMSS. México, D. F., Sep., 10, 1976. (mec. Archivos Unidad de Investigación).

Tirado Bazán, S.: Informe Preliminar sobre las Causas del Ausentismo Laboral Femenino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación. Depto. de Desarrollo de Personal. IMSS, México, D.F., Nov., 1976 (mec. Archivos Unidad de Investigación).

V. SOBRE ENFERMERIA.

Deiman, P.A.: "El Mejoramiento de Calidad del Cuidado de Enfermería". Revista del Colegio Nacional de Enfermeras. México, Año XXI No. 3, Enero-Marzo de 1975, pp. 19-25.

Enfermera Auxiliar. Manual del Estudiante. Serie para Auxiliares Hospitalarios. Edit. Interamericana. México, 1974.

Islas Amador, Alicia (Asesor Dr. José Luis González): "La enfermera en la Atención Intermedia y Custodial del Paciente Dentro del Método de Cuidados Progresivos". Revista del Colegio Nacional de Enfermeras. México, Año XXI, No. 1, Julio-Septiembre de 1974 pp. 16-22.

Kron, Thora: Manual de Enfermería. Edit. Interamericana. México, 1973.

Sholtis Brunner, Lillian et al.: Enfermería Medicoquirúrgica. - Edit. Interamericana, México, - 1974.

VI. SOBRE SITUACION DE LA MUJER.

Klein, Viola: La Mujer entre el hogar y el Trabajo. Edic. Sagitaris, Barcelona, 1967.

Myrdal, A. y V. Klein: La Mujer y la Sociedad Contemporánea. Edic. Península, Barcelona, 1969.

Sullerot, Evelyne: Historia y Sociología del Trabajo Femenino. Edic. Península, Barcelona, 1970.

VII. BIBLIOGRAFIA SOBRE SEGURIDAD SOCIAL, ADMINISTRACION DE PERSONAL, SOCIOLOGIA DEL TRABAJO, PSICOLOGIA INDUSTRIAL.

Aguilar García, L.: Medicina Social y medicina institucional en México. Costa Amic Ed., México, D. F., 1969.

Alcázar: Las agrupaciones patronales en México. Col. Jornadas. El Colegio de México, 1970.

Almond, G. A. y S. Verba: The Civic Culture, Political Attitudes and Democracy in Five Nations. Princeton, Princeton University Press (Center International Studies), 1963. (Traducción al español de Armando Villa Reveles, MS.).

Arce Cano, G.: Los seguros sociales en México. Ed. Botas. - México, 1974.

Argyrys, C.: "¿Apatía e indiferencia de los empleados?", en La Administración de empresas y su personal. Ed. Roble. México, 1967, pp. 311-318.

Barbabosa Kubli, A.: La productividad en la prestación médica, como factor de administración de recursos. Tesis. Escuela Bancaria y Comercial. México, D. F., 1972.

Barquín Calderon, Manuel: Dirección de Hospitales. Edit. Interamericana. México, 1972.

Blau, P.M.: La burocracia en la sociedad moderna. Ed. Pai-

dos. Buenos Aires, 1967.

Braverman, H.: Trabajo y capital monopolista. Ed. Nuestro -
Tiempo. México, 1975.

Brown, J. A. C.: La Psicología Social en la Industria. Edit.
FCE, México, 1975.

Calderón, J.M.: Génesis del Presidencialismo en México. Ed.
El Caballito. México, 1972.

Coffer C.N. y M. H. Appley: Psicología de la Motivación. -
Ed. Trillas. México, 1972.

Córdova, A.: La formación del poder político en México. Se-
rie Popular Era. México, 1972.

Cronica de 27 años de lucha sindical al servicio de los tra-
bajadores del Seguro Social (1943-1970). Sría. de Prensa -
del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. -
México, 1970.

Dahrendorf, Ralf: Sociología de la Industria y de la Empre-
sa. UTEHA, México, 1974.

Duhalt Krauss, M.: La administración de personal en el sec-
tor público. Instituto de Administración
Pública. México, 1975.

Duhalt Krauss, M.: La reforma administrativa en México. -
IMSS. México, 1970.

Duhalt Krauss, M.: Los manuales de procedimiento en las ofi-
cinas públicas. UNAM. México, 1977.

Etzioni, A.: Organizaciones modernas. UTEHA. México, 1972.

Friedmann, G. y P. Naville: Tratado de Sociología del Tra-
bajo. 2 Vols. Edit. FCE, Méxi-
co, 1963.

Frisch-Gauthier, J.: "Moral y satisfacción en el trabajo".
En Friedmann-Naville (comps.): Socio-
logía del Trabajo. Vol. II. F. C. E.
México, 1963.

García Cruz, M.: El Seguro Social en México. Desarrollo, -
situación y modificaciones en sus primeros
25 años de acción. Sindicato Nacional de -
Trabajadores del Seguro Social. México, -
1968.

González Casanova, P.: La estructura del poder. Colección
Problemas Sociales. 7. Instituto -

Mexicano del Seguro Social. México,
Enero, 1971

- González Díaz, Lombardo F.: El derecho social y la seguridad social integral. Textos Universitarios. UNAM. México, 1973.
- Huerta Maldonado, M.: La Ley del Seguro Social y sus reformas. México, D. F. 1971.
- IMSS: Ley del Seguro Social. 1972.
- IMSS: Enfermería. 16-17-18-19-20-21. Subdirección General - Médica. Depto. de Planeación Técnica de los Servicios Médicos. Enero, 1971.
- Jardillier, Pierre: La Organización Humana de las Empresas. Edit. Tecnós, Madrid, 1969.
- Kerr, Clark et al.: El Industrialismo y el Hombre Industrial. EUDEBA, Buenos Aires, 1967.
- Leal, J.F.: México: Estado, burocracia y sindicatos. Ed. El Caballito. México, 1975.
- Leal de Araujo, L.: Aspectos económicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuadernos Americanos. México, 1966.
- "Ley de Cámaras de Comercio y de las de Industria" En Código de Comercio y Leves. Edit. Porrúa. México, 1976.
- López Portillo, M.: Ensayo sobre la situación de clase en México. El conflicto Médico 1964-1965. T.P. FCPS. UNAM. México, 1973.
- Mandel, E.: "La proletarianización del trabajo intelectual y las crisis de la producción capitalista". En La rebelión estudiantil y la sociedad contemporánea. FCPS. UNAM. México, 1973.
- McGregor, Douglas: El Aspecto Humano de las Empresas. Edit. Diana, México, 1974.
- March, G.J. y H. Simon: Teoría de la organización. Ed. Ariel. Barcelona, 1969.
- Mayntz, R.: Sociología de la organización. Alianza Editorial. Madrid, 1967.
- Meynaud, J.: Introducción a la Ciencia Política. Edit. Tecnós. Madrid, 1971.
- Mira y López, Emilio: Factores Psicológicos de la Productividad. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1961.

- Mouzelis, P.N.: Organización y Burocracia. Ed. Península, Barcelona, 1973.
- Naranjo, C.: Las relaciones públicas en las instituciones de seguridad social. Manuales Técnicos. OEA. Washington, D. C., 1971.
- Paulin Pérez, G.: Un análisis sociológico del Conflicto Médico. (1964-1965). T.P. FCPS. UNAM. México, 1968.
- Pigors, P.yCh. Myers: La Administración de Personal. CECSA, México, 1969.
- Pye, L. W. y S. Verba: Political Culture and Political Development, Princeton, Princeton University Press, 1965. (Traducción al español de Armando Villa Révelles. MS.).
- Ramos P., J. Díaz Proyección social del Médico. México-González, J.M. Alvarez co, 1965.
- Manilla y J. Alvarez Tostado:
- Ramírez, Ramón: El movimiento estudiantil de México, 2 vols. Edic. Era. México, 1969.
- Rys, B.V.: Sociología de la seguridad social. Colección Seguridad Social 1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Enero, 1971.
- Sillamy, N.: Diccionario de la Psicología. Ed. Larousse, - Barcelona, 1970.
- Siegel, Laurence: Psicología Industrial. CECSA. México, - 1976.
- Stavonhagen, et al.: Tres estudios sobre el movimiento obrero en México. El Colegio de México. México, 1976.
- Strauss, G. y L. Sayles: Los problemas humanos de la dirección. Herrero Hnos. Suc. México, - 1966.
- Tannenbaum, R. et al.: Liderazgo y Organización. Edit. Troquel, Buenos Aires, 1971.

VIII. SOBRE METODOLOGIA

- Covo, M.: Conceptos comunes en la metodología de la investigación sociológica. UNAM. México, 1973.

Isambert-Jamati, Viviane: "Nivel de cualificación y adaptación al trabajo de las mujeres - asalariadas", en Boudon y Lazarsfeld. Metodología de las Ciencias Sociales. Vol. II. Edit. Laia; - Barcelona, 1974.

Kosik, K.: Dialéctica de lo concreto. Edit. Grijalbo, México, 1967.

Pardinas, Felipe: Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Siglo XXI, Edits., México, 1973.

Seltiz, Claire et al.: Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales. Edic. Rialp, Madrid, 1965.

IX. HEMEROGRAFIA.

Catrice-Lorey, A.: "La seguridad social en sus relaciones - con sus beneficiarios; el problema de la burocracia en el funcionamiento de una - administración social". Seguridad Social. Año XVI. Epoca III. No. 45. Mayo-Junio. - 1967.

Futterman, J.S.: "Algunas técnicas para lograr una mejor - dirección de la administración de la seguridad social de los Estados Unidos". Seguridad Social. Año IX. Epoca III. No. 1. - 1960.

Juillia, M.: Carácter y funciones de los servicios que se ocupan de manera específica de organización y de la introducción de nuevas técnicas de dirección. XVIIa. Asamblea General. Asociación Internacional de la Seguridad Social. Colonia. Septiembre 1970. (Ed. Ginebra, 1971).

Leal, J.F. y J. Woldenberg: Panorama de la estructura organizativa del sindicalismo mexicano contemporáneo. Serie: Avances de Investigación. Centro de Estudios Latinoamericanos. FCPS. UNAM, México, s/f (aprox. 1975) Edición de circulación restringida.

Purcel, J.C.H. y F. Kaufman P.: "El estado y la empresa privada", en - El Sistema Mexicano. Nueva Política. - Vol. 1. No. 2. abril-junio, 1976. pp. 229-250.

"Sr. Lic. Ricardo García S.", en Boletín Quincenal de la -
CONCAMIN. Tomo XV, No. 365.
 Mayo 1964, p. 12.

X. COMUNICACIONES PERSONALES

- Comunicación de A. Alvarez Jefe de la Sección de Cursos de Preingreso del Depto. de Desarrollo de Personal del IMSS. 1975.
- Comunicación de la Enf. Esp. Lourdes Carbajal Jefe del Depto. de Enfermería del Hospital de Convalecencia. CMN. Agosto 3, 1978.
Índice de Atención a Pacientes por Jornada. Auxiliar de Enfermería del Hospital de Convalecencia.

XI. BIBLIOGRAFIA SOBRE ECONOMIA POLITICA

- Marx, C.: El Capital. Crítica de la Economía Política. Vol. I
 Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires, -
 1966, Cap. V "Proceso de trabajo y proceso de valorización".