

Betty Espinosa y William Waters, editores

Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



FLACSO
ECUADOR

Índice

Presentación	9
Introducción	
Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina	11
<i>William F. Waters</i>	
SECCIÓN 1	
SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA	
Buen gobierno en salud: un desafío de todos	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
Los modelos de atención de salud en el Ecuador	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos	65
<i>Ruth Lucio</i>	
Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 323 8888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

ISBN:
Cuidado de la edición: Paulina Torres
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena
Imprenta: Rispergraf
Quito, Ecuador, 2008
1ª. edición: junio, 2008

SECCIÓN 2

POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile	123
<i>Óscar Arteaga</i>	
A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social	145
<i>Laurita Wiese</i>	
Educación ciudadana y políticas públicas en salud	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	
Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásconez y Pierre De Paepe</i>	
Salud familiar integral y Asamblea Constituyente	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

SECCIÓN 3:

PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	
De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México	227
<i>Hedaldid Tolentino Arellano</i>	
Medicalización e industria del nacimiento	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

Sección 3:
**Prácticas en las
profesiones de salud**

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos

Andrés López Ojeda*

Presentación

En los últimos años, se ha reanimado la discusión acerca de los procesos identitarios como resultado del acercamiento físico y el contacto de personas con universos y artefactos simbólicos diversos, producto a su vez del fenómeno de la globalización. Así, por ejemplo, se han erosionado algunas identidades nacionales (como en los Balcanes) o se han constituido otras más cosmopolitas donde los referentes identitarios tradicionales como el territorio y el idioma ya no ocupan el lugar central en su definición. En este sentido, el artículo pretende ilustrar de manera muy general cómo una situación de interculturalidad o fragmentación también surge y se reproduce en espacios más modestos y cotidianos o en lugares más oscuros y contextos confinados como puede ser, precisamente, un hospital como institución u organización. Para ello, se aborda la manera en que los enfermeros y enfermeras nocturnos transitan por los distintos niveles identitarios que los conforman y la influencia que tiene la noche en ese movimiento general que constituye identidades contrastantes.

Paralelamente, se hace un recuento del diseño de la investigación realizada con el fin de plantear los aspectos metateóricos del problema de es-

* Maestro en Antropología Social (CIESAS). Investigador invitado del Programa de Estudios sobre Cultura Urbana dirigido por el Dr. Néstor García Canclini, UAM-Iztapalapa (2005). Tutor en la Especialización en Políticas Culturales y Gestión Cultural (OEL-CNART-UAM-I) y candidato a Doctor en Ciencias Antropológicas (UAM-I). E-mail: andres@diorema.com

tudio. Es decir, se intenta relacionar el *background* teórico utilizado con la observación *in situ* y la entrevista a profundidad consideradas como algunas de las técnicas más idóneas para espejear la forma en que el investigador se acerca a la problemática y la manera en que los interlocutores la conciben. Dichas herramientas, en específico, resultan adecuadas para tratar de averiguar aspectos cualitativos como los referidos al sentido que las personas atribuyen a sus actos y a su entorno y, en el caso que nos ocupa, para conocer qué es lo que los enfermeros y enfermeras nocturnos piensan acerca de su ocupación y horario laboral, así como la forma en que ello influye en la construcción de su identidad ocupacional y de género.

Cabe destacar, también, que la discusión se hace desde una perspectiva antropológica y, en particular, desde los postulados de la corriente interpretativa en tanto lo que nos interesa es por preguntar por el sentido y valor de la acción simbólica. Esto explica dos situaciones: a) el papel tan destacado que ocupan las percepciones, el imaginario y los comportamientos de los enfermeros y enfermeras nocturnos, los cuales se abordaron mediante el análisis de lo que algunos autores llaman formas simbólicas o formas culturales y; b) la postura predominantemente subjetiva como actitud epistemológica.

Los problemas metateóricos de la investigación y la construcción del objeto de estudio

En el marco de la discusión teórico-metodológica, y desde la perspectiva de los estudios organizacionales, resulta clave conocer si se concibe a la cultura de una organización como una variable o como una “metáfora”. Si uno se adhiere a la primera visión, entonces, subyace la idea de que la organización posee cultura, que es posible manejarla con fines prácticos, predominando la postura epistemológica objetivista. En cambio, definir la cultura como “metáfora” implica considerar a las organizaciones como culturas, es decir, fomentar “la reflexión crítica sobre las creencias, valores y entendimientos sociales”. En otras palabras, implica enfatizar la perspectiva de los actores y el nivel de realidad subjetiva (Dávila y Martínez, 1999: 30).

En esta segunda perspectiva se apoya, la presente investigación sobre las identidades profesionales de enfermeros y enfermeras nocturnos en cuanto que, de lo que se trata es de averiguar y poner atención al sentido que las personas atribuyen a sus actos y a su entorno, es decir, conocer qué es lo que piensan acerca de su ocupación y horario laboral, así como la forma en que ello influye en la construcción de su identidad ocupacional y de género. Esto, porque la cultura no es únicamente un conjunto de ideas sino también elementos materiales (artefactos simbólicos) y configuraciones de tal manera que, de acuerdo con la teoría interpretativa, por lo que hay que preguntar es por el sentido y valor de la acción simbólica (Geertz, 1994: 90).

El asunto no resulta gratuito ya que se encuentra en el centro de varias discusiones relacionadas con nuestro problema de estudio en la medida en que se intenta abordar el imaginario de los enfermeros y enfermeras nocturnos hospitalarios mediante el análisis de lo que algunos autores llaman “formas culturales o formas simbólicas” (Geertz, 1992; Trice, 1993). Las cuales se podrían definir muy brevemente como determinadas y diversas configuraciones o articulaciones que toma la cultura como serían, por ejemplo, las creencias, los mitos, los valores, el lenguaje, las percepciones, los arreglos espaciales, las normas (formales e informales), los estereotipos, los rituales, las acciones, los comportamientos de las personas y sus productos o artefactos materiales.

Para evitar, entonces, no sólo psicologizar la cultura o quedarnos al nivel del código, se retoman las ideas de Thompson (1993) acerca de la conveniencia de colocar las formas simbólicas en sus marcos contextuales los cuales se encuentran socialmente estructurados implicando que “son producidas generalmente por agentes situados dentro de un contexto socio-histórico específico, y dotados de recursos y habilidades de diversos tipos”. De acuerdo con este autor hay que poner atención en los aspectos espacio-temporales, el conflicto y las relaciones de poder como resultado de la distribución de tales recursos dentro de los campos de interacción¹.

1 Cuatro aspectos principales, escribe Thompson, son los constitutivos de los contextos sociales los cuales, además, corresponden a diferentes niveles de análisis: los escenarios espacio-temporales, los campos de interacción, las instituciones sociales y la estructura social, mismos que serán tomados en cuenta en el presente análisis.)

De Geertz (1994: 74-75), echamos mano también de sus conceptos de experiencia próxima y experiencia lejana que nos informan de las definiciones del mundo “desde el punto de vista del nativo” y “desde el punto de vista del analista” respectivamente, pero, en una interrelación complementaria. Todo ello, parafraseándolo, para intentar conocer cómo “demonios perciben” o “a través de” su concepción de la noche, su propia identidad profesional y de género los enfermeros y enfermeras entrevistados.

La observación in situ y la entrevista en profundidad como métodos para investigar la subjetividad y dimensión simbólica

Decidirse por un enfoque microsociedad -habida cuenta el tamaño de nuestra muestra de trece enfermer@s entrevistados-, y enarbolar una postura epistemológica que acentúa el aspecto subjetivo, conlleva la utilización de instrumentos que posibiliten la interacción en profundidad entre el investigador y los informantes (Guadarrama, 2003: 165), lo que nos lleva al segundo de los puntos relevantes que se quieren comentar. Esto es, la relación entre la teoría y los métodos.

Como en la investigación lo que nos interesaba era recopilar información acerca de los significados que tiene la ocupación y el trabajo nocturno para los enfermeros y enfermeras, y esto se puede conseguir a través de la narrativa o discursos que las personas construyen para expresar sus opiniones y creencias, uno de los métodos coherentes con la teoría esgrimida resultó ser la entrevista en profundidad debido a que promueve la apertura de relatos, recuerdos, sentimientos y experiencias subjetivamente relevantes para las personas entrevistadas. Se puede considerar a la entrevista, entonces, como el mecanismo operativo del concepto de experiencia próxima ya que nos permite ingresar activamente en la situación bajo estudio y, de manera particular, informándonos sobre las definiciones del mundo que construyen los sujetos de estudio.

Como cualquier otro método, si bien la entrevista nos abre nuevos campos de observación, simultáneamente nos cierra otros, puesto que ningún método por sí mismo podrá capturar todos los rasgos relevantes de la realidad. En el caso específico de la entrevista, ésta no resulta idónea

para analizar, por ejemplo, los comportamientos no verbales y la interacción social de manera que estas otras dimensiones se abordaron fundamentalmente a través del trabajo de campo y, en específico, mediante la *observación in situ*.

La *observación in situ* o no participante, como técnica apropiada para capturar a las personas en sus propios términos, por su parte, se encuentra vinculada con el concepto de experiencia lejana en la medida en que se genera a partir del analista y porque la conceptualización que éste hace de la realidad bajo estudio, se encuentra impregnada por sus propias expectativas, experiencias prácticas y su *background* teórico.

En otras palabras, y a diferencia de la teoría fundamentada (*grounded theory*), que postula la construcción de teoría a partir de los datos recopilados en campo (Strauss y Corbin, 2002: 13-15), nosotros creemos que el investigador en realidad no llega en blanco a esta fase sino que echa mano, en primera instancia, de su *background* de conocimientos y experiencias aún cuando sus conceptos, hipótesis formuladas y el diseño de sus instrumentos de investigación iniciales mantengan una consistencia nebulosa. Esto quiere decir, para el caso de nuestra investigación, que partimos de determinadas corrientes y perspectivas teóricas en el entendido de que conceptos como, por ejemplo, formas culturales o identidad ocupacional y de género, se puedan abandonar, modificar o desarrollar todavía más atendiendo a las propiedades y dimensiones que emerjan de las definiciones que los enfermeros y enfermeras nocturnos realicen sobre su entorno sociocultural.

Estrategia de investigación: formas simbólicas y tránsitos identitarios entre los enfermeros y enfermeras nocturnos

La producción y la recepción de las formas simbólicas, siguiendo a Thompson (1993: 162), son procesos que ocurren dentro de contextos sociales estructurados, lo que implica escenarios espacio-temporales “en situaciones cara a cara”. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” (HRGIZ) del ISSSTE y del Hospital General de Zona No. 53 (HGZ53) del IMSS en

la Ciudad de México, en su carácter de organizaciones o instituciones, constituyen esos lugares y escenarios donde transcurren las interacciones, es decir, constituyen una clase de topos privilegiados debido a que se conforman como “espacios orgánicos de producción, circulación y consumo de significados; de producción de sentido y de conformación de estilos de vida particulares y en conflicto” (Aguado y Portal, 1992). Además de estos importantes aspectos, pudimos identificar dos clases de articulaciones que aplican para el caso de los hospitales y para los y las enfermeras: una articulación causal-funcional ligada a sus tareas sociales y; una articulación lógico-significativa vinculada a la cultura (Geertz, 1992: 133).

La articulación causal-funcional y los “muros sólidos”

La articulación causal-funcional, se refiere a la “direccionalidad social particular” que tienen ambas instituciones, es decir, a un nivel más general, al papel que tienen en la legitimación del Estado como modelos selectivos de atención a ciertas clases sociales dependiendo de la importancia que se les otorga en el proyecto político-económico. A un nivel *meso*, esa direccionalidad se puede apreciar en los ejes de organización bajo los cuales se rigen el HRGIZ y el HGZ53, esto es, como organizaciones orientadas a la salud pública con procesos estandarizados de atención, estructuras organizacionales verticales debido a que los planes y programas son elaborados desde la cúpula del poder, existencia de una rígida separación entre el nivel normativo y el nivel operativo que, como veían (Aguado y Portal, 1992: 168), se traduce en el qué hacer, el cuándo, el cómo, el dónde, la evaluación de los procesos y su calificación desde un “centro” y, en el caso del nivel aplicativo, en recibir órdenes, realizar lo indicado, dar informes y sujetarse a los programas y a evaluaciones.

¿Qué forma adopta esta estructura rígida al interior de los hospitales? Me parece que además de “operacionalizarse” en una normatividad estricta (por lo menos en teoría), también la podemos encontrar, precisamente, en ciertas formas culturales como lo es la organización espacial y el tipo de infraestructura con la que cuentan, y que se puede resumir como el intento por mostrar “muros sólidos” y visibilidad extrema. Así, respec-

to a la visibilidad física, tanto el HRGIZ y el HGZ53 se encuentran ubicados al oriente de la ciudad de México y destacan por la magnitud de su infraestructura. El primero es un edificio que consta de una torre de once pisos y varias otras instalaciones unidas entre ellas por corredores; el segundo consta de un edificio de cuatro pisos y, también, con sus respectivas instalaciones-apéndices. La apariencia de integridad se refuerza, además, por la distribución espacial racional de las especialidades y actividades que se desarrollan en ambos hospitales caracterizadas por una compartimentalización y definición clara de las mismas. Es decir, a la mayoría de las especialidades de que constan ambas instituciones, les corresponde una distribución espacial interna semejante y procedimientos médicos o políticas parecidas. Por ejemplo, tanto en el HRGIZ como en el HGZ53 existe el programa llamado “binomio madre-hijo” mediante el cual se procura que la madre, durante su estancia en el hospital, tenga consigo a su hijo para amamantarlo y proporcionarle cuidados y atenciones, así como para erradicar el uso del biberón por considerarlo perjudicial para el bienestar del recién nacido.

La homologación del proceso de salud bajo los parámetros de lo que algunos autores llaman el modelo médico-hegemónico, es otro ejemplo de las estructuras rígidas de tal manera que se pueden encontrar tanto en uno como en otro hospital lo cual explica, por otra parte, que cualquier enfermera o enfermero con las mismas calificaciones pueda desempeñar eficazmente sus tareas, es decir, procedimientos únicos, estructurales y un personal prescindible. Algo relevante, quizás, es que aún cuando ambos hospitales han resentido modificaciones en su entorno, éstas han sido mínimas de manera que se puede percibir una sensación de permanencia que resulta relevante si lo ligamos con el sentido jerárquico que también se puede leer en el ordenamiento espacial. En este último sentido, por ejemplo, aunque ambos hospitales han sufrido modificaciones y adaptaciones en sus instalaciones, por otra parte, el lugar donde se encuentran ubicadas las oficinas administrativas no se ha cambiado, lo cual añade a la imagen de integridad, la de una estabilidad o permanencia del asiento del poder y la toma de decisión en medio de las vicisitudes.

Comentar los espacios y la forma en que se encuentran ordenados tiene como propósito ilustrar cómo la lógica de los mismos corresponde

a un modelo racional donde todo tiene un propósito definido que resulta de índole estructural debido a que, aún en los casos donde difiere la distribución espacial, siempre encontramos constantes: un lugar apropiado para los pacientes, un espacio para los medicamentos, un espacio para el personal y, desde luego, reglas y normas explícitas del hacer y deber ser que se constituyen como otros tantos “muros sólidos”. Efectivamente, en ambas instituciones existen un cúmulo de reglamentos formales entre los que se encuentran los relacionados con el sistema de vigilancia y control de manera que el personal de enfermería se encuentra constantemente sometido a evaluación mediante el registro clínico de los pacientes, los anecdotarios, la lista de cotejo (procedimientos), el llenado de cédulas de pacientes, etcétera.

Otro elemento, por demás importante, en el objetivo de regular las actividades de los hospitales, aparte del espacio, lo constituye el tiempo, mismo que dadas las condiciones y la clase de lugar se recrea de manera institucional. Así, existen horarios de entrada y salida del personal; se encuentra estandarizado el número y la duración de los turnos; las vacaciones, permisos y días festivos se encuentran determinados por un código laboral, existen tiempos para la administración de medicamentos, ir a tomar alimentos, horarios de visita para los familiares de los pacientes y se controla el número de días-estancia de los mismos. A propósito de las categorías laborales, existe toda una reglamentación acerca de los perfiles, los requisitos, los derechos y obligaciones, el salario y los estímulos que sirven, como otras tantas medidas, para imponer un modelo global “homogeneizador” de la práctica médica que alude no sólo a “cada cosa en su lugar” sino también a que debe hacerse “a su tiempo” lo cual se refleja en la construcción de estructuras monolíticas (físicas, espaciales, temporales y normativas, laborales) y unidireccionales. No obstante lo anterior, los hospitales presentan otra dimensión mediante la cual las fronteras tienden a ser borrosas: una articulación lógico-significativa que les otorga todo su peso como artefactos culturales y que nos trae el problema de la coexistencia de universos simbólicos, imágenes de la institución, apropiación de los espacios y tiempos diferenciales, como resultado de la convivencia de diversas formas identitarias de grupos sociales e individuos quienes constituyen la estructura operante de la cultura.

El aspecto lógico-simbólico y los “ámbitos fluidos”

El orden racional observado en la distribución espacial y un tiempo formal orientados bajo un principio de vigilancia, orden y disciplina de las tareas y actividades de las personas que involucra la división del trabajo médico es a lo que nos referimos como los aspectos estructurales. Sin embargo, si uno se aproxima un poco más a la dinámica de ambos hospitales (por supuesto, convencidos del alcance de la observación in situ como herramienta metodológica idónea de la experiencia lejana), se puede dar cuenta de que la imagen de integridad y solidez no es tan exacta debido a cierto “caos” y subversión que también se presenta al interior de esos escenarios espacio-temporales que son el HRGIZ y el HGZ53.

Por, ejemplo, para el caso de los elevadores, se supone que algunos son exclusivos para el traslado de los pacientes pero, durante la noche, uno se puede dar cuenta de que son utilizados indistintamente por los camilleros. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos, el hecho de que tomen un descanso (dormirse una o dos horas) durante su turno de trabajo, cuando no está contemplado en el reglamento laboral, supone no sólo un desafío al orden racional, sino también, nuevas configuraciones del contexto de producción y recepción de las formas simbólicas.

Al respecto, Thompson lo resume de la siguiente manera: “las características espaciales y temporales del contexto de producción [de las formas simbólicas] pueden diferir de manera significativa o total de las características del contexto de recepción” (Thompson, 1993:162). Este contexto de recepción es diferencial en tanto está sujeto al proceso de valoración simbólica que realizan las personas lo cual se encuentra condicionado, a su vez, por el contexto social estructurado que, como argumenta Thompson, se caracteriza por asimetrías y diferenciales de diverso tipo (distribución de los recursos de distinta clase, el poder, las oportunidades y las posibilidades de vida, y el acceso a todo ello).

Esto quiere decir que nos encontraríamos en una situación en la que un escenario espacio-temporal fijo y ordenado en razón de lo que podríamos llamar parámetros hegemónicos, se puede refuncionalizar a partir de las necesidades y las formas de pensar y ver de sus usuarios, en otras palabras, debido a la coexistencia de diversos universos simbólicos o culturas al inte-

rior de la organización. Este argumento, tiene por base la perspectiva de la fragmentación que concibe a la organización como el terreno donde se enfrentan diferentes subculturas (perspectiva de la diferencia) o de aquella que concibe una sólida cultura organizacional (perspectiva de la homogeneidad), nos presenta otra donde, al interior de las organizaciones, las fronteras entre subculturas son permeables entre sí y sensibles al contexto exterior que vuelca otras tantas “culturas afluentes” (*feeder cultures*).

La visión nos muestra cómo un espacio aparentemente bien definido desde la perspectiva hegemónica, como puede ser un pasillo o una habitación para guardar medicamento, se torna ambiguo en la medida en que se entrecruzan diversos órdenes simbólicos con patrones de apropiación del tiempo y del espacio múltiples debido a la coexistencia de diferentes grupos sociales con prácticas distintivas que nos hablan también de la conformación de procesos identitarios. Lo anterior se puede ejemplificar en el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos quienes no tienen ningún inconveniente en usar los cuartos de medicamentos como dormitorios durante la noche para, como decíamos, descansar un lapso de tiempo traslapando con ello otras formas de apropiación del lugar a partir ciertamente de las exigencias del turno pero, también, a partir de sus necesidades y *habitus* de clase, lo que constituye una trasgresión de un ámbito aparentemente inamovible. De otra manera: llevando al ámbito del trabajo una forma cultural “popular” de ordenar el espacio cuya lógica es la multiplicidad de su uso.²

La vinculación con el problema de la identidad surge en tanto diversos autores concuerdan en considerarla una estructura simbólica (Aguado y Portal, 1992: 44; Giménez, 2002: 38), si bien con un contenido específico que alude a lo que se es o piensa que uno es, ya sea como individuo o como grupo. En otras palabras, podemos decir que la identidad es un

2 La “forma popular” de ordenar el espacio se puede apreciar en el ámbito de la casa donde una habitación puede ser a la vez dormitorio, cocina, sala, o comedor, según el momento y la actividad. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos entrevistados, esta disposición parece tener como trasfondo el origen de clase en la medida en que todos ellos tienen una extracción social baja detectada porque sus abuelos y padres eran, por ejemplo, campesinos, obreros, pequeños comerciantes y, sus abuelas y madres, predominantemente amas de casa. Lo cual explicaría, por otra parte, que la mayoría de nuestros encuestados y encuestadas estudiaran enfermería en escuelas públicas.

sistema simbólico que resulta del esfuerzo de las personas y grupos por definirse ontológicamente dentro de un marco e interacción social privilegiando, por lo menos, los tres principios siguientes: la diferenciación, la identificación y el sentido de permanencia en el tiempo. No obviamos la extensa discusión en torno al problema de la identidad pero, para los fines de este texto, nos interesa retomar sólo algunos asuntos. Así, primeramente, parece haber acuerdo en que la cultura y la identidad mantienen vínculos muy estrechos de manera que la cultura de una organización puede posibilitar la aparición de diversas identidades³, pero, ¿cómo sabemos cuántas identidades confluyen y conviven en el hospital? ¿son identidades individuales o colectivas?

Una primer respuesta, como hemos visto, reside en poner atención en las prácticas y formas culturales producidas y recibidas en los escenarios espacio-temporales que constituyen los hospitales como lugares de trabajo pero, sobre todo, en el sentido que tienen para los grupos y las personas; sentido que se expresa en los procesos de diferenciación e identificación. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos parece que existen diversos niveles de identidad como consecuencia de que participen de diversos órdenes socio-simbólicos, es decir que, asistiríamos a una situación en la que la identidad de la persona tiene un carácter pluridimensional como resultado de su “inscripción en una multiplicidad de círculos de pertenencia concéntricos o intersecados” (Giménez, 1992: 200). De otra manera: estaríamos en presencia de identidades múltiples.

Identidades múltiples expresadas no sólo en un plano “horizontal” como sería el hecho de convivir con referentes simbólicos surgidos de la clase, el género, lo étnico, lo generacional, etc., sino también, en un plano

3 No se quiere decir que cultura sea sinónimo de identidad debido a que “los procesos de la cultura no son coincidentes necesariamente con los procesos identitarios” como se apreciaría en el caso de líderes indígenas que visten jeans o viven en las grandes ciudades (Grimson, 2006). Igualmente, Giménez (2002: 38) sitúa claramente la relación entre ambos conceptos: “La identidad debe concebirse como una eflorescencia de las formas interiorizadas de la cultura, ya que resulta de la interiorización selectiva y distintiva de ciertos elementos y rasgos culturales por parte de los actores sociales. Por lo tanto, la mera existencia objetivamente observable de una determinada configuración cultural no genera automáticamente una identidad. Se requiere todavía de parte de los actores sociales la voluntad de distinguirse socialmente a través de una reelaboración subjetiva y selectiva de algunos de sus elementos”.

“vertical” en la medida que las enfermeras y enfermeros se dividen entre una dimensión: individual; profesional, ocupacional o departamental e, institucional. Como ejemplo de esta diversidad de pertenencias, así como del hecho de que el proceso de construcción identitaria siempre es contradictorio, resulta ilustrativo el hecho de que las supervisoras frecuentemente entran en conflicto de intereses puesto que, desde su rol administrativo, mantienen un compromiso con la dirección de los hospitales mientras que, como profesionistas, mantienen lealtades y comparten muchos elementos de identificación con el resto del personal de enfermería. Dado este contexto, entonces, quizá podríamos plantear dos preguntas elementales: ¿existe alguna o algunas dimensiones que tienen mayor peso en la conformación de la identidad de los enfermeros y enfermeras o todas tienen la misma influencia? Particularmente, entre los enfermeros y enfermeras nocturnos la noche influye en todos los aspectos de la vida de tales trabajadores ¿se le puede considerar, entonces, como una especie de variable independiente al punto de otorgar ciertas especificidades a la identidad ocupacional y de género de tal grupo de trabajadores y trabajadoras?

Identidad ocupacional, identidad de género, ¿identidad nocturna?

Una imagen que podría explicar de manera general el tránsito de los enfermeros y enfermeras por los diversos niveles identitarios que los constituyen, la encontramos en el principio que Evans-Pritchard (1977) deriva de la forma en que se encuentra integrada la organización política de los Nuer y que podríamos abreviar en la fórmula de identidad contrastante de grupo basada en un sistema de tendencias opuestas hacia la fusión y la fisión⁴. Es decir, un grupo es tal, sólo en relación con otro. Alguien se ve como miembro de un grupo, sólo en contraste con otro grupo. La tendencia a la fusión-fisión es inherente al carácter segmentario de la estructura de manera que a diferencia de un acercamiento a la organización

⁴ Se puede definir la relación fusión-fisión como un moviendo dialéctico entre la tendencia hacia a la segmentación o separación y la tendencia a la unión o alianza dependiendo de ciertos contextos de relación cuyo resultado incide en la definición identitaria individual o de grupo.

como un marco fijo –los “muros sólidos” del hospital- habría que analizarla en función de los valores y situaciones sociales que ponen en juego las relaciones entre los diferentes segmentos –los ámbitos fluidos. Así, para el caso del gremio de enfermería, y al nivel más general, se puede decir que existe fusión hacia el exterior del grupo de pertenencia. Efectivamente, si existe un punto de contacto entre los enfermeros y enfermeras nocturnos, y entre los y las enfermeras en general, éste lo conforma la percepción positiva que tienen de su trabajo, es decir, sobre su identidad ocupacional, puesto que les ha otorgado cierto estatus social, les permite un ingreso estable, formación y ascenso en el profesiograma médico, entre otras cosas:

“ Mi idea es jubilarme, según mi esposo, dice que me va a sacar de trabajar pero ya me voy a jubilar y no, yo estoy a gusto en la carrera y pensar en dejarla no [...] No sé hacer otra cosa porque ni de criada la haría, porque a mí las cuestiones del hogar se me hacen pesadas, se me hace algo tedioso que nunca acabas y siempre está el quehacer ahí y nunca acabas [...] lo único que yo sé hacer es ser enfermera y trabajar en eso, entonces, si yo me salgo y algo le pasa a él [se refiere a su marido] y yo me salgo ¿de qué voy a mantener a mis hijos? Y le digo a mi suegro: ¿usted me va a ayudar? Le digo a mi cuñado: ¿tú me vas a ayudar? Nadie tiene la vida com-prada ni sabemos qué puede pasar a futuro, entonces, mientras yo pueda seguir trabajando, mientras sigamos acoplándonos bien, yo voy a seguir porque de ahí hemos obtenido muchas cosas (Hilda, enfermera general).

El punto es particularmente importante para el caso de las enfermeras en la medida en que muchas veces su trabajo les permite obtener un ingreso que contribuye considerablemente con los gastos familiares, al punto de que ello les permite tener una posición más destacada en la toma de decisión y por ende en la reformulación del tradicional papel de subordinación de la mujer en el hogar: “tenemos más independencia”, dice una de las personas entrevistadas (Noemí, enfermera general). En el caso de los enfermeros, esta visión positiva de su profesión se deriva básicamente de que les permitió escalar socialmente pues, la mayoría de ellos, antes de optar por la enfermería, trabajaban en empleos poco calificados. Uno de ellos comenta que su trabajo le permite sentirse bien y superarse, lo cual

resulta coherente con su trayectoria laboral en la cual ser enfermero constituye un escalafón respecto a sus empleos previos (herrero y personal de mantenimiento en el hospital donde actualmente labora):

“ El instituto es muy grande y nos da chance de seguirnos superando. Yo entré como intendencia y estoy como enfermero, posiblemente me vaya de técnico, todo esto lo hago también para el bienestar familiar, entonces, considero yo que [hay que] cuidar el trabajo para que mi familia siga estando bien y seguirme superando dentro del instituto” (Fernando, enfermero auxiliar).

Esta identificación al nivel de la profesión, es decir, la fusión respecto al exterior (en este caso frente a otras ocupaciones o profesiones) se aprecia mejor por el hecho de que la mayoría concuerda en que, si sucediera algún problema entre categorías de trabajadores (sobre todo con los médicos), los enfermeros y enfermeras apoyarían a sus contrapartes. Así, un enfermero comenta que “con los compañeros [me solidarizaría] por lógica [...] Porque con ellos estoy trabajando del diario” (Alberto, enfermero auxiliar); y otro más confirma que: “es mi rama enfermería y debo estar con enfermería pase lo que pase” (Fernando, enfermero auxiliar). Por su parte una de las enfermeras añade lo siguiente:

“ Si hubiera un problema contra ellos [se refiere a alguno de sus compañeros y compañeras], que lo acusara un médico de algo, entonces, nos solidarizaríamos con ellos porque es un enfermero y en cualquier momento puede estar uno en el lugar de ellos y con cualquier personal administrativo, pues no, mejor con enfermería porque si uno mismo se ataca, pues no” (Hilda, enfermera general).

Otro momento de cohesión del grupo es promovido por la “direccionalidad social” organizacional que tratan de implementar los hospitales y que, como se comentó, privilegia un ordenamiento racional. Frente a este último, y a diferencia de sus compañeros y compañeras de los turnos matutino y vespertino, los enfermeros y enfermeras nocturnos frecuentemente confrontan quizá uno de los más importantes símbolos identitarios, me refiero al uniforme y, en específico, a uno de sus componentes: la cofia.

En el caso de las enfermeras nocturnas de los hospitales observados, excepto las jefas de piso y supervisoras, la gran mayoría no utiliza la cofia que constituye quizá el objeto más representativo de la profesión y, en el caso de los enfermeros nocturnos, aunque por reglamento deben utilizar camisola y pantalón blancos, frecuentemente utilizan otro color o simplemente un uniforme de quirófano que es verde-azulado. El argumento común es que, como en la noche no trabaja la dirección de los hospitales y hay pocas personas externas (familiares de los pacientes, en particular), entonces, casi nadie ve que usan otro color de uniforme lo cual se encuentra vinculado, me parece, con la oposición comentada más arriba entre los “muros sólidos” y los “ámbitos fluidos”.

En cambio, al interior de la profesión, lo que predomina es la fisión derivada de la influencia de elementos que propician cierta segmentación. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: la categoría laboral, la especialidad a la que se encuentran asignados, la generación, el esquema de trabajo y el género. Así, por ejemplo, respecto a la percepción de la noche y el horario nocturno, tanto los enfermeros como las enfermeras si bien están concientes de lo que implica la inversión del ritmo de trabajo-descanso, sobre todo referido al nivel de la salud, los impactos y visiones sobre la noche más bien resultan diferenciales. Por parte de las enfermeras, al nivel del género, se podría decir que se encuentran en una situación de transgresión simbólica por la forma en que se han construido culturalmente ciertas dicotomías de percepción, apreciación y acción como serían el par día/noche, público/privado y mujer/hombre. Esto se puede apreciar en el comentario de una de las trabajadoras entrevistadas quien dice que siempre pensó que las enfermeras nocturnas eran las peores vinculando esto con la prostitución tradicionalmente asociada al espacio nocturno.⁵

La noche, por otra parte, vinculada al trabajo aparece con una connotación positiva, sin embargo, para la mayoría de las enfermeras queda

5 Al respecto, existen varias historias en las cuales el tema es la infidelidad y las protagonistas más frecuentes son las enfermeras de manera que, como argumentamos en otra parte, este grupo de mujeres realiza una triple trasgresión: ejercer su libertad sexual si lo desea, salir a trabajar abandonando su tradicional papel en la división sexual del trabajo y hacerlo en un horario vinculado culturalmente con la prostitución.

subordinada a las demandas que les plantea su condición de género. Al respecto, resulta ilustrativo el hecho de que casi todas ellas eligieron y tienen en alta estima al turno nocturno porque les permite atender a sus hijos y los quehaceres de la casa. Y ello a pesar de sí mismas, de su deseo quizá de no tener que trabajar en la noche como podría entenderse el hecho de que si bien vinculan la noche al trabajo, también la relacionan con el descanso (Hilda, enfermera general; Norma, enfermera general, Betty, enfermera general).

Los enfermeros, en cambio, perciben la noche de una manera quizá más instrumental y menos ambigua puesto que el turno nocturno les ha permitido y les permite tener dos trabajos asalariados. Quiero decir que, mientras las enfermeras se dividen entre su identidad ocupacional y de género, o sea, entre el hospital y la casa y entre el trabajo y los hijos; los enfermeros anteponen su identidad ocupacional en la medida en que para ellos todo gira en torno al trabajo: los datos quizá más contundentes en este sentido es que los tres enfermeros entrevistados tienen dos trabajos asalariados y delegan las responsabilidades de los hijos y las tareas domésticas en sus esposas. La influencia del género se puede apreciar también en las imágenes que los enfermeros construyen del hospital pues, mientras algunas enfermeras lo perciben como una segunda casa (Hilda, enfermera general, Norma, enfermera general), uno de los enfermeros comenta que están como en el ejército (Fernando, enfermero auxiliar) y otro en un campo de guerra (Mario, técnico en enfermería). Esto último, quizá tenga que ver con la percepción social de la ocupación a la cual, como sabemos, se le otorga atributos de género de tal forma que las imágenes con las cuales vinculan al hospital y el ambiente laboral, sería un intento por reafirmar su masculinidad en un contexto feminizado, así: uno de los enfermeros comenta, a propósito del uniforme, que aceptaría que fuera de cualquier otro color excepto rosa o que tuviera florecitas (Mario, técnico en enfermería), y la referencia al ejército y la guerra adquiriría mayor relevancia en tanto socialmente se percibe a los enfermeros como homosexuales.

No obstante la complejidad con que arman y rearman su identidad ocupacional y de género (por no hablar del resto de las dimensiones que los conforman), los enfermeros y enfermeras nocturnos parece ser que no caen en el descentramiento del yo como frecuentemente se relaciona la construc-

ción fragmentada de identidad. En cambio, a lo que parecemos asistir es a un uso estratégico de la misma y a una relación complementaria entre los niveles identitarios, es decir a una ambigüedad que no tiene por qué ser patológica o excepcional. Ello no implica, por supuesto, desechar el conflicto sino, como se ha visto, considerarlo como normal y dinámico.

Conclusiones

Abordar las cuestiones metateóricas de un problema de estudio no debería considerarse un ejercicio artificial puesto que nos informa de los alcances y límites del investigador en su afán de conocer lo que llamamos realidad. Incide también en la forma en que se diseñará el estudio y acerca de su validez en tanto el mismo analista ocupa una posición de “sujeto ubicado”, es decir, con la posibilidad de conocer algo pero no todo de la realidad que se dispone investigar.

Para conocer qué es lo que piensan los enfermeros y enfermeras nocturnos acerca de su ocupación y horario laboral, así como la forma en que ello influye en la construcción de su identidad ocupacional y de género, resultó necesario poner atención en la dimensión subjetiva de los actores por lo cual nuestra postura epistemológica consistió en concebir la realidad como construida socialmente de manera que el análisis del contexto y el discurso de las personas constituyeron elementos fundamentales, los cuales se abordaron a partir de técnicas metodológicas pertinentes: la observación in situ y la entrevista a profundidad. Con lo cual se logró un acercamiento entre la teoría y el método frecuentemente desvinculados.

Respecto a lo que representa la noche para los enfermeros y enfermeras podemos decir que, si bien constituye un elemento siempre presente, por otra parte, no parece que tenga la suficiente fuerza para constituirse en un nivel identitario como sí lo es el trabajo y el género. En el caso de los enfermeros porque se concibe más bien como un factor instrumental que les permite tener doble trabajo y en el caso de las enfermeras porque a su trabajo nocturno anteponen las demandas de género.

Se puede apreciar, igualmente, cierta dinámica en el uso y la forma en que se revelan los niveles identitarios de enfermeros y enfermeras noctur-

nas lo cual hemos designado como un tránsito por cada uno de ellos de acuerdo a los contextos propicios para su manifestación. Esto introduce, entonces, la discusión entre la dimensión colectiva e individual de la identidad, entre la determinación social y la libertad personal. En el problema que nos ocupa, se reconocen márgenes de acción y negociación respecto a las demandas de los diversos niveles identitarios así como una dinámica que se puede sintetizar en la fórmula de fusión al exterior del grupo y fisión al interior, lo que nos habla de identidades contrastantes donde lo ambiguo no implica necesariamente el descentramiento del yo.

Bibliografía

- Aguado, José Carlos y María Ana Portal (1992). *Identidad, ideología y ritual*. México: UAM.
- Dávila, Anabella y Nora H. Martínez (1999). “Un acercamiento crítico al concepto de cultura organizacional: implicaciones para su estudio en organizaciones latinas”, en Dávila, Anabella y Nora H. Martínez (coordinadoras). *Cultura en organizaciones latinas*. México: Siglo XXI.
- Evans-Pritchard, E. E (1977). *Los Nuer*. Barcelona: Anagrama
- Geertz, Clifford (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- _____ (1994). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Giménez, Gilberto (1992). “La identidad social o el retorno del sujeto en sociología”, en Revista de la Universidad. México: UAM.
- _____ (2002). “Paradigmas de identidad”, en Chihu Amparán, Aquiles (coordinador). *Sociología de la identidad*. México: UAM-Porrúa.
- Grimson, Alejandro (2006). “Fundamentalismo cultural”, texto preparado para el Programa de Cultura Urbana, UAM-Iztapalapa (inédito).
- Guadarrama Olivera, Rocío (2003). “Las paradojas actuales de la investigación cualitativa en ciencias sociales”, en Canales, Alejandro I. y Susana Lerner Sigal (coordinadores). *Desafíos teórico-metodológicos en los*

- estudios de población en el inicio del milenio*. México: COLMEX-Universidad de Guadalajara-Sociedad Mexicana de Demografía.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Trice, Harrison Miller (1993). *Occupational Subcultures in the Workplace*. Ithaca, New York: School of industrial and Labor Relations Cornell University.
- Thompson, John B. (1993). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México: UAM.