

**Ponencia: Abordajes grupales con Trabajadores de la Salud Pública:
Vínculos y pertenencia en la cotidianeidad laboral.**

Autoras: Prof. Asist. Lic. Martha Nilson, Br. Mariángela Melón Airaldi

**Eje temático: Recursos Humanos en Salud desde la perspectiva de la
formación y la inserción laboral**

Introducción

La presente ponencia da cuenta de una serie de intervenciones grupales realizadas durante 2013 con trabajadoras y trabajadores de la Salud pertenecientes a establecimientos de Salud Pública de Montevideo. Dichas intervenciones se desarrollaron dentro del marco de la Pasantía del Instituto de Psicología de la Salud- Facultad de Psicología - UdelaR, *Abordajes Grupales con Trabajadores de la Salud Pública*, y por el Servicio de Atención Preventivo Asistencial de la Facultad de Psicología, en el marco del convenio con el Ministerio de Salud Pública-ASSE.

El marco desde el cual se realizó la intervención fue desde el Psicoanálisis Vincular mediante el dispositivo del grupo de reflexión, integrando aportes de la Psicología Aeronáutica a través del concepto de gestión del error humano en los equipos de salud.

El objetivo de los grupos de reflexión con trabajadores, toma en cuenta los postulados de la O.M.S. en la Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe (2000) buscando favorecer la creación de ambientes de trabajo que promuevan en los sujetos y sus vínculos, estilos de vida saludables. Esta modalidad de abordaje permite analizar algunos obstáculos identificados en la implementación de la atención a los usuarios en los servicios públicos de salud en lo que hace a la implicación de las subjetividades y los vínculos de quienes allí trabajan.

Calidad de vida en el trabajo

En la sociedad occidental actual, el mundo del trabajo lleva a que muchos sujetos, dediquen al menos una tercera parte del día a su actividad laboral. En el ámbito de la salud, donde el multiempleo es frecuente, esas horas aumentan, sumándose a ellas los tiempos de traslado entre uno y otro lugar de trabajo. En este contexto, la calidad de vida en el trabajo, concepto que puede medirse a través de varios indicadores -niveles de ingreso, salud ocupacional, calidad del medio ambiente laboral, basamento jurídico, satisfacción laboral, identificación organizacional, bienestar social de los trabajadores- debe ser considerado especialmente, frente al objetivo de favorecer la creación de ambientes de trabajo que promuevan en los sujetos y sus vínculos, estilos de vida saludables.

Los organismos rectores de la salud y el trabajo a nivel nacional e internacional, aportan algunos datos a considerar:

-Según datos de 2006 de OIT, dos millones de hombres y mujeres mueren al año por causa de accidentes, enfermedades o heridas relacionadas con el trabajo.

-La OMS establece que el 8% de los trastornos depresivos estaría relacionado a riesgos ocupacionales. (OMS, 2006)

-En 2011 la OIT estima que cada quince segundos, una persona muere a causa de una actividad o enfermedad relacionada con su actividad laboral. Se estima que la carga económica de los accidentes y enfermedades profesionales representa anualmente el 4% del PBI mundial.

-En nuestro medio, la Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Ámbito Sanitario presentada por el Ministerio de Salud Pública en 2014 recoge los siguientes resultados: el 51% de los médicos y 46% de los no médicos se quejaron de tener una carga de trabajo excesiva; 40% y 46% de atender a pacientes muy exigentes; 39% y 31% de los familiares de los pacientes; 26% y 35% de la mala remuneración; 34% y 39% de la falta de reconocimiento por parte de las jefaturas o la dirección de la institución en que trabajan; mientras

que, el 29% y 25%, advirtió que los centros son tolerantes con los comportamientos inadecuados.

Crisis del sentido de pertenencia

Diferentes dimensiones de lo social - instituciones, grupos, tramas vinculares diversas - van determinando la subjetividad, el modo de ser del sujeto, su modo de actuar, de vivir, sentir, trabajar. Los sujetos se construyen con otros en dichas tramas, las producen, al mismo tiempo que son producidos por ellas, es en este sentido que el lugar de trabajo condiciona y construye subjetividades.

Se ha estudiado que en este *hacer trama* un aspecto central es el que hace a la *pertenencia* como componente determinante en la constitución de grupos e instituciones, el sentimiento de pertenencia a un conjunto social está determinado por el contrato implícito que supone integrar un grupo y/o institución. Dicho contrato implica renunciaciones personales, un cierto borramiento de sí mismo por parte de los sujetos a efectos de pertenecer, de sentirse siendo parte de, pero al mismo tiempo suponen la necesaria presencia de redes de sostén que desde el conjunto y/o institución garanticen un lugar valorado a los sujetos. La investidura, como carga de deseo y pensamiento que se ponen en juego, debe ser mutua: el sujeto invierte a la institución, la valora y se compromete con ella, pero este gesto requiere que la institución a su vez invista al sujeto, reconociéndolo, habilitando su palabra y valorando su quehacer.

El sufrimiento y malestar que pueden generar las situaciones conflictivas tienden a ser naturalizadas a efectos de que la propia pertenencia subjetiva no sea interpelada, se trata de un modo de pertenecer estereotipado y desubjetivante.

La necesidad de pertenecer al espacio institucional laboral conduce muchas veces a buscar un ilusorio estado a-conflictivo, naturalizando situaciones alienantes a efectos de que lo instituido, lo tradicionalmente aceptado, no sea interpelado. Cuando la renuncia a aspectos personales es excesiva se puede llegar a perder la capacidad de sostener las propias convicciones e incluso a naturalizar situaciones arbitrarias y potencialmente violentas. En este sentido

se puede sostener que se produce una fractura del contrato, donde la pertenencia pasa a ser sometimiento y conduce a la pérdida de la autoestima.

Grupos de Reflexión y Promoción de Salud

Con este dispositivo de intervención se intenta crear una metodología participativa que habilite una mejor comprensión de las complejidades, atravesadas por lógicas de diverso orden, que se entretajan en la tarea de atender la salud de la población.

En la construcción de este espacio de confianza los trabajadores pueden relatar sus experiencias y vivencias de las que no es posible hablar en las condiciones habituales de trabajo, tejiendo una red de escuchas para poder pensarlas y así facilitar la emergencia de la capacidad de apropiación de la realidad potenciando sus habilidades para la promoción y la protección de la salud. Supone acompañar a los trabajadores facilitando el desasimiento del lugar impotente y victimizado, y el rescate de potencialidades para la reconstrucción de ideales y lazos solidarios. Ser un trabajador de la salud, del servicio público, creer en el valor positivo del propio trabajo, constituyen funciones estructurantes de la subjetividad y ayudan a soportar el malestar que deviene, en ocasiones, de la propia tarea.

Los sujetos necesitan identificarse favorablemente con la misión del establecimiento en el cual trabajan, creer que su trabajo tiene un valor. Cuando el contexto de trabajo coloca obstáculos a la tarea primaria, sea por falta de recursos humanos, de materiales, por exceso de autoritarismo, o ausencia de reconocimiento, los sujetos se valen de estrategias defensivas para atenuar el sufrimiento psíquico y grupal. Se genera un riesgo de crisis de las identificaciones, de las significaciones atribuidas a su tarea y al sentido de la institución como cuidadora de la salud de la población.

Se producen modos de resistencia que se expresan en errores evitables, faltas por enfermedad, ausentismo, e incluso excesos o maltrato entre compañeros de trabajo, incluidos los mandos medios. En este contexto las posibilidades de cometer errores por causas relativas al llamado Factor Humano, incrementan

los riesgos para la salud y seguridad tanto de los pacientes como de los propios equipos de trabajadores de la Salud.

Es preciso tener en cuenta que estos síntomas están inscriptos en la propia realidad del trabajo; por el contacto permanente con el dolor, la enfermedad y la muerte, donde inciden los obstáculos en la comunicación con los usuarios generados por la dificultad de simbolización que contextos como la pobreza y la segregación provocan.

Mediante el abordaje grupal se busca promover el cese de una continuidad nociva, abriendo la posibilidad de una interrogación, de un movimiento en el sentido de romper con la repetición y lo naturalizado, con el “siempre fue así”.

Algunos problemas identificados

A partir del análisis del trabajo grupal se pudo detectar la presencia un cierto malestar que circula entre los miembros de la institución, desde Kaes (1998) lo podríamos denominar como *sufrimiento psíquico institucional*, en tanto que los miembros de la institución ven afectado su sentido de pertenencia a la misma y la tarea corre el riesgo de experimentar un vaciamiento de sentido.

Hemos podido constatar temáticas que se reiteran vinculadas al malestar tanto subjetivo como vincular. La automedicación y el consumo de fármacos, el alcoholismo, las trasgresiones, la depresión, el ausentismo, la violencia, son manifestaciones frecuentes en los diversos lugares de trabajo, que afectan –y son afectados por los vínculos entre los trabajadores, con los usuarios y con la institución.

-Hay problemáticas que se muestran predominantemente ligadas al relacionamiento interno del equipo de trabajo, donde se confunden y no se discriminan los *vínculos personales y afectivos con los vínculos profesionales y laborales*. Esto reviste particular importancia en las decisiones de los mandos medios y jefaturas.

-Esto se entrecruza con las dificultades –subjetivas y también institucionales - para *discriminar roles y funciones*, situación que se reitera en casi todos los lugares de trabajo: “*Decidimos que no se atendía a los que venían fuera de*

fecha y ella igual los atiende cuando los ve en la ventanilla. Como tiene título me desautoriza ante los pacientes.”.

- La falta de referentes o su ausencia en el momento de organizar el trabajo diario o tomar decisiones pone en crisis las funciones de sostén de la institución.

-Protocolos que no se cumplen “*cada uno lo hace a su manera*”; protocolos que se desconocen o que no se ajustan a la realidad del trabajo actual.

-Existencia de protocolos pero dificultad en el acceso a su lectura (falta de conocimiento de dónde se encuentran los manuales de procedimientos, dificultad de acceso por su ubicación)

-Problemas de comunicación entre los diversos niveles jerárquicos, entre pares y con los pacientes.

-Pautas de trabajo no establecidas o poco claras que prevengan el error humano: ausencia de descripciones de tareas; protocolos no establecidos o desconocidos por parte de los trabajadores implicados en la tarea.

-Ausencia de planes de carrera e instancias de capacitación y actualización.

-Implementación de nuevos sistemas que permiten la certificación de las instituciones en relación a normativas de calidad, pero que implican sobre carga de trabajo para los funcionarios que no es gestionada por las autoridades.

-Estilos de liderazgo autoritarios: “power distance” y falta de reconocimiento del trabajo bien hecho. Esto es vivido como indiferencia o falta de contacto humanizado desde la dirección, donde el trabajador es vivido como mero instrumento para lograr una supuesta eficiencia que justifique una buena calificación externa para la institución.

-Acoso y violencia por parte de los usuarios sin que los trabajadores sientan el respaldo de la dirección.

-Estrés y descompensaciones dentro del ámbito laboral con el consiguiente ausentismo, como también diversas formas de desinterés por la tarea (“distracciones” descuidos, errores potencialmente evitables.)

-Desinterés de las organizaciones por el cuidado de la salud integral de los trabajadores. Parecería que el cuidado de la salud fuera sólo una responsabilidad individual.

A continuación se presenta una viñeta a modo de ejemplo:

Coordinadora –¿Hay un protocolo escrito?

L - No, pero nosotros como grupo nos manejamos todos con los mismos criterios.

K –Pero tenemos muchos, un ejemplo claro es sector X. Hubo un momento que dijeron que X recetaba de todo, después hicieron una lista de que solo pudiera dar aparte de la medicación de X ciertos medicamentos, y a esa lista en su principio le dimos importancia, la mirábamos, pero después dijimos no, porque en realidad son médicos también y como que después de un tiempo la lista desapareció y pensamos también en el paciente y dijimos bueno, vamos a darle todo lo que X recete, nosotras nos pusimos de acuerdo. Estaba la lista y se perdió...

L –Lo que pasa ese es tema de dirección, nos mandan una orden, a los quince días esa orden que a nosotras nos mandaron y nosotras la cumplimos, el paciente va y se queja, ellos autorizan todo, después viene otra orden, entonces y no sabés qué hacer.

Los puntos anteriores identificados como riesgos psicosociales para la salud y calidad de vida de los trabajadores intervienen en detrimento del sentido de pertenencia y del compromiso con la institución de la que forman parte y sus objetivos.

Si bien estos grupos brindan espacios para la palabra y el sentir de los trabajadores respecto de su hacer cotidiano, se presentan serias dificultades al momento de generar e implementar aquellos cambios que reconozcan e involucren los aportes efectuados en estas instancias de participación. El crecimiento personal del trabajador y su posibilidad de aportar y ser creativo, queda trunco cuando la institución no habilita la participación y los espacios de intercambio entre sujetos de diferentes niveles institucionales.

El giro del mundo del trabajo de hoy, está dado hacia el despliegue de las potencialidades de la persona. Surge así la pregunta: ¿qué tipo de trabajo desarrollan los sujetos que conforman los equipos de salud de nuestro país?

Si, como planteaban muchos de los trabajadores en los grupos, el trabajo es el yugo ¿qué disfrute de la labor que realizan pueden tener? Sentir que no pueden apropiarse de la tarea por falta de lugares que habiliten las propuestas en relación al propio trabajo o por la implementación de sistemas, protocolos, en cuya elaboración no han participado dificulta la posibilidad de generar compromiso con la tarea, la institución y los usuarios.

Grupos de reflexión y gestión del error humano

Como aporte teórico-práctico para abordar estos problemas, proponemos utilizar el encuadre de los grupos de reflexión articulados con el abordaje sistémico de la psicología aeronáutica: Instancias donde los grupos de pares - una vez recorridos los primeros encuentros- trabajen en conjunto con miembros de la dirección y mandos medios, permite explicitar problemas y plantear soluciones. Estas instancias no sólo posibilitan la promoción de salud al generar una mejor comunicación y sinergia, sino que reducen el riesgo de cometer errores que afectan tanto a los equipos de trabajo como a la seguridad de los pacientes.

Generar instancias formalizadas entre trabajadores, mandos medios y dirección, permite empoderar a los funcionarios de la salud y trabajar los diferentes tópicos que fortalecen la promoción de un trabajo saludable y seguro. Los estudios de la psicología aeronáutica demuestran que el 80% de los accidentes suceden por una cadena de errores que el psicólogo inglés James Reason (2009) simboliza con el *modelo de los agujeros del queso*. Sólo los seres humanos, en vínculo con otros, pueden hacer de barrera defensiva para que esos agujeros no se alineen y generen incidentes que afecten la seguridad y salud de trabajadores y usuarios.

A nivel técnico, la creación de procedimientos, listas de verificación, modalidades de evaluación, debieran incluir a los equipos involucrados y no provenir exclusivamente de las direcciones.

Planteamos la necesidad de incorporar estas intervenciones que abordan el Factor Humano, como parte de la formación de los equipos de trabajo. Consideramos que las habilidades no técnicas deben ser incluidas como parte de la formación e inducción de los equipos de salud para mejorar los procesos, la atención y la salud y seguridad de pacientes y trabajadores.

Nuestro SNIS presenta aún vacíos en cuanto a la formación en Factor Humano y habilidades no técnicas, sin duda un desafío para quienes estamos comprometidos con la salud y la formación de los trabajadores.

Referencias

MSP (2014) Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Ámbito Sanitario.

OMS (2006). *Prevención de Enfermedades A través de Entornos Saludables. Hacia una estimación de la tasa de enfermedades ambientales*. Autores A. Prüss-Ustün and C. Corvalan.

OIT en acción *Resultados de desarrollo 2010-2011*.

Reason, J. (2009). *El error humano*. Madrid: Ed. Modus Laborandi.