

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE SALUD*

RELATIONSHIP BETWEEN GENDER AND QUALITY OF WORKING LIFE RELATED TO HEALTH PROFESSIONALS

Recibido: 6 de octubre de 2014/ Aceptado: 25 de noviembre de 2014
<http://doi.org/10.17081/psico.18.33.55>

RAQUEL GONZÁLEZ BALTAZAR¹, GUSTAVO HIDALGO SANTACRUZ²,
SILVIA GRACIELA LEÓN CORTÉS³, MÓNICA ISABEL CONTRERAS ESTRADA⁴,
MARÍA GUADALUPE ALDRETE RODRÍGUEZ⁵, BRENDA JANETTE HIDALGO GONZÁLEZ⁶
Y JORGE ALBERTO BARRERA VEGA⁷

Universidad de Guadalajara - México

Palabras clave:

Género, Calidad de vida laboral,
Profesionales de salud,
Satisfacción, Mujeres.

Key words:

Gender, Quality of work life,
Health care professionals,
Satisfaction, Women.

Resumen

En este estudio, se buscó establecer la relación entre el género y la evaluación de la Calidad de Vida Laboral (CVL) en profesionales de salud. Para llevarlo a cabo, se seleccionaron aleatoriamente 322 personas en una institución de salud en Guadalajara, México. La satisfacción con su CVL se evaluó mediante el instrumento validado CVT-GOHISALO. Se evidenció la insatisfacción de las mujeres ante la desigualdad de oportunidades. Además, las mujeres del estudio demostraron con significancia estadística que se encuentran más satisfechas que los varones en el desarrollo personal que han logrado a través de su trabajo y en la administración de su tiempo libre.

Abstract

This paper aims to establish the relationship between gender and quality of working life assesment in health professionals in Guadalajara, Mexico. 322 people were sampled in a health institution. The satisfaction related to their quality of working life, was assessed through CVT-GOHISALO instrument. As a result, women dissatisfaction was revealed with opportunities inequality. In addition, sampled women showed through statiscal significance to be more satisfied than men, talking about personal development achieved through work and free time management.

Referencia de este artículo (APA):

González, R., Hidalgo, G., León, S., Contreras, M., Aldrete, M., Hidalgo, B., & Barrera, J. (2015). Relación entre género y calidad de vida laboral en profesionales de salud. *Psicogente*, 18(33), 52-65. <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.55>

* Proyecto de Investigación Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Calidad de Vida en el Trabajo, en trabajadores del sector salud en Guadalajara, Jalisco.

1 Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Docente Investigadora. Universidad de Guadalajara. Email: raquel_gh@hotmail.com

2 Magíster en Salud Pública. Docente Investigador. Universidad de Guadalajara. Email: gvohgo@hotmail.com

3 Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Docente. Universidad de Guadalajara. Email: silvia.leon@cucs.udg.mx

4 Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Docente Investigador. Universidad de Guadalajara. Email: moce10@yahoo.com.mx

5 Doctora en Ciencias Sociomédicas. Docente Investigadora. Universidad de Guadalajara. Email: draaldrete@yahoo.com.mx

6 Especialista en Psicoterapia Gestalt. Auxiliar de Investigación. Universidad de Guadalajara. Email: brenda.lgo@me.com

7 Magíster en Psicoterapia Clínica. Docente. Universidad de Guadalajara. Email: jbbj.vh@me.com

INTRODUCCIÓN

Inmersos en un mundo sujeto a constantes cambios económicos, políticos, sociales y ambientales, que determinan la forma de relacionarnos con la sociedad y nuestra forma de vivir, reconocemos el deterioro de nuestra Calidad de Vida (CV) como individuos y como miembros de una sociedad.

La CV se asocia con condiciones objetivas y subjetivas. Las primeras se encuentran en el entorno de las personas, y las segundas emanan de las expectativas y percepciones de los sujetos; pero también se ven afectadas por las relaciones de género que se presentan en los diferentes contextos (Fadda & Jirón, 2001).

El concepto de CV es un constructo social, pero solo se reconoce a través de la experiencia individual, que refleja diferencias en la percepción sobre el estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, el cual es determinado en gran parte por los valores, creencias, el contexto cultural y la historia personal. Asimismo, hay diferentes perspectivas para abordar el problema desde el punto de vista disciplinar, como la filosófica, económica, médica, humanista, ética y funcionalista, entre otras; cada una de ellas relaciona la CV con diferentes variables (Pichardo, 2005).

El género es una de las variables que puede expresar, de manera significativa, diferencias en cuanto a la percepción de la CV en general, su impacto en la salud y la relación que guarda con actividades fundamentales para el ser humano, como la actividad laboral. Cuando se habla de la satisfacción que se logra a través del trabajo, la llamamos Calidad de Vida Laboral (CVL) y se puede definir como “un concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes

necesidades personales: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre” (González, Hidalgo, Salazar & Preciado, 2009). Hasta el momento, la CVL ha sido poco abordada por los investigadores.

El trabajo es la actividad de mayor trascendencia para el ser humano, misma a la que el individuo aporta esfuerzo, tiempo, aptitudes y habilidades en espera de ciertas retribuciones que contribuyan a satisfacer sus necesidades, ya sea económicas, materiales, psicológicas o sociales; por esto resulta indispensable conocer los factores que influyen en la CVL de los trabajadores (Herrera & Cassals, 2005).

La actividad laboral es la principal contribuyente en la elevación de la CV de las personas; y cuando el individuo tiene la posibilidad de realizar un trabajo que corresponde con su capacidad y vocación, e identifica en él elementos para su crecimiento personal, el nivel de su CVL aumenta. Esta última tiene también componentes objetivos y subjetivos, por lo que, para su evaluación, se debe considerar la manera como las personas viven la cotidianidad de su ambiente laboral, tomando en cuenta sus condiciones de trabajo, así como sus relaciones entre compañeros y con la organización. También son muy importantes, para ello, las actitudes y valores de los trabajadores y su percepción de satisfacción o insatisfacción (González, 2007).

Metodológicamente, el concepto de CVL presenta dificultades para su evaluación, debido principalmente a los escasos estudios que presentan una propuesta concreta para hacerla.

Ahora bien, el concepto de CVL se sustenta a

su vez en otros dos, los de percepción y satisfacción. La percepción es el proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar según los impulsos que reciben. Por esto queda claro que la percepción es evaluada de manera individual y puede ser influida por aspectos como el género, la cultura y la actividad laboral, entre otros. Mientras que la satisfacción, en términos generales, se asume como la sensación de bienestar o placer que se tiene cuando se ha cubierto una necesidad, desde la más básica hasta las superiores.

Para entender las diferencias en la percepción de la CVL en profesionales de la salud, es importante aclarar que la perspectiva de género implica reconocer que más allá de una diferencia sexual, en la que tradicionalmente las sociedades han estructurado su vida y su cultura, están las atribuciones, representaciones sociales e ideas que se construyen con base en las diferencias anatómicas que caracterizan a hombres y mujeres; diferencias que marcan el destino de las personas (Lamas, 1996).

En este trabajo, se centra la atención en los profesionales de la salud, a partir de la persistencia de prácticas que legitiman desigualdades de género al interior de los espacios sociales donde ellos se forman y trabajan.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el compromiso de desarrollar acciones encaminadas al cuidado y preservación del bienestar, sobre todo de la familia, se ha asignado tradicionalmente a las mujeres. A pesar de ello y de manera paradójica, se establecen distinciones con base en el género que se concretan en una menor valoración del trabajo que ellas realizan. Tanto en el sector informal como en el formal, las mujeres se concentran en las ocupaciones con menor

prestigio, remuneración y poder de decisión, incluyendo hasta la gratuidad cuando este trabajo se realiza en la informalidad, el cuidado de otros miembros de la comunidad y la familia (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Brindar cuidados a otras personas puede afectar sensiblemente la CV de los cuidadores, sobre todo por las actividades que ello implica: alimentación adecuada, temperatura cómoda, buena higiene personal y del hogar, evitar peligros y accidentes, y procurar a la vez, para sí misma, una vida armónica y saludable, buen desarrollo emocional y afectivo, las relaciones sociales, la actividad laboral y el entretenimiento.

La menor valoración del trabajo femenino se hace patente cuando se mantiene al margen del reconocimiento social y de la narrativa. En efecto, pocas son las mujeres que destacan en los libros de historia, política, así como en reconocimientos sociales, académicos y culturales. De este modo, se valoriza altamente el papel del varón en el desarrollo social y se contribuye a la invisibilidad de la mujer, aun cuando esta es sin duda un pilar del mantenimiento de la vida y del desarrollo humano (Bover, 2004).

En estas circunstancias, la perspectiva de género aparece como una estrategia de bienestar que se debe promover y mantener, a través del debido reconocimiento en las sociedades actuales, pues es claro que las mujeres contribuyen de manera fundamental a la economía familiar y social.

Entidades internacionales, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la OPS y la OMS, recomiendan incluir la perspectiva de género en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en la información relacionada con el cuidado a la salud de la población (Rosete, Arenas, Santillán & Torres, 2010).

Por otra parte, el cuidado de la salud implica la posesión y práctica de valores que no se exigen en otras profesiones, como el sentido de responsabilidad, de compromiso y de disponibilidad ante las necesidades de los enfermos; cuestión que se agrava con frecuencia debido a que se desarrolla bajo condiciones inadecuadas, como ausencia de lapsos de reposo o de horarios de alimentación, agotamiento emocional causado por la transferencia entre los pacientes y el prestador de servicios o exigencias institucionales de productividad y de optimización de los recursos. Por eso, estas profesiones generan altos grados de estrés que pueden acompañarse de diversos grados de insatisfacción.

En cuanto a la participación y el estatus de las mujeres empleadas en los servicios de salud en México, es importante mencionar que las profesiones de esta área se vinculan con procesos históricos, sociales, políticos, culturales, económicos, y con el avance científico y tecnológico del país, lo que determina la variación en los datos referentes a la profesión médica y a la enfermería. Así, según reportes de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en la profesión médica, que tradicionalmente estaba dominada por el género masculino, se dio un aumento paulatino de mujeres en el egreso promedio a partir de 1970, que pasó de 19 %, en ese año, al 50 % en 1999.

De todos modos, en cuanto a la cantidad de titulados, los varones que completan su trámite, son el doble de las mujeres, a pesar de que la cantidad de mujeres que egresaron de la carrera de medicina fue 10 % superior al de los varones. En este mismo sentido, al relacionar el egreso con la ocupación, se encuentra que los varones y las mujeres matriculados actualmente en las escuelas de medicina guardan una proporción muy similar, pero al egresar se enfrentan a un mercado laboral con pocas oportunidades, el que a su vez, muestra una

importante inequidad entre géneros, pues el 55 % de las mujeres egresadas ejercen como médicos generales contra un 70 % de varones. Lo mismo ocurre con los profesionales médicos que cuentan con especialidad o estudios de posgrado, donde del total de egresadas, 67 % ejerce profesionalmente, en contraste con un 81 % de varones.

El acceso a la educación, en condiciones de igualdad para hombres y mujeres es fundamental para acabar las desigualdades en todos los ámbitos, y aunque la participación de la mujer es cada vez mayor, siguen presentándose desventajas para el acceso a los niveles medio y superior. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2014), en cuanto a licenciaturas, enfermería ocupó en 2013 el 4° lugar en preferencia para las mujeres, pero entre los varones, no aparece entre las 10 primeras carreras de elección; en tanto que medicina, ocupó el 5° lugar para ambos géneros.

A pesar de que el tema de la perspectiva de género se ha vuelto muy común, en lo que respecta a las profesiones de la salud, no ha sido posible trascender en la formación universitaria por falta de actualización y orientación al respecto en los planes de estudio y a la asunción de prácticas más equitativas y humanas, que marquen diferencias por género y empoderen a las usuarias y a las prestadoras de servicios de salud, que en su mayoría son mujeres, en el ejercicio de sus derechos.

En una revisión de los planes de estudio de las licenciaturas de médico cirujano, cirujano dentista y enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, Rosete *et al.* (2010) encontraron que ninguno incluye la perspectiva de género en su currículo como eje transversal y, simultáneamente, no existen políticas educativas que consideren esta inclusión. En todas se visualiza al hombre como paradigma de lo humano bajo

la hegemonía médica biologicista; se emplea un lenguaje netamente masculino y no se consideran las diferencias en las necesidades de hombres y mujeres.

Mediante la incorporación de valores de género a las prácticas sanitarias, se han construido diferentes identidades profesionales sexuadas (masculinas o femeninas). De esta manera, el progresivo aumento durante el siglo XX y el inicio del XXI, de mujeres en la profesión médica, ha sido permeado por procesos discriminatorios internos y la creación de nuevos espacios profesionales, en los que los varones tratan de delimitar las actividades de las mujeres. Esto da como resultado su concentración en ciertas especialidades, pocas facilidades para el acceso de las mujeres a puestos de toma de decisiones o de representación, como tampoco a trabajo de investigación, y no se consideran sus preferencias en el uso de tiempos, aun cuando las mujeres participan en la búsqueda de espacios profesionales que les brinden mayor identidad.

Sin embargo, es necesario describir algunos avances para el género femenino en las profesiones de la salud. Así, la constitución de la higiene pública, como un campo científico de la medicina y como un ámbito de competencia para las mujeres médicas, brindó la oportunidad de contar con un espacio donde tuvieran influencia y autoridad. En la primera mitad del siglo XX, esta higiene pública, fue reconocida como un espacio abierto a las profesionales de la enfermería, especialmente en las áreas de medicina preventiva, materno infantil y de inspección de domicilios de las clases trabajadoras. Estos elementos han contribuido a que la salud pública constituya uno de los espacios más feminizados del sector salud (Ortiz, Birriel & Ortega, 2004).

Como es históricamente conocido, la enfermería es un campo totalmente dominado por las mujeres. De acuerdo con el estudio de FUNSALUD, estas repre-

sentan el 95 %, pero muestran baja escolaridad, pues entre ellas predomina el nivel técnico (64 %) sobre la licenciatura, que cuenta con un 35 %, y solo un 1% de enfermeras alcanza el nivel de posgrado. Además, de las técnicas egresadas solamente el 60 % trabaja, comparado con un 70 % de las que cuentan con licenciatura y posgrado. En el citado estudio se concluyó que, a pesar de la feminización de los servicios de salud, la participación sigue siendo desigual, pues, debido a lo antes planteado, la intervención y los ingresos de las mujeres mantienen diferencias muy marcadas con relación a los hombres, lo que aumenta la probabilidad de que las mujeres terminen dedicándose a actividades diferentes de aquellas en las que fueron formadas, y cedan sus espacios de participación, lo que conlleva a diferentes niveles de insatisfacción de la CVL de las profesionales en salud. De hecho, las mujeres de este estudio, médicas y enfermeras, consideran las labores domésticas como una segunda actividad que deben asumir, situación que no se presentó en los hombres (Ramírez, Méndez, Nigenda & Vargas, 2002).

En un estudio realizado por Fadda y Jirón (2001) se miden las diferencias de género en la percepción de la calidad de vida en general, encontrándose que las mujeres tienen una peor evaluación de los servicios deportivos, de salud y recreación, lo que se relaciona directamente con la responsabilidad que se les asigna en el cuidado de la salud de sus hijos. En el acceso al esparcimiento, las mujeres también otorgaron menor calificación que los varones, ya que la cantidad de tiempo libre disponible es sensiblemente menor, pues tienen la responsabilidad del cuidado familiar, muchas veces desarrollan también trabajo informal y, cuando les queda tiempo libre, las alternativas son pocas y no resultan compatibles con las otras actividades que desempeñan. En general, las mujeres tienen una percepción más negativa que los varones y los autores concluyen que esto se

debe a los roles asignados y las limitaciones que dichos roles confieren a las mujeres.

Por otro lado, García y Maroto (2004), plantean que en lo que respecta a la asignación del rol de cuidador en las familias, no hay homogeneidad y que el perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, y con una relación de parentesco directa con la persona a la que cuida. De esta manera, las variables de mayor relevancia en el rol del cuidador son: género, convivencia y parentesco, con una importante diferencia en la carga entre hombres y mujeres, ya que la atención informal es mayoritariamente femenina.

Por otra parte, entre la población femenina, la aceptación social de las mujeres médicas en la atención primaria es muy alta. Con estas reconocen una mejor comunicación, esto es, más abierta y centrada en lo psicosocial que cuando los médicos son varones, sobre todo, ante la presencia de problemas ginecológicos orientados a las detecciones, pues, los problemas de salud graves, como el cáncer cérvico uterino y el de mama, que son detectables en etapas muy tempranas, siguen presentando una alta incidencia en nuestra población y son causas de muerte, debido a que las mujeres son más renuentes a ser atendidas al respecto por médicos varones.

En un estudio realizado por Delgado y López (2004) en Granada, España, no se evidenció relación entre el género de los pacientes y el de los profesionales de la salud en cuanto a la percepción de calidad de los servicios, pues, no se ha demostrado que los resultados en salud sean mejores cuando la atención médica se recibe o se proporciona por personas del mismo género. No obstante, sus hallazgos mostraron que el sexo del prestador de servicios modula un aspecto muy importante, que es la comunicación, pues las médicas otorgan consultas más largas, proporcionan más información y

se interesan más por los aspectos emocionales y sociales relacionados con los problemas de salud de sus pacientes en comparación con los médicos. Concluye dicho estudio que para comprender un concepto tan complejo como la percepción de calidad, se debe tomar en cuenta al género como determinante de la identidad individual y social, por la interacción que condiciona.

En el informe de la 116ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, llevada a cabo el 12 de mayo del 2005, se afirma que “la corrección de las desigualdades de género entre los trabajadores sanitarios es fundamental para que los sistemas de salud pública sean eficaces. A escala mundial, aunque las mujeres representan más de la mitad de la mano de obra de la atención de salud convencional, reciben salarios inferiores y no tienen poder de decisión. Además, como parte de los trabajadores sanitarios no remunerados del sector informal, las niñas y las mujeres también soportan una carga de asistencia desproporcionada en los hogares y la comunidad, a menudo en detrimento de su propia salud y de su bienestar” (Organización Mundial de la Salud, 2005).

El estudio del impacto en la salud y la CV de las cuidadoras es importante porque, a pesar de la incorporación de mujeres en las actividades productivas, en forma creciente y constante, dicho aumento se da principalmente en el sector servicios, y en ocupaciones que implican su extensión del papel de cuidadoras, particularmente de la salud. Empleos vistos como *adecuados para la mujer* son los de enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales y odontólogas, entre otros, mientras que, en la ocupación médica los varones se ubican principalmente con un rol dominante y de tomador de decisiones. Es así como la división del trabajo en atención al género que se realiza en el hogar, se traslada al ámbito laboral, como una extensión de su rol doméstico y las mujeres terminan ejerciendo profesiones bajo un rol social de-

pendiente y culturalmente aceptable *para las mujeres* (Enciso, 1997).

Según una revisión sistemática realizada en Chile, la mayoría de las mujeres trabajan en puestos socialmente considerados como femeninos, predominando en relación a los varones así: servicios (64 %), enseñanza (60 %), intermediación financiera (52 %), hotelería, restaurantes y comercio (50 %). En cambio, los varones se distribuyen en todas las ramas de actividad económica, entre las que destacan la minería y la construcción (90 %) (Astudillo & Ibarra, 2014).

En la formación cultural de las mujeres, la educación de género vuelve *femeninas* a niñas y jovencitas, y constituye un entrenamiento laboral que las capacita para trabajos que, a la larga, son una prolongación del trabajo doméstico y de la atención y cuidado que las mujeres dan a niños y varones. En este sentido, laboralmente, suelen identificarse en las mujeres características muy valoradas, como la minuciosidad y la sumisión (Lamas, 1996).

En 2007, en una localidad de Colombia, se realizó un estudio que presenta las diferencias en la percepción de la CV entre hombres y mujeres, específicamente en tres variables: el trabajo, el desarrollo personal y los bienes materiales. Para los varones incluidos en el estudio, el trabajo está intrínsecamente relacionado con las condiciones socioeconómicas y laborales, alcanzar las metas, contar con un buen clima de trabajo y realizar actividades sociales. Por el contrario, para las mujeres, lo más importante es el desarrollo personal que les proporciona el trabajo, la integración a su puesto de trabajo, realizar otro tipo de actividades y, por último, alcanzar sus metas. Todo esto refleja la reciente incorporación de la mujer al ámbito laboral, ya que, por ejemplo, en cuanto al desarrollo personal, mientras los hombres in-

tegran lo familiar y social con su desarrollo personal, las mujeres privilegian las relaciones familiares sobre las sociales y tratan de conciliarlas con su desarrollo personal. En lo concerniente a los bienes materiales, los hombres consideran estos como algo esencial, asociado al poder y al prestigio social, mientras que para las mujeres son más fundamentales los aspectos que giran en torno al mejoramiento de las condiciones del hogar, relacionando los intereses familiares y colectivos propios del género femenino (Perafán, 2007).

En términos concretos, las desigualdades de género en el ámbito laboral se pueden encontrar en las condiciones de trabajo, asignación de roles, exigencia de las tareas y salarios. Como ejemplo, en un estudio realizado en Chile con respecto a las remuneraciones económicas en dos grandes almacenes, se menciona que, a pesar de contar en ambos almacenes con una mayor proporción de mujeres, en uno de ellos se les paga en promedio 41 % más a los varones, mientras que el otro almacén les paga un 36 % más. Aunado a ello, se identifican otras desigualdades importantes en contra de las mujeres, como en las comisiones por ventas, ingresos por excelencia y en el pago de gratificaciones (Gálvez, Henríquez, Morales, Uribe & Yáñez, 2009).

También en Chile, de acuerdo con la primera Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Equidad, Trabajo, Salud y Calidad de Vida (ENETS), se encontró que en los trabajadores de la misma escolaridad y ocupación, es mayor el porcentaje de mujeres que reciben el salario mínimo en comparación con los varones, 44 % y 20 %, respectivamente. Asimismo, en esta encuesta se describen desigualdades en términos de empleos mejor calificados, y se ubica a las mujeres en el sector de comercio y servicios, incluyendo el cuidado de enfermos y de niños (Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Para cerrar la revisión, en cuanto a los servicios de salud en las instituciones mexicanas tanto públicas como privadas, se halla que estos, como en la mayoría de los países del mundo, tienen que prestarse en forma continua durante todo el año, excepto en las unidades de atención primaria, donde se trabaja de lunes a viernes. La adaptación de la actividad laboral a las necesidades institucionales, con turnos que en muchas ocasiones incluye el nocturno, altera la vida familiar y social de quienes prestan dichos servicios, lo que inclusive puede repercutir en su propia salud. Estas condiciones de trabajo en las unidades de salud, conllevan el riesgo de afectar la percepción de satisfacción con la actividad laboral desarrollada, así como con otras necesidades personales intra y extralaborales.

Es oportuno decir, por último, que la validación de un instrumento para medir la CVL en América Latina (CVT-GOHISALO), se realizó en médicos y enfermeras de una institución de salud en Guadalajara, México, lo que posteriormente permitió hacer una revisión de las distintas percepciones entre los participantes de ambos géneros que asumen el rol de cuidadores o de tomadores de decisiones en lo que a la salud de los enfermos se refiere (González, Hidalgo, Salazar & Preciado, 2009).

El objetivo de la presente investigación consistió, entonces, en presentar las diferencias de género en la evaluación de la CVL en personal prestador de servicios de salud, médicos y enfermeras, de una institución de salud de Guadalajara, México.

MÉTODO

Diseño

El presente estudio se realizó bajo el paradigma cuantitativo, con un diseño transversal y analítico.

Participantes

El universo de trabajo fue constituido por 1866 trabajadores activos de una institución de salud; médicos y enfermeras de los tres niveles de atención en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Se calculó una muestra probabilística a partir de seis estratos que conformaron el universo: uno de médicos y otro de enfermeras por cada uno de los tres niveles de atención. De acuerdo con la proporción de cada estrato respecto al universo, se tomó la misma proporción en el tamaño de la muestra y, posteriormente, se seleccionó de forma aleatoria simple a los sujetos en cada estrato. El número de personas entrevistadas fue de 322 y entre estas solo se incluyó a las que tuvieran al menos seis meses de antigüedad en sus cargos.

Instrumentos

Como se ha reiterado, para evaluar la calidad de vida en el trabajo, se utilizó el Cuestionario CVT-GOHISALO, que está compuesto por 74 ítems, los cuales se ubican en siete dimensiones: soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal y administración del tiempo libre. Este cuenta con validación de contenido, criterio y constructo, con una confiabilidad medida por Alpha de Cronbach de 0,9527 y con la posibilidad de medir cada dimensión con un punto de corte como satisfactoria o no satisfactoria. Más recientemente, aunque no se incluyó en estos resultados, se estableció un baremo para este instrumento que permite medir la satisfacción en términos de alta, media o baja (González *et al.*, 2009).

Procedimiento

Una vez que se seleccionó el universo de estudio,

se solicitó la autorización del Comité de Ética e Investigación de la institución elegida y se analizó la composición de la población en un censo de personal médico y de enfermería. Todas las personas seleccionadas se identificaron en forma aleatoria y conformaron los seis estratos poblacionales ya mencionados en su respectiva unidad de salud para contestar el instrumento de forma individual. Cada sujeto del estudio se buscó por nombre en la unidad de salud correspondiente y en el turno apropiado según su jornada laboral; y en caso de no encontrarlo en dos visitas consecutivas, se eligió a la persona de su misma categoría que siguiera en la plantilla de la unidad de salud; en total, se visitaron 98 unidades de salud.

El análisis de los resultados consistió en obtener las frecuencias de satisfacción e insatisfacción en cada una de las siete dimensiones del instrumento por géneros, así como por la ocupación de médicos o enfermeras, buscando la correlación entre las variables de estudio. Para medir la significancia estadística de los mismos, se aplicó la prueba de chi cuadrado. La información se tabuló y analizó con ayuda del paquete estadístico SPSS, versión 14.

Consideraciones éticas

Esta investigación se consideró de riesgo mínimo, por lo que solamente se solicitó el consentimiento informado a los participantes, y se registró en el Comité de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud de Jalisco.

RESULTADOS

Cabe destacar ante todo que de los 322 sujetos entrevistados, 32 % (102) correspondió al género masculino y el 68 % (220), al femenino. Esto concuerda con las publicaciones revisadas, en las que se registra una mayor presencia de mujeres en los servicios de salud. La

distribución por profesión fue equitativa y directamente proporcional al universo, ya que se incluyeron 150 médicos y médicas, que representaban el 46,6 % del total de personas entrevistadas, así como 172 enfermeros y enfermeras, que constituyeron el 53,4 % de la muestra.

En los profesionales de la medicina, predominó el sexo masculino, con un 65,3 % (98), mientras que en la enfermería, 97,7 % (168) fueron mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por profesión y sexo en personal de una institución de salud en Guadalajara, México

Profesión	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
Médicos	98	65,3	52	34,7	150	100
Enfermeros	4	2,3	168	97,7	172	100
Total	102	32	220	68	322	100

La distribución presentada se trabajó por niveles de atención, y mostró una mayor carga para el género femenino en la enfermería y para el género masculino en la profesión médica. Esta se mantuvo al hacer el análisis en los tres niveles de atención. Solo en el segundo nivel se observó una distribución equitativa para ambos géneros en el profesional médico, pero, a medida que la especialización aumenta, la presencia de la mujer disminuye. En cambio, la presencia femenina en la enfermería es casi constante en su totalidad, encontrándose este patrón de manera uniforme en los tres niveles de atención (Tabla 2).

El porcentaje de personas que afirmaron estar satisfechas en las dimensiones de la CVL, fue mayor en cuatro de las siete para los hombres: soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo y bienestar logrado a través del trabajo. Por su parte, las mujeres tuvieron mayor satisfacción que los varones en las dimensiones de satisfacción

Tabla 2. Distribución por profesión, sexo y nivel de atención del personal de una institución de salud en Guadalajara, México

Nivel de atención	Profesional de medicina				
	Masc.	%	Fem.	%	Total
Primer Nivel	59	38,3	33	21,4	92
Segundo	9	22,5	9	22,5	18
Tercer nivel	30	23,4	10	7,8	40
Total	98	30,4	52	16,2	150

	Profesional de enfermería				
	Masc.	%	Fem.	%	Total
Primer Nivel	1	0,7	61	39,6	62
Segundo	1	2,5	21	52,5	22
Tercer Nivel	2	1,6	86	67,2	88
Total	4	1,2	168	52,2	172

Fuente: Tesis doctoral Raquel González B.

por el trabajo (81,8 % contra 74,5 % de los varones), desarrollo personal, donde la diferencia porcentual fue de 8,1 % a favor de las mujeres y en la administración del tiempo libre. En este último, los porcentajes fueron aún más significativos, pues, el 86,4 % de ellas manifestó satisfacción en oposición al 75,5 % de los varones (ver Tabla 3). La significancia estadística de la correlación entre género y satisfacción con la CVL del total de trabajadores entrevistados fue estadísticamente significativa para las dimensiones de desarrollo personal logrado a través del trabajo, con una R de Pearson de 0,142 y p de

0,022. Lo mismo ocurrió en cuanto a la de administración del tiempo libre, con una R de Pearson de 0,134 y p de 0,016.

Vale la pena decir que el porcentaje de insatisfacción con su CVL va del 10 al 25 % para los varones, mientras que las mujeres mostraron insatisfacción de 13 a 20 %.

Las dimensiones que mostraron niveles más bajos de satisfacción en ambos géneros fueron: en los hombres, la de satisfacción por el trabajo (74,5 %), seguida de las de desarrollo personal logrado a través del trabajo y administración del tiempo libre (75,5 % cada una). Mientras que en las mujeres, las dimensiones más afectadas fueron: la de bienestar logrado a través del trabajo (80 %), seguida por las de satisfacción por el trabajo y soporte institucional para el trabajo.

Al incorporar la profesión de médico o enfermera a la de género en el análisis de la satisfacción o no satisfacción con las dimensiones de CVL, la chi cuadrada de Pearson aplicada como prueba de significancia fue de 0,003 en la dimensión de desarrollo personal y de 0,028 para la de administración del tiempo libre.

Los porcentajes de satisfacción e insatisfacción, tanto de personal médico como de enfermería en cada una de las siete dimensiones del instrumento, se presen-

Tabla 3. Porcentaje de satisfacción en la Calidad de Vida en el Trabajo por dimensión y según el género, en personal de una institución de salud en Guadalajara, México

Género	D1 Soporte institucional para el trabajo	D2 Seguridad en el trabajo	D3 Integración al puesto de trabajo	D4 Satisfacción por el trabajo	D5 Bienestar logrado a través del trabajo	D6 Desarrollo personal	D7 Administra- ción del tiempo libre
Masculino	86,3	90,2	88,2	74,5	88,2	75,5	75,5
Femenino	81,8	86,8	87,2	81,8	80	83,6	86,4

Fuente: Tesis doctoral Raquel González B.

tan en la Tabla 4. En ella se observa que cuando se agrega la variable de la profesión al análisis con respecto al género, las mujeres médicas tienen mayor porcentaje de satisfacción que los varones médicos en las dimensiones de Integración al puesto de trabajo, Satisfacción por el trabajo y Administración del tiempo libre. Entretanto, las enfermeras tienen mayor satisfacción que los enfermeros en las cuatro primeras dimensiones: Soporte institucional para el trabajo, Seguridad en el trabajo, Integración al puesto de trabajo y Satisfacción por el trabajo.

Los médicos de ambos géneros muestran menor satisfacción con su CVL que el personal de enfermería en la dimensión de desarrollo personal logrado a través del trabajo, lo que quizá corresponda a las expectativas

Llama la atención que, al orientar el análisis a las dimensiones con mayor insatisfacción para ambos géneros diferenciadas por la profesión de médico o enfermera, los varones enfermeros presentan el mayor porcentaje de insatisfacción en las primeras cuatro dimensiones, mientras que las mujeres médicas destacan por su insatisfacción con el desarrollo personal.

DISCUSIÓN

La presencia en este estudio de profesionales de la medicina de género femenino (35 % del total) concuerda con el incremento gradual que menciona FUNSALUD, y evidencia la incorporación femenina a esta profesión. Sin embargo, si tomamos en cuenta que la proporción

Tabla 4. Porcentaje de satisfacción en la calidad de Vida en el Trabajo por dimensión, profesión y género en una institución de salud en Guadalajara, México

Profesión y género	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7	
	Sí	No												
Médico	86,7	13,3	90,1	9,9	88,8	11,2	74,5	25,5	87,8	12,2	74,5	25,5	74,5	25,5
Enfermero	75	25	75	25	75	25	75	25	100	0	100	0	100	0
Médica	84,6	15,4	76,9	23,1	94,2	5,8	76,9	23,1	84,6	15,4	73,1	26,9	84,6	15,4
Enfermera	81	19	89,9	10,1	85,1	14,9	83,3	16,7	78,6	21,4	86,9	13,1	86,9	13,1

D1: Soporte institucional para el trabajo

D2: Seguridad en el trabajo

D3: Integración al puesto de trabajo

D4: Satisfacción por el trabajo

D5: Bienestar logrado a través del trabajo

D6: Desarrollo personal

D7: Administración del tiempo libre

Fuente: Tesis doctoral Raquel González B.

que se hacen sobre su trabajo. En esta dimensión, el trabajador(a) insatisfecho expresa inseguridad por los logros alcanzados, se siente vulnerable ante el trato con los usuarios o compañeros de trabajo, puede considerar que el trabajo le ha disminuido su capacidad física o emocional y es pesimista ante los retos y metas institucionales (González *et al.*, 2009).

de mujeres inscritas en las carreras de medicina y de enfermería es mayor que la de los varones según datos de la misma organización, nuestra población médica fue mayor para el género masculino que para el femenino en los tres niveles de la institución estudiada. También se observó un predominio del género femenino en la profesión de enfermería, lo que confirma, al menos para la

profesión médica, que profesionalmente ejercen menor cantidad de mujeres que las que se forman.

A diferencia de Fadda y Jirón (2001) y de Perafán (2007), quienes hallaron que la satisfacción de la calidad de vida es menor en el género femenino, en este estudio, las mujeres médicas valoraron mejor que los varones la administración de su tiempo libre, la integración al puesto de trabajo y la satisfacción por el trabajo; mientras que las enfermeras no hacen una mejor valoración que los varones en la administración de su tiempo libre, pero sí en el soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo y, al igual que las médicas, en la integración al puesto de trabajo y la satisfacción por el mismo. Lo anterior pone de manifiesto una mayor valoración de las mujeres, tanto médicas como enfermeras, con respecto a su actividad profesional. También se demostró con significancia estadística que las mujeres se encuentran más satisfechas con el desarrollo personal que han logrado a través de su trabajo y en la administración de su tiempo libre.

En teoría, debe existir coincidencia entre las capacidades del trabajador y el contenido de su trabajo para que su calidad de vida laboral sea satisfactoria, pero esta condición no es suficiente en tanto no se elimine la discriminación en el lugar de trabajo en razón de raza, color, religión, opinión política, origen nacional o social, edad, orientación sexual y de manera muy importante, en cuanto al género.

La perspectiva de género complementa los conceptos de CV y de CVL, con base en la identificación de las diferencias en las relaciones de género, las necesidades, los roles, el acceso, la capacidad de toma de decisiones y los derechos sobre bienes y servicios que inciden en la percepción y la satisfacción de los seres humanos (Fadda & Jirón, 2001). En tal sentido, desde que la Organización de las Naciones Unidas asumió la

igualdad de género como uno de sus ejes de actuación, los convenios de la Organización Internacional del Trabajo incluyen los principios de no discriminación y de igualdad de oportunidades y trato en el ámbito laboral para las mujeres. En consecuencia, los gobiernos occidentales lo han incorporado como una política en todos sus documentos oficiales (Godinho & Cappellin, 2009).

Las diferencias en cuanto a la evaluación de la CVL en los profesionales de la salud ponen de manifiesto la insatisfacción de parte de las mujeres por la desigualdad de oportunidades, a pesar del creciente número de estas que están presentes en la profesión médica, así como de su mayor participación en puestos de responsabilidad y toma de decisiones. Estas desigualdades se dan como resultado de la segregación de género, que las ubica sobre todo en roles de cuidadoras y las aleja de puestos de responsabilidad y autoridad, tanto profesional como científica (Ortiz, *et al.*, 2004).

A pesar de lo anterior, las mujeres de nuestro estudio evidenciaron con significancia estadística que se encuentran más satisfechas que los varones en el desarrollo personal logrado a través de su trabajo y en la administración de su tiempo libre. Sin embargo, no fue posible demostrar una relación estadísticamente significativa entre el género y la satisfacción con la CVL en las dimensiones de soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo y bienestar logrado mediante este a través del instrumento utilizado.

REFERENCIAS

- Astudillo, P. & Ibarra, C. (2014). La perspectiva de género, Desafíos para la Ergonomía en Chile: Una revisión Sistemática de Literatura. *Cienc Trab.* 16(49), Santiago. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000100006>

- Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación* (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, Departament de Ciències de l'Educació. Recuperado de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/index/assoc/TDX-0204/1050931.dir/TD_X-0204105-093133.pdf
- Delgado, A. & López-Fernández, L.A. (2004). Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 112-117.
- Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2011). *Las inequidades en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva de género. Análisis Epidemiológico avanzado para la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)*. Recuperado de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/GENERO_BAJA.pdf
- Enciso, V. (1997). Género y Trabajo: La Enfermería, *La Ventana*, 6. Recuperado de <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventan/Ventana6/ventana6-5.pdf>
- Fadda, G. & Jirón, P. (2001). Calidad de vida y género en sectores populares urbanos. Un estudio de caso en Santiago de Chile. Síntesis final y conclusiones. *Boletín del Instituto de la Vivienda, Universidad de Chile*, 16(042), 105-138.
- Gálvez, T., Henríquez, H., Morales, G., Uribe-Echevarría, V. & Yáñez, S. (2009). Remuneración de vendedores y vendedoras en grandes tiendas (*Temas laborales nueva época*, No. 24). División de Estudios de la Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile.
- García, M. M., Mateo, I. & Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria No. 18* (Suplemento 2) 83-92.
- Godinho, D. & Cappellin, P. (2009). *La perspectiva de género en la dimensión sociolaboral de los acuerdos de asociación, Análisis y propuestas*. Recuperado de <http://library.fes.de/pdffiles/bueros/uru-guay/06195.pdf>
- González, R. (2007). *Calidad de vida en el trabajo. Elaboración y validación de un instrumento en prestadores de servicios de salud* (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
- González, R., Hidalgo, G., Salazar, J.G. & Preciado, M.L. (2009). *Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO, Manual para su aplicación e interpretación*. Guadalajara, México. Ediciones de la Noche.
- Herrera, R. & Cassals, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100003
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Mujeres y hombres en México 2013*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2013/Myh_2013.pdf
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *La tarea, Revista de educación y cultura de la Sección 47 del SNTE* 8.

- Recuperado de [http:// www.latarea.com.mx/index.htm](http://www.latarea.com.mx/index.htm)
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB116/B116_13sp.pdf
- Ortiz, T., Birriel, J., & Ortega, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 189-194.
- Perafán, A. (2007). Calidad de vida y género, un estudio exploratorio en la ciudad de Popayán, Colombia. En *Estudios de Antropología Biológica*, XIII (pp. 515-532). Universidad Nacional Autónoma de México. Edición Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Pichardo, A. (2005). *Bibliografía sobre calidad de vida y temas conexos*. Recuperado de <http://www.cinpe.una.ac.cr/investigacion/proyectos/calidaddevida/bibliografia/Bibliograf%EDa.pdf>
- Ramírez, M. A., Méndez-Carniado, O., Nigenda, G. & Vargas, M. M. (2002). *Recursos humanos en los servicios de salud: Una perspectiva de género*. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Análisis Social y Económico.
- Rosete, M. G., Arenas, G., Santillán, M. & Torres, M.A. (2010). *Análisis desde la perspectiva de género de los planes de estudios de las carreras de: cirujano dentista, enfermería y médico cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Memoria Académica del Primer Congreso Latinoamericano de Ciencias de la Educación.