

Salud comunitaria y hegemonía en trabajadores de enfermería.

Lenta, María Malena, Novo Foti, María Luisa, Liffschitz, Cecilia y Pérez, Katty.

Cita:

Lenta, María Malena, Novo Foti, María Luisa, Liffschitz, Cecilia y Pérez, Katty (2006). *Salud comunitaria y hegemonía en trabajadores de enfermería. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/407>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/FPc>

SALUD COMUNITARIA Y HEGEMONÍA EN TRABAJADORES DE ENFERMERÍA

Lenta, María Malena; Novo Foti, María Luisa; Liffschitz, Cecilia; Pérez, Katty
UBACyT. Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El presente trabajo indaga sobre el desgaste profesional de enfermería y las condiciones de producción de Actos de Salud en contextos comunitarios, a partir de un acercamiento a un colectivo de trabajadores/as de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco del proyecto UBACyT, Praxis Psicosocial Comunitaria (2004-2007) y el Observatorio en Prevención y Promoción de Salud Comunitaria, dirigidos por G. Zaldúa. Partiendo de la demanda de la supervisión del área de enfermería, coincidente con el inicio de un proyecto comunitario, el equipo de investigación da comienzo a una etapa de evaluación ex - ante

Palabras clave

Praxis Investigación Participativa Enfermería

ABSTRACT

COMMUNITARY HEALTH AND HEGEMONY IN NURSING WORKERS

The main goal of this paper is to portray the development of an experience in the health assessment of the nursing workers. This research belongs to the UBACyT project "Psychosocial Community Praxis" (2004-2007) in the framework of "The Observatory for Prevention and Promotion about health of the workers", directed by Zaldúa. The methodology combines Participative Research with Associated Management techniques. Our point of view emphasizes on the social, institutional and collective responsibility over the condition of health acts production. During the research in the field, there was a moment in which we focused in the worker's perception in an intensive and qualitative way. That includes data collection and qualitative analysis. Health questionnaire, focus groups, observations and burnout scale were used also as a means to achieve our ends. As a conclusion, we found important contradictions and a sense of unease because of the hegemonic models used in the community practices of nursing. Gender inequality is an important fact that defines the nursing profession. Use of time and working places has built a negative combinatory that generated more flexible conditions of labor and, as a result, labor precariousness.

Key words

Praxis Participative Research Nursing

El presente trabajo indaga sobre el desgaste profesional de enfermería y las condiciones de producción de Actos de Salud en contextos comunitarios, a partir de un acercamiento a un colectivo de trabajadores/as de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco del proyecto UBACyT, Praxis Psicosocial Comunitaria (2004-2007) y el Observatorio en Prevención y Promoción de Salud Comunitaria, dirigidos por G. Zaldúa. Partiendo de la demanda de la supervisión del área de enfermería, coincidente con el inicio de un proyecto comunitario, el equipo de investigación da comienzo a una etapa de evaluación ex - ante.

OBJETIVOS

1. Identificar problemas de salud prioritarios, necesidades, representaciones, saberes y prácticas en APS, como parte de un monitoreo estratégico en un escenario de salud y trabajo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
2. Explorar la co-construcción con los/as trabajadores/as, estrategias de prevención y promoción de autonomía, que revaloricen la especificidad de la salud comunitaria.

MARCO TEÓRICO

El desmantelamiento del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y su profundización a partir del año 2001, producto de la crisis económica, política y social, han avanzado en el modelo de corrimiento del Estado respecto del espacio público. En este contexto, los nuevos y viejos usuarios se acercan a los centros de atención encontrándose con un sistema que no puede responder en forma suficiente; y, en donde los/as trabajadores/as de la salud se hallan cada vez más flexibilizados y, por lo tanto, precarizados. Así, se empobrece la producción de Actos de Salud.

En salud como en todos los otros ámbitos de producción de bienes y servicios de la sociedad, la organización del trabajo sigue el modelo taylorista-fordista. Este se caracteriza por la fragmentación y aumento de la intensidad del trabajo, disminución de los "tiempos muertos", el "apoderamiento de la capacidad intelectual del trabajador para discernir y programar su tarea" (Battistini:1995) y la automatización que limita su creatividad. Todo ello implica un distanciamiento entre el trabajador y el resultado de su trabajo (alienación) que conlleva altos grados de malestar. En este contexto, la asistencia en salud es percibida simplemente como una "línea de producción".

Este modelo es hegemónico, configura relaciones laborales que expresan distintos niveles de dominación entre los actores intervinientes y se traduce al mismo tiempo en formaciones epistémicas y prácticas reproductoras de las relaciones de poder.

Tomando en cuenta la remuneración y el reconocimiento (prestigio) dentro del sistema de salud, la enfermería ocupa uno de los últimos lugares. A su vez, claramente se identifica con el género femenino. Su rol está asociado a una interpretación de ese género en términos de maternidad, cuidado, servicio, protección, solidaridad, etc. La profesión queda asociada a una "vocación" de servicio más que a un trabajo o empleo remunerado; y por tanto, en una sociedad que se basa en la acumulación de capital y el lucro, dicha labor está discriminada en términos de ingreso y reconocimiento social.

La organización del trabajo configura las características del espacio y del tiempo en el que se desarrollan las prácticas laborales. En el modelo fordista, de lo que se trata es de crear un espacio que discipline a los actores, apuntado a sus cuerpos, sus movimientos y sus deseos. Las tecnologías utilizadas consisten principalmente en la distribución de los individuos en un espacio serial. El tiempo también se "administra", se lo vuelve útil y lineal.

La necesidad de mantenerse en el trabajo en este contexto, pone en pie una serie de estrategias por parte de las/os trabajadoras/es, colectivas e individuales, que en la mayoría de los casos no llevan a acciones salutíferas. Así, la violencia, el agotamiento psíquico y físico, el desgaste emocional o la escasa realización personal en el trabajo, llevan a implementar

ideologías defensivas (Dessors: 1998) o a recurrir a medicamentos y/o a la automedicación como formas de resistencia (Ghio-Bailly: 1998).

METODOLOGÍA

El desarrollo del presente trabajo combina la Investigación Acción Participativa y la Gestión Asociada. Este enfoque plantea la elaboración de dispositivos de evaluación de salud, a partir de las experiencias y saberes colectivos en torno a procesos de trabajo. Implica una prevención crítica y reflexiva sobre las condiciones de trabajo y salud, poniendo el acento en las responsabilidades sociales, institucionales y colectivas que se relaciona con el control de los trabajadores sobre las condiciones de producción de los actos de salud.

Este momento de la investigación es de tipo intensiva y cualitativa sobre la percepción de la situación de salud y los cambios operados en el trabajo y en trabajo comunitario. Incluyó recolección de datos cuantitativos, y análisis cuali-cuantitativos. Se utilizó un cuestionario sobre las condiciones de trabajo y salud, entrevistas grupales con detenimiento y además se administró la Cuestionario Breve de Burnout (Rivera: 1997).

RESULTADOS

De acuerdo a una lectura cualitativa de los datos, las situaciones de maltrato, la carencia de recursos y la desarticulación entre los distintos espacios de atención, aparecen una vez más como problemas principales que interfieren en los actos de salud. Al haber sido desarrollados en otros trabajos, no serán abordados en esta comunicación.

Nos centraremos en el conflicto entre el modelo hegemónico y el modelo comunitario de salud, y su impacto en el trabajo.

A lo largo de las diferentes entrevistas, este grupo de enfermeras/os manifestó un fuerte interés en llevar a cabo un proyecto de enfermería comunitaria, una práctica en prevención de salud dentro del área programática del hospital.

A partir de los testimonios y respuestas rastreamos tanto el impacto del desgaste y protección profesional como las incidencias de las políticas en salud, "mar de fondo" de la cuestión planteada.

De manera recurrente el trabajo hospitalario está asociado con el nivel asistencial y la valoración propia del modelo hegemónico. El trabajo comunitario en cambio es relacionado con la práctica "extramuros" en los centros de salud y en tal sentido, desvalorizante, sin reconocimiento social y vinculado a la "peligrosidad". Una de las enfermeras afirma "(...) *muchos enfermeros no quieren trabajar en APS porque no quieren trabajar con la gente pobre*". "Se subestima el trabajo en el centro de salud (...) los que ya no pueden más, vienen a trabajar acá, trasladan a los profesionales con problema psicológicos o que ya están cansados o no tienen fuerza para trabajar (...)".

Se puede advertir la presencia de dos modelos de atención en salud que no logran integrarse, en discursos dicotómicos referidos a lo "extramural". Existe una valoración positiva en relación a la práctica comunitaria: "(...) *para este trabajo se necesita gente que le guste salir a la comunidad, que tenga una disposición especial*" porque es necesario "(...) *concientizar a la gente de su derecho a atenderse*".

Pero también, aparece una valoración negativa cuando, por ejemplo, una enfermera que trabaja en una villa de emergencia cuenta que en la *calle*, le dicen peyorativamente "*pareces de la villa*". El modelo hegemónico se expresa en la mirada que homogeneiza a los/as profesionales de la salud comunitaria con la población a la que asisten.

El signifiante "*calle*" condensa este acento negativo. Es por un lado, el eje del trabajo comunitario: "*salir a la calle es costoso y no se recibe ningún tipo de reconocimiento*". En otro nivel, está anudado a las condiciones de vida: "(en algunos Centros de Salud) *cierran temprano (...) porque están en barrios violentos*". Pero también, la *calle* se inscribe en los sentidos del contexto de desocupación y pérdida de empleo: "*en el pasado me quedé en la calle...quebré*".

Con respecto a la formación, los/as enfermeras/os señalan los

obstáculos generados por el propio sistema de salud para poder llevar a cabo un proyecto de enfermería comunitaria. Por ejemplo, explicaron que su formación está "*centrada en la biología*" y que "*no existe la especialidad de enfermería comunitaria*". Otro ejemplo es que "(...) *la representación de la medicación es muy fuerte, (...) es el objetivo central de los usuarios*".

Las estructuras jerárquicas que subyacen a este modelo médico hegemónico, capturan las prácticas comunitarias reproduciendo situaciones de sumisión entre médico/enfermera y profesional/paciente; como en la distribución de los espacios comunes. Por ejemplo, señalan que "(...) *ahora nos dividieron en dos comedores distintos*". Asimetría que también es de género cuando la profesión aparece representada menos como un empleo remunerado que como una actividad natural, femenina, en la que como dicen, son consideradas "*las mamás de la sala*".

Con el empleo del "tiempo" en el trabajo, se configura otro modo de control jerárquico y de precarización, instituida a través de los "módulos" de horas extras. Además de la percepción de agotamiento, en las entrevistas surgieron cuestiones relacionadas a la competencia, los celos y el individualismo que hace obstáculo al trabajo comunitario en equipo. "*Se hace difícil compartir, cada una tiene su criterio de trabajo y hay una cierta idea de que si no lo hace como yo, lo hace mal*".

El señalamiento de la automedicación y la sobre medicación aparece como un dato significativo en los cuestionarios y entrevistas. Esta situación generalmente silenciada, se constituye muchas veces en una estrategia de resistencia para soportar las tensiones de las largas jornadas de trabajo.

La necesidad de generar espacios de reflexión y la organización de las tareas en el trabajo, surgen como las estrategias más buscadas por este colectivo, al momento de pensar en las formas de resolver las situaciones que generan desgaste psíquico y físico en el trabajo.

CONCLUSIONES

Existen prácticas en la comunidad pero ello no implica un abordaje comunitario. Desde un enfoque de prevención crítica, la salud comunitaria se propone la apropiación de saberes y prácticas potenciadoras de autonomía creadoras, facilita la identificación y transformación de situaciones de marginación, subordinación, dependencia y estigmatización. Intenta romper el espacio alienante y las relaciones así instituidas.

El presente trabajo, se enmarca en una cierta demanda de cambio y prevención en relación con malestar que producen estas condiciones laborales y los déficits de recursos y al lugar degradado de la formación comunitaria. Como decía una enfermera, se pretende "*articular un trabajo intramuros con lo extramuros*".

BIBLIOGRAFÍA

- Battistini, E.(1995): *Desocupados, precarizados y estables: alienación y subjetividad del trabajo*. En "Desempleo", Realidad Económica N°134, I ADE.
- Dessors, D., Ghio Bailly, M. (Comp.) (1998) "Organización del trabajo y salud. Asociación Trabajo y Sociedad. Programa de investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo (CONICET)", Parte I, Introducción. Bs. As., Editorial Lumen Humanitas.
- Guío-Bailly (1998): El cuerpo drogado. En Organización del Trabajo y Salud. De la Psicopatología a la psicodinámica del Trabajo. PIETTE (CONICET)
- Dessors, D., Ghio-Bailly M.P (comp). Arg. Ed. Lumen.
- Rivera, Delgado (1997): Cuestionario Breve de de Burnout