

1.1. Cuestiones desde la Epidemiología Crítica: Trabajo y Salud.

Zaldúa, Graciela, Loideu, María Teresa, Bottinelli, Marcela y Pawlowicz, María Pía.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Loideu, María Teresa, Bottinelli, Marcela y Pawlowicz, María Pía (2010). *1.1. Cuestiones desde la Epidemiología Crítica: Trabajo y Salud. En Praxis Psicosocial Comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas. Buenos Aires: EUDEBA.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/104>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/xqp>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Capítulo 1 INTRODUCCIÓN A UNA PERSPECTIVA CRÍTICA EN INVESTIGACIÓN

1.1 Cuestiones desde la Epidemiología Crítica: Trabajo y Salud*

Graciela Zaldúa, María Teresa Lodieu, Marcela Bottinelli, María Pía Pawlowicz

1. La complejidad de la salud del capital

La salud colectiva y la Epidemiología tienen un desafío frente a los problemas actuales de la salud/enfermedad/atención relacionados con la creciente inequidad social y la amenaza a la vida humana y planetaria. La expansión del terror en la globalización capitalista, la extrema polarización social y el retroceso en los derechos de ciudadanía, constituyen una realidad compleja que se sostiene con dispositivos de control material y simbólico desde el centro a la periferia. La relación entre el dominio social y subjetivo y la enfermedad y la muerte adquieren dimensiones de catástrofe social, en consecuencia reclaman con urgencia de un paradigma contrahegemónico. Jaime Breilh desde la Epidemiología Crítica plantea la necesidad de incorporar de manera rigurosa la concepción epistemológica sobre la complejidad y las relaciones de producción, propiedad y poder como condiciones objetivas de la materialidad social que determinan la salud. A su vez, la subjetividad social, es central en la acción emancipadora de integración de fuerzas y culturas contrahegemónicas y de construcción de poder simbólico alternativo (Breilh, 2003). Temas e interrogaciones teóricas que superen los enfoques de cálculo del "global burden of disease" son alternativos para instalarse en una ética del modo de vida, que incluye la humanización del trabajo y los derechos a la equidad. Los modelos reduccionistas y los causales comprimen los tres dominios de la realidad – general, actual y empírica, a una parte de esta última (Bhaskar, citado por Breilh, 2003). Los procesos se explican sólo en el plano de los fenómenos empíricamente observables y sus conjunciones de eventos asociados.

El recorrido realizado por nuestro colectivo de investigación sobre las cuestiones de la Epidemiología y el trabajo permitió revisar nociones sobre causalidad y riesgo e incorporar las categorías de desgaste laboral, segregación por género e identidades profesionales. La integración de técnicas extensivas e intensivas y la gestión asociada con los trabajadores de salud conformó el diseño teórico metodológico hermenéutico. La búsqueda reflexiva interpretativa sobre la naturaleza del campo del trabajo y la salud requiere narrativas metacríticas y enfoques acordes a los fenómenos estudiados. En este sentido, desde una hermenéutica crítica los aspectos ideológicos subyacentes a toda práctica social plantean revelar las fuentes de dominación y coerción de los discursos y las acciones, y construir proyectos enmarcados en una praxis emancipadora.

En relación a las problemáticas de los trabajadores de la salud, desde la perspectiva de la Epidemiología Crítica nuestra práctica investigativa nos permite constatar, la materialización de la afirmación de István Mészáros: *"Cualquiera sean las pretensiones de la presente 'globalización', no puede haber universalidad en el*

* El presente artículo fue publicado en el XI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA. Año 2003. p. 283-289.

mundo social sin una igualdad sustancial ”[...sin embargo, el sistema capitalista en todas sus formas históricas demuestra que] “la potencialidad de la tendencia universalizadora del capital se convierte en la realidad de una alienación y una cosificación deshumanizante” (lo subrayado en *italica* en el original) (Mészáros, 2001:13).

Sostenemos que las condiciones de trabajo en salud en los espacios públicos, reflejan los avatares del conjunto social y en particular, del declive persistente de las relaciones contractuales y de las condiciones de vida de los actores del sector. Paradoja siniestra de la hegemonía neoliberal que libera mercados y desregula protecciones en la globalización de la periferia, pero controla a la fuerza de trabajo, a través de la flexibilización, precarización y/o desempleo.

Los cambios productivos y la regresividad del empleo incrementaron la inequidad en nuestro país, incluyendo a vastos sectores en la pobreza e indigencia y las consecuencias han sido el aumento y las características de la demanda hacia el sector público. Los trabajadores de la salud quedan sitiados ante las necesidades crecientes y los límites de las prácticas. El avance de la concentración monopólica, el antagonismo radical entre capital y trabajo y las múltiples contradicciones en las que se manifiesta, posicionan a las instituciones y a los actores del sector salud en un complejo campo de batalla. Si bien las metáforas guerreras han sido tradicionales en la literatura sanitaria y en los programas preventivos -no podemos dejar de mencionar que el nacimiento de la “salud pública” estuvo relacionado a la necesidad de tener hombres fuertes para conformar los ejércitos- actualmente, los profesionales de la salud reiteran su “*estar en la trinchera*” y en una lucha frente a la cual no poseen los recursos vitales: el desempleo, el hambre, la violencia devastan los cuerpos de la población que deben asistir. Nuevas y viejas dolencias demandan respuestas, aumentando con la crisis el no registro temprano de las alertas, o la inaccesibilidad económica a los centros de salud. Problemas de salud que con una intervención temprana son de simple resolución, se tornan de difícil resolución frente a la consulta tardía y generan posturas de impotencia, o temor frente a juicios de mala praxis. Las expresiones de los profesionales enunciadas en las entrevistas en profundidad ilustran estas situaciones:

“Terror a que llegue un paciente grave por la desprotección en que estamos” (Psicólogo, Centro de salud).

“Algunos, sí tienen problemas sociales como la falta de trabajo. Hay muchos casos de aplastamiento subjetivo, el país te aplasta subjetivamente, ¿qué hacés con esa gente?” (Psiquiatra, Centro de salud).

Asimismo, el avance de la tecnología médica y farmacológica los enfrenta a contradicciones dilemáticas, entre las posibilidades científicas, -y por ende el mandato social profesional- y las condiciones reales de su práctica cotidiana. La devastación opera también en los recursos materiales y simbólicos para la atención y el cuidado de los sujetos más vulnerables. El mecanismo de culpabilización y rechazo frente al acto de salud imposible, se impone como operatoria ideológica de un hacer, sin saber (Zizek, 2003). Las creencias prácticas operan en esta delegación a los otros, al punto de confirmar esta afirmación de Slavoj Zizek: “*una ideología triunfa en realidad cuando incluso los hechos que a primera vista la contradicen empiezan a funcionar como argumentaciones en su favor*” (Zizek, 2003: 366). Los mecanismos de despersonalización defienden de la tensión del hacer y obliteran el cuestionamiento de los condicionantes sociales y culturales, cosificando al “otro”.

Los trabajadores de la salud sometidos a la lógica del capital, afectados por una polaridad destructiva entre ritmos laborales intensificados y el desempleo mantienen

con dificultad los ideales profesionales. Las características de las situaciones actuales del trabajo en el sector salud aunado a las tensiones inherentes al trabajo con la incertidumbre, el sufrimiento y la muerte marcan no sólo la complejidad en el que se desarrollan los actos de salud sino también los efectos en la morbimortalidad de los trabajadores del sector. *“Me agarré púrpura por estrés. Estaba trabajando en terapia (Terapia Intensiva) y acá (Centro de salud). Antes en terapia me pinchaba con agujas, me pasó de cortarme con un bisturí...”* (Enfermera, Centro de salud). *“...a veces me pongo a llorar en casa, por ver a los chicos que atiendo como están. Me siento cansada”* (Médica, Centro de salud).

2. Las paradojas de la Salud Pública

En el dominio neoliberal las funciones de la Salud pública se han redefinido en función de los retrocesos del Estado Benefactor y la gestión de la reducción y focalización de gastos. Los niveles mínimos de supervivencia y los planes mínimos o ausentes de atención plantean el agravamiento de la crisis social. En este sentido la revitalización de las consignas para legitimar el modelo, expresan contradicciones y paradojas indicativas de la ceguera sobre los mecanismos de dominación.

La consigna ampliamente difundida de la OMS/OPS: Salud para todos para el año 2000, no sólo ha quedado atrás cronológicamente sino que exhibe que el “para todos” era sólo para “algunos”: los datos epidemiológicos muestran los perfiles diferenciales entre los distintos sectores sociales. Veenstra (2001) afirma que en la mayoría de los países occidentales se constata una relación directa entre el estatus social de los individuos y la salud. En Quebec, la esperanza de vida en los hombres es de 76 años, sin embargo, en la población más desfavorecida este indicador desciende a 71 años, llegando a 80 años en el sector más favorecido de la población (Leroux et al. 2002).

En la publicación *Salud Materno Infantil Juvenil en cifras 2001* editada por UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría (2001: 14) informan sobre los diferenciales de la mortalidad materna: la tasa por 100.000 R.N.V. en 1999 para la Provincia de Formosa fue de 161, mientras que la total del país es de 41 x 100.000 R.N.V.

Desigualdades extremas entre las tasas de mortalidad materna por regiones que muestran las inequidades frente al acceso a la salud en nuestro país.

Según ONUSIDA los adolescentes constituyen grupos de alta vulnerabilidad, la gran mayoría de las personas HIV positivos se infectan en la adolescencia y un alto porcentaje tiene relaciones sexuales sin protección.

En particular, son alertas epidemiológicos dos aspectos relacionados con las cuestiones de género: la situación de los embarazos adolescentes y el aumento del HIV en mujeres. La Dra. Gabriela Hamilton, Directora del Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, afirma que internacionalmente está demostrado que la prevalencia del virus disminuye cuando el ingreso de las personas aumenta. Si la epidemia es cada vez más joven y, a su vez, la prevalencia aumenta en relación a la pobreza, los jóvenes pobres están expuestos a un doble factor de riesgo. Sin embargo, es necesario reconocer que además de los aspectos de etapas vitales y de clase social, las cuestiones de género acompañan esta triple inequidad.

Autores latinoamericanos, Gastao W. de Sousa Campos, Eduardo Menéndez (1998) realizan contribuciones relacionadas sobre el nivel discursivo de la Salud Pública y

las prácticas. La distancia entre los postulados de integralidad del sistema de salud y el requerimiento de una puerta de entrada que asegure el acceso y recepción de los problemas, es decir su universalidad y de la intervención personalizada como proyecto terapéutico, es decir equidad y alta resolutivez, nos advierten de sus límites o fracasos. Insuficiencias y malestares en los usuarios, que ante lo esperado y no encontrado en las respuestas de salud, provocan efectos de desilusión y deslegitimación de los escenarios y actores. Estas tensiones carecen de espacios para potenciar un análisis crítico de la red de determinaciones complejas de los procesos de salud-enfermedad-atención y los efectos de competencia y responsabilidad de los actores del sector.

Repensar el concepto de Georges Canguilhem (citado por Sousa Campos, 1998) sobre la salud como la mayor o menor capacidad de cada uno para gastar la/su propia vida, remite a la dimensión de los proyectos existenciales y la posibilidad de los riesgos impuestos por las circunstancias o elegidos en algunos casos. El sujeto social y subjetivamente constituido descoloca a la enfermedad como centralidad, la pone entre paréntesis y adquiere presencia en la dialéctica del acto de salud. Necesidades y demandas se instalan en contextos específicos donde colisionan las racionalidades clínicas y otras de tipo económicas, políticas, ideológicas. Los límites que impone el marco de formación en los profesionales de la salud son fundantes de enfoques reduccionistas y de implicancias negativas para el campo de saberse como para los métodos y técnicas de intervención. El impacto epidemiológico de los vínculos violentos, o de transmisión del VIH SIDA, o de pasajes al acto de adolescentes, con cierto cinismo despersonalizante se atribuyen a: *“a elecciones subjetivas tanáticas, a fallas en la constitución subjetiva, por eso, no cedemos al discurso de la necesidad del orden médico ”* (Ps. Hospital). Así se instalan operatorias denegatorias, de la complejidad de las situaciones y son contribuyentes de una ideología reproductiva de la exclusión social. Trabajar con las paradojas que la adolescencia plantea: *“máxima pasión por la vida máxima pasión por la muerte”* (Collado, citada por Conde et al., 1998) es dimensionar histórica y subjetivamente la etapa vital y sus atravesamientos. En otras situaciones y en virtud de las urgencias se impone una visión sintomática y el abordaje de la cura, basada en una concepción del cuerpo fragmentado, secundarizando las posibilidades promocionales y preventivas. *“Las atiende y les recomiendo métodos para cuidarse, pero vuelven, otra vez...”* (Médico, Hospital).

Son estos casos de oportunidades perdidas en donde se imponen las miradas especializadas y no se integran a un proyecto terapéutico integral. Estas situaciones producen relaciones paradójales y posiciones alienadas, sostenidas en procedimientos técnicos especializados. La fragmentación de la dolencia, del sujeto y del contexto constituye una defensa para sostener los poderes y saberes frente a las incertezas e imprevisibilidad de lo cotidiano de los actos de salud.

3. Propuestas desde la Epidemiología Crítica

“El objetivo de la ciencia social no es meramente describir, explicar, y predecir, sino también denunciar para cambiar el dominio estudiado. La ciencia ha de ser funcional a la emancipación del ser humano” (Gómez s/f).

El poder económico y militar de EEUU y las salvajes intenciones imperiales demostradas en la guerra a Irak evidencian las dificultades para la sobrevivencia de la humanidad. En ese sentido sólo es posible la defensa de la vida desde un "proyecto humanista emancipador" (Breilh, 2003). La epidemiología crítica puede ofrecer todas sus herramientas para la construcción del proyecto emancipador. La epidemiología crítica, basada en un modelo integral de desarrollo humano, de humanización de la vida, de denuncia y de lucha frente a las inequidades, se constituye a ese fin en un instrumento ético de construcción de ciudadanía. No debemos desdeñar las dificultades que esta tarea implica. Incluso en Brasil en donde las propuestas teóricas y prácticas de Salud Colectiva han mostrado sus éxitos, Sousa Campos admite: *"Luchar en pro de una sociedad más justa y solidaria es muy difícil. Exceso de derrotas, exceso de pragmatismo, de realismo cínico. El pensamiento "neoliberal" tiene un peso muy grande, todos estamos obligados a cargarlo. Algunos para mejor disfrute propio y personal; otros solamente para combatirlo mejor"* (Sousa Campos, 1998:80).

Los debates actuales alrededor de una teoría general de la salud ponen en cuestión las construcciones negativas de la salud, es decir enfocadas desde la perspectiva de la enfermedad. Breilh las agrupa en tres ejes: a) reducción de la salud a la enfermedad y a lo individual, b) reducir la realidad en salud al plano único de los fenómenos empíricamente observables y c) atribuir el movimiento de esa realidad a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente determinado por leyes deterministas. Frente a estos límites del pensamiento convencional hegemónico en salud, Breilh aporta a las dimensiones y órdenes de la complejidad en los niveles ontológicos, epistemológicos y prácticos. Señala que en cada uno de éstos operan órdenes de movimiento y de contradicciones en los procesos de las dimensiones generales de la sociedad, en las dimensiones particulares de los grupos sociales y en las dimensiones singulares de los individuos y su cotidianidad. Lo mismo sucede en las diversas intervenciones curativas, preventivas o promocionales. La salud es multidimensional tanto en lo relativo al objeto, como al concepto, como al campo de acción. Polisemia en la construcción que lucha contra la centralidad de la enfermedad y de la asistencia individual. En el campo de la praxis, refiere no sólo a las mediaciones de lo económico, institucional y cultural, sobre el modo de pensar de las/los científicos, sino a la presión directa de dos tipos de impulsos sociales. Uno, es el del poder o estructura financiera e ideológica-política dominante con sus injerencias en la producción y mercadeo de productos científicos; y otro, por medio de la amenaza explícita o implícita por parte del Poder a la comunidad científica, con efectos de debilitamiento del proceso crítico de la intelectualidad o finalmente por medio de mecanismos de hegemonía o condicionamiento de las ideas.

4. Cuestiones epistemológicas y metodológicas

Partimos desde la perspectiva de que el acto epidemiológico no se agota en la identificación de variables, en la observación de fenómenos empíricos o en la enumeración de factores de riesgo. Con respecto a la teoría del riesgo, central en la epidemiología hegemónica, organiza la realidad de salud escindiendo la totalidad y definiendo causas y efectos desde un lógica conjuntiva lineal, reificados y reducidos a probabilidades.

Breilh aporta una cita ilustrativa de Healthismus Kuhn: *"La prevención basada en la epidemiología de los factores de riesgo está gobernada por el tipo de lógica, según*

el cual, la temperatura de un habitación es reducida mediante la ubicación del termómetro dentro de un cubo de hielo” (Kuhn, citado por Breilh, 2003: 205).

El desafío que plantea la noción de procesos epidemiológicos en nuestra investigación es el de abordar la complejidad del trabajo en salud y las afectaciones en el modo de vida y subjetividades tanto en sus aspectos destructivos como en los protectores. Los aspectos instrumentales están articulados en formas de construcción intersubjetiva e interdisciplinaria de las prácticas y una hermenéutica metacrítica. Tomamos como principios interpretativos la coherencia lógica y totalizadora de los textos, la contextualidad histórico-cultural, la flexibilidad en relación a la producción de conocimientos y la problematización de la realidad.

Este trabajo se apoya en nuestra actividad docente, profesional y en el proceso investigativo realizado en el marco de dos proyectos de investigación¹. Con las instituciones de salud, trabajamos con la modalidad de gestión asociada. La metodología utilizada triangula un cuestionario sociodemográfico y laboral, el Inventario de Burnout de Rivera Delgado, entrevistas en profundidad, grupos focales, observaciones, técnicas psicodinámicas y dispositivos de reflexión sobre la tarea. Las entrevistas en profundidad como técnica cualitativa permiten el abordaje de los patrones de individuación o formas típicas de concreción individual de las prácticas y saberes vinculados con la producción y distribución de la salud. El trabajo de triangulación está sujeto a criterios de validez metodológica. Cada metodología requiere distintos modos de validación. Los métodos cualitativos, aunque son flexibles, se legitiman a través de “criterios de rigor” específicos, ya descritos en trabajos anteriores (Zaldúa, 2000).

Desde la perspectiva de la Epidemiología Crítica nos proponemos dos objetivos centrales: 1) develar los mecanismos alienantes y desubjetivantes, en el sector salud, que inciden en el bienestar individual y colectivo. 2) propiciar la autonomía, la creatividad y el empoderamiento de los trabajadores de la salud.

En los grupos de reflexión sobre la tarea el objetivo es abrir un diálogo con los trabajadores de la salud de distintas disciplinas y servicios a fin de co-construir un saber acerca del impacto del desgaste laboral y co-construir propuestas propiciadoras del bienestar y de la salud.

5. Las identidades profesionales y las prácticas en salud.

La insatisfacción laboral, la pérdida de la vocación presentes en los discursos de los trabajadores de la salud, nos han conducido a analizar la construcción de las identidades profesionales. A este fin, Claude Dubar (1991) se apoya en el concepto de socialización que le permite comprender la dinámica de las identidades y su construcción desde una perspectiva individual y social. La identidad no es más que *“el resultado a la vez estable y provisorio, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de los diversos procesos de socialización que, conjuntamente, construyen a los individuos y definen a las instituciones”* (Dubar, 1991:111).

No es sólo la elección de una ocupación o la obtención de un diploma lo que configura una identidad profesional, sino también los procesos interactivos que se juegan en los lugares de formación y de trabajo. En este proceso constructivo

¹ “Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos” (UBA Cy Y PT 57) Directora Graciela Zaldúa y “Estudio de las condiciones de producción de los actos de salud en Hospitales Públicos”. (UBA Cy T P065). Directora Graciela Zaldúa y Co Directora Marcela Bottinelli.

intervienen la imagen que el sujeto tiene de sí mismo, sus capacidades, su deseo. El estatus profesional se sostiene en un saber científico, convalidado por el diploma que otorga una autorización legal para ejercer una actividad que les es asignada socialmente, el *mandato social* (Hughes, citado por Dubar, 1991).

La práctica profesional en el sector salud, conlleva dos componentes específicos. El primero Hughes lo denomina “saber culpable” es una especie de conocimiento inconfesable que caracteriza un aspecto clave de la relación entre el profesional y el usuario. Médicos, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, deben saber escuchar -guardando silencio- informaciones “culpables”, perturbadoras o peligrosas. El otro componente refiere a la existencia de instituciones destinadas a proteger el diploma y a mantener el mandato de sus miembros. Estas organizaciones protegen el secreto y reactualizan el diploma y el mandato. Constituyen sistemas intermediarios entre los profesionales y el Estado, a la vez resguardan a los profesionales del público. Las profesiones forman “comunidades” unidas alrededor de los mismos valores y de la misma “ética de servicio”. Procesos inherentes a la dinámica de los contextos macropolíticos y/o micropolíticos pueden determinar las alternativas del poder de los distintos grupos profesionales. Las problemáticas inherentes a estas situaciones se visualizan en las relaciones interprofesionales en el interior de los equipos de trabajo.

En la construcción de la identidad convergen dos procesos: la *identidad para sí* y la *identidad para otro*. La *identidad para sí* es correlativa a la del Otro y de su reconocimiento “yo no sé jamás quien soy más que en la mirada del Otro” (Dubar, 1991: 110). Las instituciones y los actores sociales en contacto directo con el individuo son instancias de atribución de identidad. En sus trayectorias sociales, los individuos construyen su *identidad para sí*. Las identidades sociales, en particular las identidades profesionales, necesitan confirmaciones subjetivas y objetivas. En la *identidad para otro* las instituciones que atribuyen o legitiman una identidad son esenciales. En las dinámicas interactivas comunicacionales el sujeto captura la identidad que le es atribuida. Los espacios institucionales relacionados con la formación, el trabajo constituyen lugares claves en los procesos de construcción de las identidades sociales. En la relación con los otros la cooperación y el reconocimiento convalidan la identidad profesional. Al contrario, los conflictos y el no reconocimiento perturban esta vertiente *-identidad para otro-* de la identidad profesional. Una frase ilustra el malestar.

“Siento enojo- bronca- impotencia - ganas de hacer otra cosa que no tenga que ver con la profesión” (Asistente Social, Centro de Salud).

En el sector salud, a nivel macropolítico y micropolítico, en relación a las identidades profesionales, relevamos ciertas particularidades.

El avance del “complejo médico industrial” en la atención a la salud ha modificado radicalmente el ejercicio de la práctica profesional en salud. Desde una profesión liberal ejercida casi artesanalmente “*hacia un mercado de servicios médicos altamente complejo, fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de tecnologías y equipos de gran sofisticación*” (Llovet, 1997:14). Esta mutación no sólo ha modificado el acto médico, ya que la práctica médica con tecnología involucra rentas al capital, sino que implica un posicionamiento diferente del profesional y una nueva relación médico-paciente. Estas nuevas tecnologías, no siempre disponibles en los procesos de formación o en los distintos ámbitos de ejercicio profesional, pero que han pasado a ser dominio público por la difusión

mediática de los avances científicos, actúan de manera compleja sobre los actores intervinientes en las prácticas de salud. El profesional conminado al logro de la salud se siente despojado de recursos cuando en su lugar de trabajo no puede brindar estas posibilidades tecnológicas. En el sector público, los pacientes o familiares se sienten nuevamente discriminados frente a las limitaciones de las ofertas en salud, excluidos de las innovaciones científicas.

La utilización de los recursos de avanzada permite la sobrevivencia a bebés, niños, jóvenes o adultos que han presentado riesgos de diversa magnitud, sin embargo, los cuidados posteriores conllevan, en muchos casos, recursos no siempre disponibles para los pacientes; esta situación crea tensiones entre los profesionales de las distintas especialidades y/o servicios. Un problema inherente a las políticas de salud se dirime en enfrentamientos entre los efectores de salud. Los profesionales que trabajan en Neonatología, Pediatría, Terapia Intensiva, o en transplantes son los más afectados por estas situaciones.

“Hay sobreexigencia laboral, desintegración del equipo de salud y no posibilidad de trabajo interdisciplinario” (Psiquiatra, Centro de Salud).

La relación que el trabajador de la salud entabla con el usuario, se encuentra moldeada por la relación que entabla con sus instituciones. En cuanto al binomio médico-paciente se ha transformado en un cuatrinomio médico-paciente-institución-sistema (Llovet, 1997) en el cual el profesional es un engranaje más de un sistema que lo despersonaliza. Esta situación aunado a las complicidades a que debe someterse en los ámbitos de trabajo como en su vocación humanista. *“Cuando el profesional no encuentra estímulos en su ámbito de trabajo acaba convirtiéndose en un disidente vencido por la abrumadora vorágine del día a día”* (Navarro Pedreño, 1998: 41)

Ciertas representaciones tradicionales del “médico” ligadas a lo que Eliot Freidson (1978) describió como “clase médica” persisten y se juegan en las elecciones vocacionales, en las relaciones con otros profesionales del sector salud y con los usuarios. Para mencionar algunas de estas circunstancias: a) El choque entre las expectativas, en especial en los residentes o jóvenes graduados y la realidad de la práctica. b) Enfermeros/as, instrumentadoras, psicólogos/as marcan las desigualdades que se presentan en la cotidianidad laboral en los equipos de salud. c) La desautorización o el no reconocimiento a la palabra profesional:

“ uno sufre más, te sentís muy frustrada al no poder hacer como quisieras o como soñaste” (Médica, Centro de salud).

“Yo creo que la medicina en general, actualmente no está nada reconocida, ha perdido el reconocimiento como profesión. Creo que la medicina ha permitido que todo el mundo sepa medicina, bah... que sepa medicina es imposible porque si un médico no termina nunca de saber y nunca sabe todo, menos la gente. Entonces, hay tanta opinión sobre la medicina... es la única profesión de la cual todo el mundo se permite opinar, diagnosticar, medicarse” (Médica, Centro de salud).

6. La praxis en salud: afectaciones, acciones y sentidos.

Desde el trabajo de campo en grupos focales y o talleres relacionados con los actos de salud y el desgaste laboral emergen los efectos de la crisis. Los trabajadores hoy se encuentran expuestos y vulnerables. Son abrumadores los calificativos sobre la violentación económica, institucional y subjetiva expresados en sentimientos de hostilidad, rabia, indignación y decaimiento físico y emocional. La propuesta de Breilh de crear un proyecto humanista emancipador, en el sector salud requiere recuperar el valor del equipo de salud como un primer paso en la construcción de cotidianidades laborales saludables. Los dispositivos de intervención en los colectivos laborales permiten contextualizar y visualizar los estragos subjetivos y colectivos de las condiciones actuales de vida y de trabajo. La participación grupal y el hacer comunicativo desafía a los encierros y temores generados por los juicios de mala praxis, el no reconocimiento profesional y reubica a los determinantes del malestar social. La operatoria grupal pone en juego la posibilidad de pensar nuevos escenarios y gestión de estrategias participativas. En estos encuentros en los enunciados de los trabajadores de la salud aparecen acciones como: *resistir, cambiar, transformar*.

La praxis en salud, plantea la relación con el sujeto colectivo o individual a través de mediaciones del lenguaje, de las formas culturales, del método y las bases de información en la práctica científica. Se constituye simbólicamente y sus efectos estructurantes además de hacer comunicacional son formas de poder. Este poder simbólico puede operar para el oscurecimiento de la realidad, subordinando y legitimando otras formas de poder o puede transformarse en un instrumento de construcción de ciudadanía. (Breilh, 2003)

En virtud de los atravesamientos sociales y las nuevas formas de expresión ciudadana, se advierten nuevos encuentros entre el saber académico y el saber popular. Encuentros de asambleas y servicios de salud y asociaciones gremiales, intervenciones en empresas recuperadas, organizaciones de mujeres, inician diálogos sobre necesidades y posibilidades de nuevas gestiones participativas. Incipientes espacios y caminos prometedores de nuevas identidades colectivas.

Bibliografía

- Bhaskar, R. (1986): citado por Breilh, 2003 en "Introducción" en *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial
- Breilh, J. (2003): *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Canguilhem, G. (1998): citado por Sousa Campos, G. en "Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias" en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 74, Rosario. CESS.
- Collado, C. (1998): citado en "Adolescencia" en Conde, S.; Leal, M.; Schmunk, S.: *Salud comunitaria. Diagnóstico. Estrategia. Participación*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Dubar, C. (1991): *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris. Armand Colin.
- Freidson, E. (1978): *La profesión médica*. Barcelona. Ediciones Península.
- Gómez, R. (s/t): *Neoliberalismo Globalizado. Refutación y debacle*. Folleto de un Seminario a cargo del Dr. Ricardo Gómez, selección de su libro en preparación. Buenos Aires. *Revista Herramienta*.

- Hughes, E.C.(1991): citado por Dubar, C. en *La socialisation. Construction des identités sociales et pcoffessionnelles*. Paris. Armand Colin.
- Kuhn, H. (2003): citado por Breilh, J. En *Epidemiologia Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Leroux, R. et al. (2002): Citado en “La salud de las comunidades: perspectivas para la contribución de la salud pública al desarrollo social y de las comunidades” Institut National de Santé Publique. Québec. Canadá.
- Llovet, J.J. (1997): “Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación a final del siglo. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, México.
- Mészáros, I. (2001): *El Siglo XXI. ¿Socialismo o Barbarie?* Buenos Aires. Ediciones Herramienta.
- Navarro Pedreño, S. (1998): “Tiempo de interludio: apuntes para repensar la primaria” en *Revista de treball social*. Col. legi Oficial de Diplomats en Treball Sociali Assitents Socials de Catalunya. Barcelona. Núm. 150, pp. 23-42.
- Sousa Campos, G.W. de (1998): “Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias” en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 74, Rosario. CESS.
- Veenstra (2002): citado en ‘La salud de las comunidades: perspectivas para la contribución de le salud pública al desarrollo social y de las comunidades’ Institut National de Santé Publique. Québec. Canadá.
- Zaldúa, G. et al. (2000): “Las problemáticas de los trabajadores de la salud” en *VIII Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología UBA.
- Zizek, S. (2003): “¿Cómo inventó Marx el síntoma?” en *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

1.2 Contextos Críticos en Salud*

Graciela Zaldúa, María Teresa Lodieu, Paula Gaillard, Ana Tisera y María Pía Pawlowicz.

1. Introducción

En este trabajo² enfocamos la repercusión de las políticas neoliberales en el sector salud. En este sentido hablamos de contextos críticos entendiendo con este concepto tanto el contexto macropolítico como su particularización en determinadas unidades asistenciales que referirá, en esta presentación, a los Servicios de Guarida.

2. Metodología

La modalidad de trabajo en esta investigación-acción es de gestión asociada integrada por el quipo de investigación de la Facultad de Psicología y un equipo del hospital en el que se desarrolla el proceso investigativo.

Se utilizan técnicas cuantitativas y cualitativas para el relevamiento y el análisis de los datos. Los instrumentos son: una encuesta sociodemográfica, observación participante, entrevistas, grupos focales, Inventario de Burnout (Rivera Delgado, 1997), técnicas gráficas y psicodinámicas grupales.

La muestra es intencional y se trabaja con datos primarios y secundarios. La unidad de análisis la constituyen trabajadores de la salud y unidades asistenciales de Hospitales Públicos.

3. Objetivos

Indagar los contextos de producción del acto de salud desde la perspectiva de los trabajadores de salud del sector público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Promover el desarrollo y/o fortalecimiento de procesos protectores que tiendan a evitar o minimizar el desgaste (Burnout) de los trabajadores.

4. Fundamentación

Una serie de investigaciones realizadas en distintos países desde fines de los setenta, motivadas por los datos epidemiológicos de morbimortalidad encontrados en el personal sanitario, indagó las problemáticas de los trabajadores de la salud. Un relevamiento de estas investigaciones puede encontrarse en varias publicaciones entre ellas: Bernardo Moreno (1995), Gil-Monte (1997).

Nuestra tarea de investigativa en el campo sanitario nos permitió comprobar la existencia de un malestar creciente en los profesionales de la salud. Sin embargo, al analizar la literatura científica sobre el desgaste o el Burnout de los profesionales de la salud, constatamos que los estudios de los países centrales no reflejan la problemática de los trabajadores de la salud ni la situación de los sistemas de salud de nuestro país. Un panorama descriptivo más cercano a lo relevado por nuestro equipo puede encontrarse en una Revista Médica publicada por la Asociación Médica de Avellaneda, en abril de 1985 sobre “La insalubridad del trabajo médico”. Relacionan la insalubridad del trabajo médico con las condiciones en las que se desenvuelven las actividades profesionales de los trabajadores de la salud: largas jornadas de trabajo sin horario,

* El presente artículo fue publicado en el IX Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA. Año 2001. p. 205-215.

² En esta presentación confluyen dos proyectos, la investigación en curso, iniciada en este año: “Estudio sobre las condiciones de producción de los actos de salud en Hospitales Públicos”, y el proyecto del período anterior denominado “Estudios del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos”.

condiciones de vida difíciles en los lugares de trabajo, guardia con mal alimento, calidad higiénica deplorable, pérdida de tiempo y riesgo por el sobreempleo, proletarización, dificultades para continuar la formación y la actualización profesional. Teniendo en cuenta estas situaciones y el agravamiento de las condiciones socioeconómicas en la Argentina, consideramos que no pueden estudiarse las problemáticas de los trabajadores y de los colectivos de trabajo del campo sanitario y por ende las condiciones de producción de los actos de salud, sin analizar los efectos subjetivos y sociales de la hegemonía de las políticas neoliberales.

Los supuestos que enmarcan nuestra perspectiva sostienen que:

Los condicionantes macro y micropolíticos que interfieren en el proceso de salud-enfermedad-atención, y el desgaste de los trabajadores (Burnout) afectan negativamente al acto de salud, a las posibilidades de realización profesional, y a las gestiones autónomas, creativas y eficaces.

Las representaciones y prácticas en los procesos de trabajo y de gestión donde se contemplan las posibilidades de realización y creatividad de los trabajadores, y las necesidades y demandas poblacionales, propician actos de salud autónomos, responsables y promotores de igualdad y equidad.

4.1. Actos de salud en contextos críticos

Al referirnos a los actos de salud en contextos críticos lo hacemos en una doble dimensión. A nivel de los servicios de salud, el trabajo en las unidades asistenciales dedicadas a la atención de patologías severas (infecto-contagiosas, o procesos terminales), o unidades de cuidado intensivo (Terapia Intensiva, Neonatología) y los servicios de emergencia, suelen ser catalogados como críticos por el alto nivel de riesgo y alto compromiso subjetivo, colectivo e institucional que implican. Consideramos también como contexto crítico las condiciones macroestructurales en las que se desempeñan las prácticas de salud en la Argentina en la actualidad.

En este trabajo marcamos el impacto de la hegemonía de las políticas neoliberales en el sector salud y el interjuego que se produce entre las condiciones socioeconómicas y el trabajo en servicios tradicionalmente críticos, enfocando en particular, las repercusiones sobre la salud de los trabajadores de la salud y sobre los colectivos de trabajo. A fin de particularizar esta problemática seleccionamos los Servicios de Guardia.

4.2. Hegemonía neoliberal

En este trabajo sólo mencionamos algunos rasgos de las políticas neoliberales y de su impacto socio-económico e ideológico, enfocando en forma más específica la repercusión en el sector salud.

Sebastián Loureiro (1991) en su artículo “Medidas de ajuste y su impacto en la salud”, señala para los países de América Latina dos problemas centrales como consecuencia de las políticas neoliberales: las tasas negativas del producto bruto nacional (PBN) y el aumento del volumen de la deuda externa. La situación se agrava por la sumisión política de los gobiernos a los dictados del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM) que los obliga a aceptar políticas de ajuste a fin de afrontar el pago de los intereses de la deuda. La Argentina se encuadra en esta descripción.

Aldo Ferrer (2001) caracteriza la emergencia que deviene de esta situación con el concepto de vulnerabilidad. Explica la dimensión de la vulnerabilidad externa argentina en estos términos: “En vez de mantener la casa en orden y en equilibrio los pagos internacionales, el país entró en un proceso frenético de endeudamiento... Argentina es el país más endeudado de América Latina y del mundo. La deuda externa es casi seis

veces mayor que las exportaciones y los pagos en concepto de intereses y utilidades representan más del 50% de éstas últimas” (Ferrer, 2001).

Las prioridades que establece el gobierno pueden evaluarse comparando el monto destinado al pago de los intereses de la deuda con el gasto en salud. Los datos del Ministerio de Economía y Hacienda de la República Argentina (diciembre de 1999) del gasto público por finalidades y funciones, confirman la ejecución como pago del servicio de la Deuda Pública, en miles de \$ de 8.572,185. Por otra parte, el correspondiente a Salud es en miles de \$3.057,370.

Las políticas neoliberales no sólo condujeron a la vulnerabilidad económica, sino también a la vulnerabilidad social y subjetiva. La pérdida de los derechos ciudadanos, el desmantelamiento de los bienes sociales colectivos vinculados a necesidades materiales y simbólicas esenciales: educación y salud, la destrucción de las fuentes de trabajo, el avasallamiento de la soberanía territorial. Al mismo tiempo y como garantía de la gobernabilidad se desplegó una política de cooptación ideológica que instaló una nueva ética social, destructora de los mecanismos de solidaridad social y propiciadora de la violencia y de la corrupción. Las altas tasas de desempleo, el aumento de la población con necesidades básicas insatisfechas, el aumento de la pobreza, el suicidio de los jubilados son una clara muestra del impacto de las políticas neoliberales.

Asa Cristina Laurell (1992) sintetiza los rasgos más salientes de la política neoliberal “la reducción drástica y el control estricto del gasto público (con excepción de la parte destinada al pago de la deuda pública) e incrementos en las tarifas de los bienes y servicios públicos; redefinición del tipo de cambio, apertura externa, comercial y de inversión; privatización de las empresas públicas; desregulación de la actividad financiera; desregulación y flexibilización de la relación laboral (con ataques a los sindicatos, destrucción de los contratos colectivos y cambios regresivos en la legislación laboral) y depresión salarial” (Laurell, 1992: 3).

4.3. Políticas neoliberales en el sector salud

El ideario neoliberal posiciona al ámbito privado como responsable de las actividades ligadas al cuidado de la salud y desliga al Estado como garante y financiador de la salud poblacional, quedando sólo bajo su jurisdicción los problemas de salud o los sectores no cubiertos por el ámbito privado (Laurell, 1992, 1994).

4.3.1. Privatización

Un cambio significativo es el que se opera en la concepción de la salud: la salud pasa a ser una responsabilidad individual y privada, ese posicionamiento implica un corte con el sistema simbólico ideológico que caracterizaba al Estado Benefactor.

La legitimación, se apoya en el logro de un consenso social que se construye a través de una idea fuerza –que no sólo se presenta en el sector salud- la ineficiencia del Estado y la contracara correspondiente: la eficiencia de lo privado y el auge democrático. La otra idea a ser asimilada y aceptada como válida es la escasez de los recursos públicos para cubrir los requerimientos del sector.

Los niveles deficitarios del sector público no son nunca atribuidos a la desfinanciación producida por las políticas de ajuste o la tercerización de servicios (que no son regulados) sino imputados a fallas estructurales del propio sistema.

4.3.2. Privatización-mercantilización

Laurell (1994) sostiene que ubicar a la salud como actividad privada tiene como objetivo convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista. “Esta intención se inscribe en la ofensiva de recuperación de los servicios sociales para la empresa privada,

o sea su re-mercantilización, que constituye uno de los móviles del actual ataque al Estado de Bienestar en todo el mundo” (Laurell, 1994:26).

4.3.3. Industria tecnológica sanitaria

La circulación de capitales encuentra una vía regia en las nuevas tecnologías (Petras,2000). Los adelantos científicos y las transformaciones tecnológicas en el campo de la medicina requieren un gran aporte de capital. Este sector pasa a tener relevancia para los capitales privados interesados en la industria tecnológica hospitalaria.

En la medida en que el Hospital público por su desfinanciamiento no puede acceder a la nueva tecnología se propicia los procesos de terciarización-privatización. A esto se añadan los aportes privados, individuales o de fundaciones que se insertan en determinados servicios hospitalarios. Es así como vemos dentro de un mismo hospital pabellones o servicios con situaciones dispares desde el aspecto edilicio, hasta la aparatología y la modalidad de prestación. Estas realidades no dejan de tener impacto sobre el clima laboral y el bienestar de los trabajadores de la salud. En un sector o servicio desmantelado o deteriorado el profesional se siente él mismo sujetado a ese destino. En un servicio en esas condiciones, un profesional expresa *“somos el tacho de basura”* La *“sofisticada tecnología diagnóstica y terapéutica”* (Laurell, 1994:29) que circula como recurso salvador ideal en el imaginario colectivo, pero inexistente por las contradicciones de su práctica cotidiana: *“en la clínica privada sí...se hace...se puede, pero acá no...”*

La inversión de capitales en instalaciones y equipos modifica la práctica médica. El peso simbólico del acto de salud pasa de la relación médico-paciente a la relación aparatología-paciente. Esta situación tiene su doble lectura. Por un lado, el médico se apoya en la tecnología, si tiene acceso a ella, y la usa en demasía para cubrirse frente a juicios por mala praxis y para desligarse de la abrumadora demanda de los pacientes. Por otro lado, el médico frente a la invasión tecnológica pierde su valor y pasa a ser sólo un engranaje en la tarea de circulación económica. Esta última situación favorece la proletarización progresiva del profesional médico.

4.3.4. Alienación-autonomía

Los trabajos de salud son producto del sistema de relaciones en que están inmersos y al mismo tiempo son también productores de este sistema. Sujeto y objeto todo el tiempo. Objeto producido por el mercado, por las políticas gubernamentales, por el saber estudiado en disciplinas, por las leyes o valores culturales, los trabajadores tienden a sufrir pasivamente los efectos de la maquinaria socioeconómica, alienándose. Pero en tanto profesionales de la salud participan en la construcción del saber disciplinar, influyen políticas, contribuyen a la determinación del valor de uso para la vida. Quiere decir que como trabajadores de la salud pueden operar con diferente grado de autonomía. En consecuencia el grado de alienación de los trabajadores en relación al objetivo (misión), al objeto y medios de trabajo de los sistemas de salud puede variar conforme a la coyuntura o conforme a la propia actuación como actores sociales (de Souza Campos, 1992). En este sentido es nuestro objetivo relevar los procesos de alienación y desgaste y colaborar en el proceso de recreación de la autonomía y de la creatividad.

4.4. La Emergencia en Hospitales Públicos. Servicio de Guardia.

Cristophe Dejourn (1983) al estudiar la relación entre el individuo y el trabajo sostiene que distintos niveles de malestar psíquico pueden surgir tanto por las condiciones

laborales, como por la organización del trabajo. Los servicios o unidades asistenciales pueden ser concebidos como una organización, es decir como “un sistema socio-técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido.

Está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación” (Schlemenson: 1988:38). Schlemenson plantea que existen seis dimensiones relevantes en toda organización: el proyecto, la estructura organizativa, la integración psicosocial; las condiciones de trabajo; el sistema político; el contexto. Si bien pueden existir dimensiones con características semejantes dentro de una misma institución de salud, en cada colectivo de trabajo, se crean culturas laborales diferentes, un determinado clima social, relaciones profesionales y jerárquicas particulares que condicionan las prácticas de salud y la salud de los colectivos laborales. Las deficiencias a nivel organizativo se manifiestan como deterioro en la calidad asistencial, ausentismo, pedidos de rotación de servicios o de instituciones, abandono, sobrecarga laboral, maltrato, mal uso de los escasos recursos, crisis del equipo de salud. Las Guardias y los servicios de Terapia Intensiva son tradicionalmente considerados lugares críticos, en ellos es donde se pone más en juego la vida y la muerte y en donde la habilidad del profesional, del equipo médico y la disponibilidad de recursos podrán definir situaciones de riesgo. El Director del SAME, Dr. Marcelo R. Muro (2001) considera que los pedidos al SAME han aumentado en forma exponencial en los últimos años, a pesar del crecimiento de los sistemas privados de emergencia. Los problemas para los sistemas de emergencia no sólo ha sido el incremento de la demanda, sino las características de las intervenciones en las que el personal médico, debe participar: la violencia y la peligrosidad connotan la práctica actual (desalojos, asaltos, homicidios). A fin de presentar algunas de estas problemáticas, en este trabajo realizaremos un análisis comparativo de las guardias en un hospital polivalente de alta complejidad (H1) y de dos hospitales monovalente (una maternidad: H2 y un psiquiátrico: H3).

El inventario de Burnout (Rivera Delgado, 1997) sistematiza los datos en 7 categorías: Cansancio emocional, Despersonalización (percepción del vínculo con los pacientes y/o familiares), Realización personal, Tarea (vínculo con la tarea, y con las características del lugar de trabajo), Tedio, Organización (relaciones jerárquicas y con pares), Manifestaciones de Burnout (percepción por parte del profesional del impacto del estrés sobre su persona, sobre sus relaciones o sobre su trabajo).

Los resultados del análisis comparativo entre los Servicios de Guardia de los Hospitales investigados en relación al Inventario de Burnout (Rivera Delgado, 1997), arrojan los datos siguientes: (Ver Anexo 1).

La categoría Despersonalización en los tres servicios es la punteada con mayor puntaje, e indica el nivel de conflictividad en relación al aspecto investigado bajo este rubro, que refiere a la relación con los pacientes y/o familiares. Las respuestas relevan el grado en que los profesionales se sienten sobrepasados por las exigencias de los pacientes y sus familiares y afectados por el poco reconocimiento de su labor profesional. Si analizamos específicamente uno de los ítems de esta categoría, el que refiere a cómo el profesional vive la demanda de los pacientes tanto en la Guardia del Hospital polivalente como en el monovalente (maternidad) más del 90% de los profesionales investigados puntúan alto en este ítem.

Los puntajes más altos en todas las categorías investigadas corresponden a la Guardia del Hospital Polivalente.

Las excepciones son:

En la categoría Tarea, el puntaje más alto lo presenta la Guardia Psiquiátrica.

En Manifestaciones de Burnout el puntaje es casi semejante tanto en la Guardia del Hospital Polivalente como en la Guardia de la Maternidad.

En la Guardia psiquiátrica los puntajes en Realización Personal y en Tarea comparados con los de las otras 2 Guardias, permiten pensar que son los profesionales de esta Guardia que sienten mayor distancia entre las expectativas profesionales y las modalidades de la práctica asistencial que realizan y quienes experimentan mayor incomodidad en relación a las características del lugar de trabajo. En un ítem (incluido en la categoría Tarea) que investiga cómo se siente el profesional en relación al ambiente y a las condiciones físicas del trabajo, el 80% de los profesionales de la Guardia psiquiátrica, puntúa alto este rubro, es decir que considera que el ambiente y las condiciones físicas son malas. Este último ítem puntúa alto también en la Guardia del Hospital polivalente.

En la encuesta que diseñamos planteamos dos tipos de preguntas con alternativas opcionales de respuestas y que apuntan a indagar: 1) las situaciones productoras de estrés en las prácticas de salud y 2) las propuestas posibles para solucionar los problemas de trabajo.

En base a la pregunta que indaga fuentes posibles productoras de estrés en la actividad asistencial con las siguientes alternativas de trabajo: pacientes terminales, patologías infecto-contagiosas, situaciones de maltrato, situaciones de desprotección social, riesgo de mala praxis, los resultados comparativos entre los Servicios de Guardia nos brindan los siguientes datos: (Ver Anexo 2).

El trabajo con pacientes terminales o con patologías infecto-contagiosas parece no afectar a los profesionales. Las problemáticas referidas a situaciones de maltrato parece afectar más a la Guardia de la maternidad, un 63% del personal marca este rubro como productor de estrés.

En relación a la Desprotección social, la Guardia de Maternidad y la Guardia Psiquiátrica marcan este rubro (el 67% y el 66% del personal respectivamente).

El riesgo de Mala Praxis preocupa más a la Guardia de la Maternidad ya que el 74% de los profesionales lo señaló como estresante. En la Guardia del Hospital Polivalente, el 60% de los profesionales también puntúa como estresante. Esta problemática no parece afectar tanto a la Guardia psiquiátrica, sólo es señalada por el 44% de los profesionales.

En cuanto a las propuestas de solución a los problemas de trabajo que presentan como alternativas las siguientes posibilidades: implementación de espacios de reflexión, implementación de espacios de formación, planificación de la asistencia y la prevención, aumento de los niveles de la organización, aumento de la remuneración, aumento del equipamiento, los resultados muestran lo siguiente: (Ver anexo 3).

En espacios de Reflexión es en la Guardia de la Maternidad en donde encontramos el mayor porcentaje de profesionales que marcan este rubro, un 64%. Una observación a realizar es que ésta es una respuesta de género, en la maternidad más del 60% son profesionales mujeres. En los otros servicios de guardia este rubro también es marcado por los profesionales.

En espacios de Formación, nuevamente es en la Guardia de la maternidad en donde el 60% del personal marca este rubro y podemos señalar también como una característica de género, observada no sólo en los servicios de guardia.

En el rubro Planificación de asistencia y de la prevención, en los tres servicios es señalado por el 60% o más de los profesionales, alcanzando un 70% en la maternidad.

Todas las guardias parecen requerir un mayor nivel organizativo, los porcentajes son casi semejantes y corresponden a un 74% en el polivalente y en el psiquiátrico y un 77% en la maternidad.

El aumento de la remuneración también es señalada por el 63% (maternidad) al 74% (guardia del hospital polivalente) de los profesionales.

En relación al equipamiento las cifras son muy dispares y parece ser algo muy necesitado por la guardia del hospital polivalente, ya el 87% de los profesionales marca este rubro como una solución a problemas en el trabajo.

Análisis Cualitativo³

Un breve análisis cualitativo ilustra algunas de las problemáticas relevadas a través de preguntas abiertas del cuestionario sociodemográfico, comentarios a lo largo del proceso de administración de los instrumentos de indagación, de las temáticas que emergen en los procesos de devolución de la información recabada, o cuando se trabaja con los dispositivos psicodinámicos.

Las categorías que presentamos en este trabajo son Subjetividad y Colectivo de trabajo. Subjetividad refiere a los efectos singulares, o sea al malestar vivenciado o expresado por cada trabajador de la salud. Colectivo de trabajo refiere a las temáticas relevadas en cada servicio o unidad asistencial.

Dejours (1998) diferencia el sufrimiento <<creativo>> del sufrimiento <<patológico>>. En el primer caso, los sujetos ponen en juego recursos simbólicos- invención y creatividad- al servicio de estrategias que permitan afrontar los requisitos impuestos por el trabajo prescripto. En el sufrimiento patológico en cambio, las tácticas apuestan a la negación de las cargas laborales mediante rituales o pactos de desmentida.

1. Subjetividad. En el sufrimiento patológico podemos sistematizar algunas categorías:

Vínculo con la tarea

Escenas temidas o traumáticas aparecen cuando el profesional se dirige a atender la emergencia fuera del ámbito del hospital, o situaciones que se repiten tipo flash back.

Una médica emergentóloga comenta que las situaciones más traumáticas se relacionan con las urgencias a domicilio en donde se encuentran con “*suicidios, ahorcados, los bebés muertos, los casos de reanimación*”. Esta situación afecta en la medida en que la aparición de la enfermedad y de la muerte es esperada dentro del ámbito hospitalario, en cambio en la vida cotidiana, en el ámbito de lo doméstico y con las características en que emerge, su aparición se torna siniestra. Las condiciones socioeconómicas del lugar o de la vivienda a la que concurren los profesionales acentúan aún más lo “traumático” de la situación.

Contraposición entre la emergencia y los problemas comunes. La gravedad, las características y la masividad de las situaciones de emergencia a ser afrontadas hacen que en esta “cotidianeidad” se contraponga la cotidianidad familiar, en ese sentido toda situación conflictiva o problemática familiar es degradada en función de los parámetros de la emergencia. “*todo comentario de mi hijita o de mi mucama me parece nimio porque los seres humanos se dividen entre los que respiran y los que no respiran*” (H.3).

³ En el VIII Anuario de Investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA en el artículo “Las problemáticas de los trabajadores de la salud” explicitamos los fundamentos de la metodología cualitativa que utilizamos.

Esta misma situación parece estar presente en cierta irritabilidad con que los profesionales reciben a “*los que vienen por un simple resfrío*”. La Guardia parece ser el lugar de recepción no sólo de las urgencias sanitarias, sino un lugar en donde acude todo aquel a que le pasa algo, o que necesita algo sin estar claro, para el mismo sujeto, qué le pasa y qué necesita. “*Parece que todos se vienen a atender a la guardia*” (H.1). Esta concurrencia que para los profesionales es innecesaria, se torna abusiva en el marco de la sobredemanda actual que impacta en las guardias.

Modificaciones comportamentales: Los bajos salarios y la proletarización del trabajo médico determinan que los profesionales encuentren más fácilmente trabajo en las Guardias médicas más que en otros sectores y a la vez una vez dentro de una institución, la posibilidad de realizar varias guardias a la semana, es más factible, algunas guardias son estables otras son por reemplazos. Las guardias repetidas a lo largo de la semana modifican totalmente el ritmo biológico, la vida cotidiana y el bienestar del profesional. Sin embargo la situación económica obliga aceptar estas situaciones laborales. “*Cuando hacía tres guardias a la semana, cuando me despertaban de noche para una emergencia...estaba tan irritable que todos huían de mi lado*” (H.3).

Mecanismos de renegación son habituales para enfrentar el monto de angustia, muchas veces no hay conciencia del estrés hasta que eclosiona alguna situación: enfermedad, accidente, irritabilidad. Las sintomatologías que acompañan las prácticas de salud en los profesionales investigados son: hipertensión, úlcera erosiva, coló irritable, tabaquismo, irritabilidad, dificultades en el dormir, nos ha sido relatado también un caso de púrpura e infartos de miocardio.

Pérdida de las coordenadas espacio-temporales: La discontinuidad en los espacios familiares cotidianos y desubicación temporal por los ritmos de las guardias y las dificultades para reponerse del desgaste laboral, conducen a estas expresiones: “*Es un día y el otro para recuperarse*”, (H.1.), “*Somos diferentes, un día a la semana estas afuera de tu casa y eso pesa*” (H.2.), : “*Hay días que no sé quién soy*” (H.2.).

Proyectos personales-profesionales: Las restricciones salariales son una constante y hacen que los trabajos de guardias se prolonguen en el tiempo: “*Nunca pensé que me iba a jubilar en la guardia*” (H.1.) o el único proyecto es la subsistencia económica: “*Sé que me liquido, pero no me queda otra que hacer varias guardias*” (H.1.).

Contradicción en relación a la Guardia: Coinciden, en algunos profesionales dos situaciones contradictorias, por un lado el deseo de dejar la guardia por lo estresante del trabajo, lo impredecible, el ritmo acelerado que exige la urgencia, la alteración de la vida cotidiana, y por otro lado la imposibilidad de pensarse en un trabajo pasivo y “aburrido” de consultorio.

2. Colectivo de trabajo

En este trabajo mencionaremos brevemente, en la categoría colectivo de trabajo, algunos indicadores que den cuenta de las relaciones que se establecen dentro de cada unidad asistencial. Se contemplan las modalidades y características de los vínculos: con los pacientes y los familiares, a nivel intraprofesional, interprofesional, las relaciones jerárquicas e institucionales y los agenciamientos grupales.

Baczko llama la atención sobre la dimensión de poder que se pone en juego en las prácticas sostenido por representaciones colectivas. “El ámbito del imaginario y de lo simbólico es un lugar estratégico de una importancia capital” (Baczko,1991). Los actos de salud serán diferenciales de acuerdo a la valoración que se construya sobre grupos particulares (adolescentes madres, chicos de la calle, prostitutas, inmigrantes, u otros grupos vulnerables). Las representaciones o significaciones del otro cristalizadas en estereotipos en el acto de salud interfieren en los vínculos y perturban el proceso salud-enfermedad-atención.

Relación con los pacientes o familiares: La frase que sigue es elocuente de una problemática frecuente: *“Me angustia en particular un tema en relación al trato del equipo de salud hacia los pacientes en su relación con su condición socio-cultural. Es decir las diferencias no en lo técnico o médico en su atención pero sí en las diferencias que se establecen entre pacientes carenciadas-marginadas desprotegidas y pacientes con recursos. En relación a lo humano aclaro que no de todos los profesionales sino de algunos:”* (H.3).

Relaciones intraprofesionales: Las distintas guardias o días de guardia presentan relaciones diferentes entre sus integrantes. En algunas guardias los profesionales sostienen que ellos están bien porque son un grupo de amigos y marcan a otros días de guardia como conflictivos, o en los cuales no hay lazos de amistad o incluso en algunos casos hay “bandas”. Algunos de estos subgrupos son mixtos, otros marcan la diferencia, *“ellos se van a dormir, nosotras nos juntamos a charlar”*. En algunas especialidades ha estado muy presente la lucha de las profesionales para ser respetadas (en especial cirugía y anestesiología).

“Mal compañerismo (por competitividad desleal de otro par generalmente de la misma especialidad para lograr ascender a lograr nuevos puestos a partir de “sacar de juego” al propio compañero” (H.3).

Relaciones interprofesionales: En estas relaciones, en las que en a veces conllevan también relaciones jerárquicas, son muy variadas las situaciones que se presentan, dependiendo de las distintas instituciones, de los lugares de circulación compartidos o excluidos y de modalidades particulares que adquieren ciertas dinámicas colectivas. En algunos lugares las bromas son una constante en las que se ponen de manifiesto situaciones de género, relaciones valorativas atribuidas a las distintas especialidades.

Relaciones jerárquicas: El jefe, o director o autoridad, tiene un peso relevante en los discursos de los trabajadores de la salud. Su presencia o ausencia, su interés o desinterés, su apoyo frente situaciones complejas, es enunciada con frecuencia.

La matriz relacional le permite a cada sujeto no sólo su constitución subjetiva sino que es a la vez base de su reconocimiento como individuo, este interjuego dinámico entre el yo y los otros, puede ser creador y potencializador de las condiciones de un sujeto y de un grupo. Hemos constatado el sufrimiento que genera la falta de reconocimiento por parte de los pacientes o familiares por la labor asistencial.

Unas palabras de Souza Campos nos pueden ser útiles para sintetizar algunas de las cuestiones planteadas: “Los trabajadores de rearea de salud se encuentran frustrados, trabajando por la supervivencia y por alcanzar un cierto nivel de consumo. Existe una marcada alienación de los profesionales en relación con su objeto de trabajo -ligazón débil con la enfermedad o salud del otro-, con sus medios de trabajo -una separación

progresiva entre los que ejecutan las acciones y los que dirigen las instituciones- y también en referencia al equipo de salud -hay trabajo en grupo pero no hay identidad del trabajador colectivo” (Souza Campos, 1997).

Las mediaciones alienantes (tanto en términos del proceso de trabajo, como de un clima social negativo y de modalidades vinculares empobrecedoras y agobiantes) modulan actos de salud repetitivos y reproductivistas, que convergen con los procesos destructivos de la vida y la salud. Las condiciones macroestructurales construyen escenarios de violentación material y simbólica conducentes a prácticas alienantes.

Implementación de grupos focales y psicodinámicas en los colectivos laborales

En nuestro proceso investigativo-participativo utilizamos técnicas grupales -grupos focales o técnicas psicodinámicas-, para la devolución y análisis de los datos recogidos y para relevar y compartir problemáticas relativas al colectivo de trabajo –técnicas audiovisuales como estímulo y visualización de problemáticas.

En los Servicios de Guardia, cada día de guardia presenta particularidades. Los procesos de relevamiento de la información, sistematización y devolución del material investigativo se realiza en forma independiente, día por día. Las condiciones de trabajo, las problemáticas y las dinámicas grupales adquieren características particulares en cada día de guardia, si bien en este trabajo no enfocamos estas diferencias.

Una de las formas de enfermedad o de falta de salud, es la sintomatología psicosomática. Los trabajadores de la salud presentan habitualmente esta sintomatología. En este sentido nuestro dispositivo tiende a poner de manifiesto estas problemáticas e fin de realizar un proceso de resignificación. Las eclosiones somáticas coinciden generalmente con acontecimientos que sobrepasan la capacidad de tolerancia del sujeto. “El cuerpo psicosomático no habla, sino que obra” (McDougall, 1989). Históricamente los fenómenos psicosomáticos se han asociado con el concepto de “alexitimia” –del griego a=sin, lexis=palabra o afecto-. El sujeto carece de palabras para nombrar sus estados afectivos o no llega a distinguir unos de otros –por ejemplo, el miedo de la irritación, la angustia de la tristeza-. (Sifneos, citado por Mc Dougall, 1989). La aparición de sintomatología orgánica, que puede ser grave y poner en peligro la vida misma, es una señal de alarma que emite el cuerpo, indicando el momento de fractura con la sobreadaptación a la realidad laboral.

En la investigación se utilizan técnicas gráficas para visualizar la localización e intensidad de las cargas laborales. La propuesta concreta consiste en visualizar el propio cuerpo en situación laboral y localizar en él las zonas de mayor tensión, con el objetivo de producir un efecto sensibilizante. En el equipo de guardia de un hospital polivalente, la consigna de visualizar el cuerpo en situación laboral despierta algunas resistencias. Sólo una médica dibuja su cuerpo con rasgos humanos, los demás médicos/as utilizan figuras unidimensionales –tipo fosforito- o bidimensionales sumamente esquemáticas.

La localización gráfica de las tensiones en la zona de la cabeza fue marcada. Las asociaciones al respecto tuvieron que ver con el “dolor de cabeza”, el “desequilibrio”, “el estrés”, “el cansancio”, no sólo en relación al trabajo en la guardia sino también al “día después” a la misma. Desde una lectura simbólica, la cabeza representa la “sede” de las funciones del pensar, la inteligencia y también de la atemperación de los afectos. Una diferencia interesante en relación al género fue la localización de las cargas en las piernas y pies por parte de las médicas. El corazón y los pulmones fueron indicados por profesionales que habían sufrido episodios graves relacionados con dichos órganos – infarto y ataques somáticos- estando en el trabajo, y permitieron el relato y la

verbalización de dichos episodios. El impacto de las cargas laborales en el cuerpo fue verbalizada finalmente por una médica como un “síndrome gripal”: dolor de cabeza, dificultad para pensar, embotamiento, dolor de espalda y de los músculos. Esta definición causó sorpresa y asentimiento en todo el grupo.

El dibujo, como un testimonio personal y grupal, funciona en algunos casos como objetivación de problemáticas corporales no conscientes relacionadas con el trabajo; en otros, indicando las secuelas del daño somático atribuible al estrés laboral. La discusión grupal de los gráficos, tanto de las características que tienden a repetirse como aquellas que se destacan por su singularidad –por ejemplo en relación al género, en relación a la práctica de la especialidad- es el punto de partida para la elaboración de estrategias preventivas adecuadas a las necesidades de cada colectivo laboral en particular.

Las técnicas gráficas se revelan como un instrumento valioso para visualizar la localización e intensidad de dichas cargas y los aspectos de la actividad desplegada en el trabajo es decir su “saber hacer”. A partir de su implementación conjuntamente con dispositivos grupales se puede resignificar el cuerpo vivido en el trabajo y sus riesgos, así como potenciar la elucidación de las prácticas y la articulación con requisitos psíquicos, cognitivos, sociales y éticos.

Dentro del dispositivo implementado a demanda en una guardia hospitalaria, en un momento de circularidad del malestar con quejar recurrentes, una técnica utilizada en el enfoque de administración estratégica (S.W.O.T: strengths, weaknesses, opportunities, threats o F.O.D.A: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) facilitó poner en la escena grupal nudos críticos del funcionamiento interpersonal e institucional. M. Rovere (1993) a partir de una analogía con programas de juegos computacionales define cuatro niveles en la planificación. El primer nivel de instrumentación de objetivos, en el cómo lograrlos. El segundo nivel definido como DOFA -inversión silábica que no altera el sentido-, lo caracteriza como detección de obstáculos y facilitadores, para desarrollar la capacidad de enfrentar y/o aprovechar eventos circunstancias o hechos que se interponen entre el presente y la situación objetivo. El tercer nivel de mayor complejidad se desarrolla cuando los obstáculos y factores facilitadores son sujetos, con recursos de poder, pero en una confrontación bajo reglas. Y el cuarto nivel remite a cuando se enfrentan las reglas mismas. Las dos últimas se jerarquiza el quien y señala como propiamente estratégico al referirse a cambios en la correlación de fuerza entre dos o más actores sociales, para avanzar significativamente al poner el objetivo al alcance.

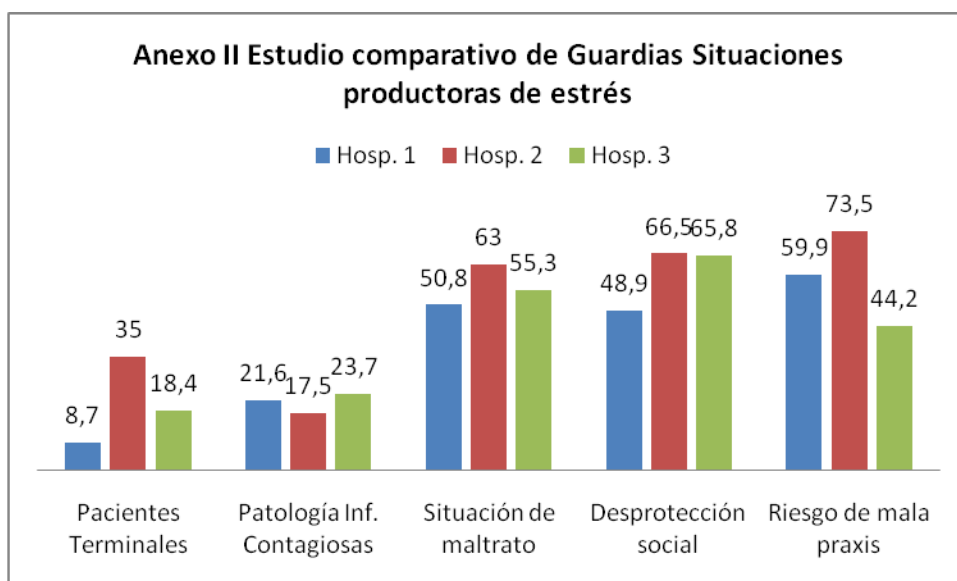
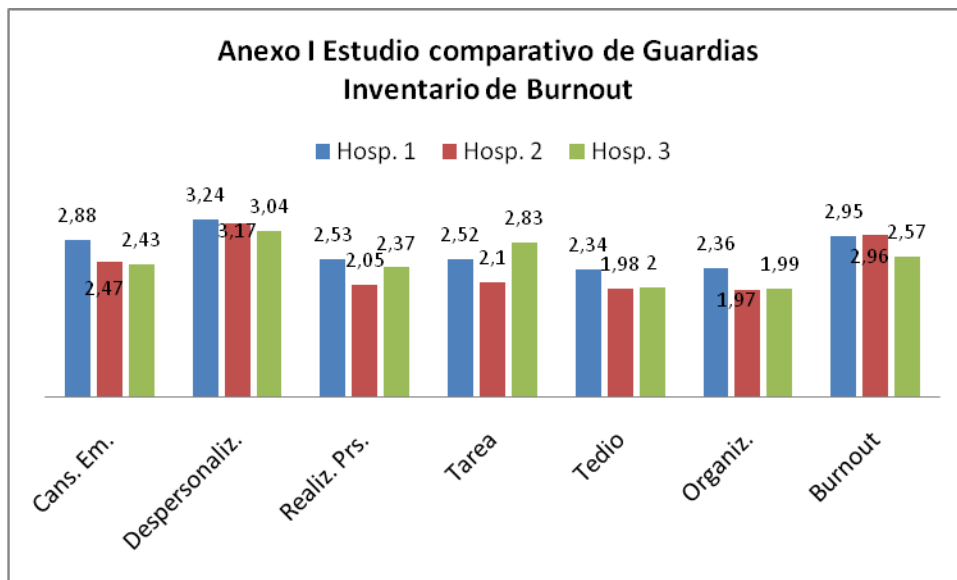
Dentro de la psicodinámica grupal esta técnica operó como facilitador para poner en común obstáculos de orden administrativo, edilicio, técnico, organizacional, y los efectos de los acosos vivenciados. Poder reconocer la potencia subjetiva ligada al reconocimiento y el lazo entre miembros del equipo permitió dimensionar los vínculos grupales como fortalezas y visibilizar escenarios más innovadores y posibles estrategias de prevención y protección de la salud.

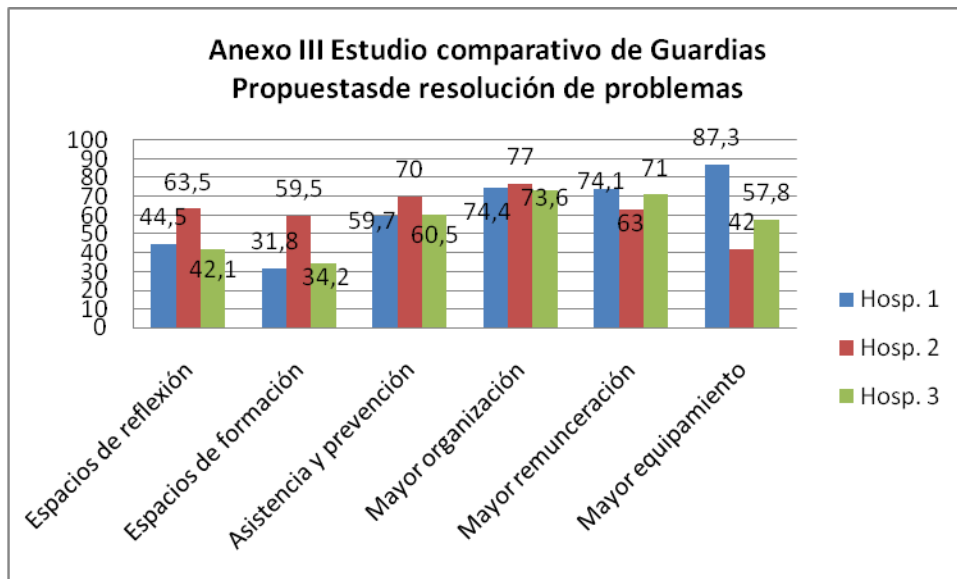
Discusión

A fin sintetizar, consideramos que los efectos de la hegemonía de las políticas neoliberales repercuten doblemente sobre los trabajadores de la salud. Por un lado el proceso de privatización-mercantilización del campo de la salud y las políticas de ajuste conducen al deterioro de las condiciones de trabajo en el sector salud. Esta situación, que se manifiesta a través de una progresiva precarización y proletarización del mercado laboral en ámbito de salud, posiciona al profesional de la salud en un lugar social

conflictivo y contradictorio: la caída del valor social de la profesión le quita los soportes sociales que le permiten sostener la complejidad de la práctica profesional y a la vez lo ubican a una realidad laboral cotidiana muy distante de los ideales que lo condujeron a la profesión. Por un lado, estas mismas políticas neoliberales al provocar desempleo y marginación determinan que amplios sectores poblaciones presenten problemáticas de salud y carencias en las condiciones cotidianas de vida que dificultan el logro de objetivos terapéuticos. En este interjuego negativo entre de deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas, y la problemática compleja de los usuarios de los servicios de salud impacta tanto a nivel de la salud de los efectores de salud como a nivel de los colectivos de trabajo, manifestándose en sintomatología psicofísica y en problemas organizativos.

Develar las condiciones laborales actuales producto de las políticas neoliberales y los mecanismos de alienación del acto de salud propicia la producción de autonomía y favorece en los actores la confianza, el reconocimiento, la cooperación y la promoción de dispositivos que, entre las grietas, impulsan ciudadanías.





Bibliografía

- Baczko, B. (1991): *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- Chiozza, L.A. y col. (1993): *Los afectos ocultos en...* Alianza Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- Dejours, C. (1998): *El factor Humano*. Asociación Trabajo y Sociedad. Buenos Aires. PIETTE. CONICET. Lumen Humanitas.
- Ferrer, A. (2001): "Atrapados en la globalización". *Clarín* 11/7/01. Buenos Aires.
- Laurell, A.C. (1992): "La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas" en *Cuadernos Médico Sociales*. N°60, Rosario. Argentina.
- Laurell, A.C.(coord.) (1994): *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Universidad Autónoma Mexicana. México. Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- Loureiro, S. (1991): "Crisis, Medias de Ajuste y su Impacto en la Salud". *Rev. Salud, Problema y Debate* N°6 Año III Verano 1991. Buenos Aires.
- McDougall, J. (1991): *Teatros del cuerpo*. Julián K Jekenes. Francia.
- Muro, M. R. (2001): "Los Sistemas de Atención Médica de Emergencia en la República Argentina" en *SAME. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires* Vol9 N°1 CAICYT/CONICET.
- Petras, J. (2000): "Globalización e imperialismo" en *Globaloney. El lenguaje imperial, los intelectuales y la izquierda*. Buenos Aires. Editorial Antídoto.
- Rovere, M.R. (1993) *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. O-P-S
- Schlemenson, A. (1998): *Análisis organizacional y empresa unipersonal*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Souza Campos, G.W. de (1997): "Subjetividad y administración de personal: consideraciones sobre modos de gerenciar el trabajo en equipos de Salud" en *Praxis en Salud*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

1.3 Salud Mental: Territorios y Narrativas entre la Reproducción y la Transformación*

Graciela Zaldúa, María Teresa Lodieu, María Marcela Bottinelli, María Pía Pawlowicz, Katty Perez Chavez, Paula Gaillard, Ana Tisera, Mariela Nabergoi.

1. Introducción

El cuestionamiento a las estructuras tradicionales de Salud Mental y el análisis de las condiciones de posibilidad de las estrategias de desinstitucionalización, revelan las tensiones entre los procesos de reproducción/transformación y la relación con el trabajo y las narrativas de trabajadores/as de este área asistencial. La asociación de desinstitucionalización con deshospitalización es encubridora de una operatoria de renegación. Denegatoria que instala ambas estrategias y campos como equivalentes por la captura y hegemonía del sentido, remitiendo al abandono, la desatención, la judicialización de los pacientes internados como directriz inevitable, al velar las diferencias.

El concepto de territorio es de apertura para pensar un más allá del orden psiquiátrico o institucional tradicional, como un nuevo escenario estratégico, entendido como una fuerza viva de relaciones concretas e imaginarias que las personas establecen entre sí, con los objetos, con la cultura, con las relaciones que se dinamizan y transforman. Franco Rotelli (1994) señala dos aspectos: -La práctica del trabajo en territorio es un trabajo de construcción y promoción de salud mental y -El saber del sujeto paciente, el saber de los familiares, los saberes del territorio deben ser incorporados a las prácticas. Espacios de producción de subjetividades, de solidaridades, de convivencia, de ayuda, de integración.

La epidemiología crítica que estudia los procesos de salud/enfermedad/atención en el marco de los determinantes sociopolíticos, resulta una perspectiva de análisis necesaria para pensar las agendas y escenarios transformadores, en un contexto de catástrofe económica y social, que se manifiesta en un proceso creciente de desigualdades, inequidades y vulnerabilidades extremas para más de la mitad de la población del país.

En los marcos de las investigaciones: “Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos” (UBACYT, TP057) y “Estudio sobre las condiciones de producción de los actos de salud en Hospitales Públicos” (UBACYT P065); articuladas con las actividades de la Pasantía en Río Negro y las Horas de Investigación de la carrera de Psicología, relevamos la presencia del Síndrome de Burnout, las estrategias de afrontamiento al estrés asistencial y los modos de producción de los actos de salud como espacios de intersección entre usuarios y efectores, de necesidades y demandas, que más allá de la carencia, falta en la negatividad, afirman la dimensión positiva del ser que en potencia desea ser, existir, ser mundo y parte de él. Bajo esta óptica pautada por la ética del compromiso con la vida se expresa el acto de salud en las dimensiones asistenciales del trabajo vivo, como relación de acogimiento, creación de vínculos, de resolutividad y de mayores grados de autonomía en el modo de las personas de andar la vida. (Merhy, y Onocko, 1997)

Los espacios hospitalarios públicos en salud se constituyen en lugares de las micropolíticas del trabajo, donde se intersectan decisiones político-técnicas, encuadres teóricos y prácticas que disputan fuerzas instituyentes de trabajo vivo y modos fijados

* El presente artículo fue publicado en el X Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA. Buenos Aires, Argentina. Año 2002. p. 223-231.

de trabajo muerto. ¿Cómo abrir fisuras o grietas para nuevos sentidos que rompan con las capturas del trabajo y favorezcan los actos potenciados de salud? ¿Cómo favorecer estrategias resilientes que desde la disociación y la elaboración de los aspectos desgastantes y traumáticos del quehacer cotidiano puedan potenciar nuevos escenarios o proyectos instituyentes? ¿Cómo operar desde la creatividad, la responsabilidad y el compromiso ético-político? ¿Cómo reconstruir las operatorias de hegemonía del sentido manicomial y de peligrosidad?

El contexto económico político es un referente ineludible sobre el lugar de “valor” del sector y sus instituciones. La devastación del aparato productivo y del mercado interno de bienes y servicios en la crisis de acumulación capitalista, afecta a los actores del sector: usuarios y efectores y a la eficiencia y eficacia de los actos de salud. Pero, también el nuevo escenario contradictorio abre a estrategias de sobrevivencia múltiples, entre otras las empresas sociales, produciendo múltiples efectos, en particular en los equipos y en la constitución en acto de la interdisciplina y la participación social comunitaria.

En momentos de interpelación técnica, política y ética a la Salud Mental y sus fines terapéuticos, compartir las necesidades y demandas de uno de los actores, creemos que contribuye a un protagonismo creativo en el escenario de debate entre el modelo asistencial tradicional y las estrategias sustitutivas con nuevos dispositivos. Prácticas sociales, múltiples racionalidades instituyentes, deconstrucción de la producción normatizadora y prescriptora son fundamentos para la gestión, la planificación y la praxis innovadora. Identidades en ámbitos complejos que se posicionan desde territorios disciplinarios, desde los procesos y flujos situacionales/provisorios, desde las demandas, desde los medios y los fines, desde la instrumentalidad operativa y la racionalidad crítica al servicio emancipador, garante del respeto de los derechos humanos y de subjetividades autónomas.

La referencia a Salud Mental es entre proceso de transición-entre la reproducción y la transformación- habilita a pensar en diferentes territorios donde los significantes desmanicomialización-desinstitucionalización generan disputas y diferentes formas de afectación que, a fin de caracterizarlos, identificamos como: institucional, conceptual, jurídico.

2.1. Territorio Institucional

La historia del campo institucional está marcada por el proceso de psiquiatrización y patologización de la locura, y la constitución de asilos, alienistas y alienados. Lo paradójico en las instituciones totales se advierte en relación al objetivo “humanitario” de cuidado con la forma de captura total. El panóptico como ideal de poder sobre los otros diferentes, alerta u ubicuo, omnipresente como invisible para vigilar y castigar pudo ser tomado del proyecto de cárcel para los hospicios, cuarteles, fábricas y escuelas. “El hospital psiquiátrico, las colonias, el asilo, englobables en el término manicomio, son hasta hoy la figura clásica de la institución psiquiátrica. Se pueden definir como lugares de residencia y trabajo, en las que un número de individuos que comparten la situación de enfermos, aislados del resto de la sociedad durante un tiempo, en general muy prolongado y sin fecha ni razones ciertas para la salida, participan, en su condición de internados, de los rituales, y ceremonias cotidianas que formalmente dirige un supuesto y no siempre conocido curador. Desde sus comienzos el manicomio es la figura central de la Psiquiatría: la amenaza de encierro pende sobre todos los que, considerados enfermos por sí mismos o los otros, acuden a la medicina mental. Por lo

mismo se funden las representaciones de la enfermedad con el encierro y el castigo.” (Galende, 1990)

A comienzos del siglo XX se producen nuevos discursos frente al organicismo alienista y las instituciones manicomiales. Los portadores de cuestionamientos en lo científico e institucional más relevantes fueron: el Psicoanálisis, la Psicopatología Fenomenológica y el movimiento de Higiene Mental. A partir de la segunda posguerra con el respaldo de movimientos sociales o políticos se logran producir efectos transformadores, como la Psiquiatría Democrática Italiana, La Comunidad Terapéutica y la Antipsiquiatría inglesa y las políticas del sector en Francia. Sus efectos se anudan a experiencias en nuestro país, particularmente a fines de los `60 y principios de los `70, relacionadas con transformaciones hospitalarias, de colonias psiquiátricas, de servicios de Psicopatología, etc. (Lanús, Federal, Centros de Salud Mental en Capital, etc.)

Salud Mental es un campo complejo inscripto en redes de instituciones y prácticas que le dan existencia a modalidades instaladas en la repetición tradicional de la exclusión y del encierro, o habilitan escenarios sustitutivos que contemplan dispositivos facilitadores de autonomía, del sostén terapéutico frente a los sufrimientos y padecimientos y propician el ejercicio de ciudadanía. Dan cuenta de estos procesos los movimientos de desmanicomialización y desinstitucionalización internacionales y nacionales, sus logros, sus impases, sus debilidades, sus continuidades y discontinuidades. Surge en tanto el repensar lo institucional como territorio instituyente de nuevos lazos sociales, con permanente interpelación a sus fines, a sus saberes, a sus legitimidades.

2.2. Territorio Conceptual

Se inscribe en la lucha por la hegemonía de los campos teóricos y de las prácticas sobre y para la locura, la subjetividad, la enfermedad, la salud y definen inclusiones y exclusiones en los espacios profesionales. Y en particular, en el reconocimiento del “otro”. A su vez, incide en la producción de sentido que los padecimientos tienen en las significaciones imaginarias colectivas.

La historia de la locura se articula con las significaciones imaginarias y las instituciones del orden psiquiátrico. Con la Antipsiquiatría el replanteo del lugar de la locura parte del cuestionamiento a las instituciones -materiales y simbólicas- de la sociedad. Desde el concepto de metanola ensayará un movimiento hacia el sí mismo activamente autónomo y al mundo (Cooper; 1971). Vuelta de un viaje en el que la esquizofrenia como forma más acabada traducía en respuesta delirante el malestar de una alienación social o familiar (Roudinesco; 1996). El movimiento de ‘negación institucional’ o antiinstitucional que promovió la Reforma Psiquiátrica en Italia veía en la Psiquiatría un orden reproductor de la dominación al asumir el mandato social de aislamiento y exclusión y justificarlo desde un saber técnico.

Según Cornelius Castoriadis (1997) las significaciones que cada sociedad crea cumplen tres cometidos: a) estructuran las representaciones de lo general, b) designan finalidades de acción, imponen lo que hay que hacer, lo normal y lo desviado, c) establece tipos de afectos característicos de cada sociedad. Las instituciones generales y mediadoras establecen de este modo, tipos antropológicos específicos, roles sociales, pares de oposición y lógicas conjuntistas identitarias.

La locura como sinrazón, es el lado oscuro del dominio pretendidamente racional sobre todo lo natural y también lo humano, en la modernidad. La razón es una significación central antinómica a la de autonomía individual y social según formas de libertad colectivas, pero ambas significaciones se instituyeron con las sociedades modernas.

Según este autor, en el proceso identificatorio se revela la crisis de las significaciones que daban sentido y un avance de la insignificancia. Bajo la forma de una expansión ilimitada del consumo, y del conformismo generalizado que desplaza el mito del progreso inexorable, las formas heterónomas de las instituciones y del pensamiento clausuran el sentido y obturan nuevas preguntas. La capacidad de cuestionar significaciones y reglas recibidas corresponde a la subjetividad reflexiva y democrática (Castoriadis; 2001).

El cuestionamiento de toda autoridad que no justifique la validez de sus enunciaciones es una condición para la transformación democrática de las instituciones. De allí, a) la obligación de dar cuenta de sus actos y decires, b) el rechazo al poder que se desprende de las jerarquías, c) la cuestión acerca de las instituciones deseables y no, como actividad colectiva explícita-reflexiva. Movimiento hacia la auto-institución o proyecto de autonomía, la democracia como régimen apunta a realizar el bien común tal como es concebido por la colectividad concernida. La actividad fundamental en este proceso es la reflexividad. Mediante esta, la propia actividad del sujeto podrá devenir objeto, para sí. La explicitación de sí mismo como un objeto no objetivo, o como objeto simplemente por posición hará que el prójimo se vuelva posible (Castoriadis, 1992) pero, advierte, la posibilidad de ayudar a otros a devenir autónomos, *paideia*, es imposible sin las decisiones políticas pertinentes.

Las narrativas sobre la locura se inscriben en una lucha por los sentidos que es también una lucha de poder. La locura identificada con la peligrosidad, con el riesgo o lo extraño, no deja de ser el contenido particular que sutura el universal vacío -de una sociedad que globaliza la exclusión- mediante la operación de hegemonía ideológica.

Según Ernesto Laclau (2002) cada institución política, cada categoría de análisis se nos presenta hoy en día como locus de juegos de lenguaje indecibles. La hegemonía será entonces un movimiento político-tropológico (o retórico) generalizado en que, primero, algo constitutivamente heterogéneo al sistema o estructura social tiene que estar desde el principio impidiendo la totalidad representable, luego la sutura hegemónica tiene que producir un efecto re-totalizante, en tercer lugar, esta re-totalización no puede tener el carácter de una reintegración dialéctica para mantener visible la heterogeneidad constitutiva.

Slavoj Žižek (2001) que también encuentra en el conocimiento reflexivo un arma de transformación, llama la atención acerca de una modalidad hegemónica de racismo con distancia en el trato con el Otro que denomina neutralidad multiculturalista. La operación contraria, nos dice, será la de identificar la universalidad con la cuestión de la exclusión.

2.3. Territorio Jurídico

Interviene en los estatutos de peligrosidad, inimputabilidad, incapacidad, responsabilidad y ponen en tensión las acciones del campo de salud mental. Las leyes de Río Negro (2440) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (448) se instalan en procesos diferentes desde su gestación, implementación y gestión; que a su vez permiten pensar las diferencias.

La internación referida en el artículo 482 del Código Civil y particularmente la Ley de internación y egreso de los establecimientos de Salud Mental (22.914) nos remiten a la circunstancia en que una persona es afectada en su derecho de libertad, resguardada por la Constitución Nacional y los pactos internacionales sobre Derechos Humanos.

La ley 22.914 fue sancionada en 1983 y contempla cuatro internaciones: por orden judicial, a pedido del propio interesado, por disposición de la autoridad policial –según el art.482 del Código Civil de obligatoriedad de Tratamiento, y en caso de urgencia a

pedido de las personas enumeradas en el art. 144 del Código Civil (esposos, parientes, el Ministerio de Menores o el cónsul si el paciente es extranjero)

Se sostiene que debe garantizarse la tutela de los derechos y que toda decisión que afecte a valores esenciales de la persona debe ser adoptada por ella misma o por su representante legal y sino por el Poder judicial (Cardenas, 1985) Pero, es un dato relevante que la mayoría de las internaciones son judiciales y produce efectos en las definiciones de alta terapéutica.

¿Cuál es la fundamentación de fondo de la internación? Sin dudas es la peligrosidad. Se considera el mito fundador en el derecho Francés de 1810, cuando el paciente mental queda inhibido por completo de la responsabilidad civil de todos sus actos, penales y/o civiles, y el orden médico asume su control. La construcción médico jurídico política de la peligrosidad para sí o para terceros cristaliza como elemento estructural de la locura y habilita estrategias y espacios de segregación y aislamiento.

En relación a la incapacidad e inhabilitación, el Código Civil en su artículo 30, establece que son personas todos los entes susceptibles de adquirir derechos y contraer obligaciones como casarse, tetar, disponer de bienes, etc. por cuenta propia. La incapacidad puede ser total o parcial. Es total cuando impide en absoluto la capacidad de obrar. Los dementes tienen incapacidad absoluta según el art.54 del Código Civil.

La inimputabilidad, desde lo jurídico es imposibilidad de culpabilidad o reprochabilidad. De acuerdo al Código Penal, art.34, se entiende que si un sujeto al cometer un hecho delictivo presenta estado de alienación no es punible, en cambio si lo es quien pueda comprender la criminalidad de su acto. Por lo contrario la imputabilidad es la capacidad de culpabilidad.

Los conflictos en relación a lo jurídico y la viabilización de procesos desinstitucionalizantes se advierte en la Provincia de Río Negro. Se plantea la internación como último recurso terapéutico, un tiempo mínimo de internación y la reinserción comunitaria frente a la aplicación, sin atenuantes, del Código Civil. Es un proceso de construcción permanente, inacabado, de “recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona con sufrimiento mental”. Para sus actores no es suficiente con que la ley 2440 plantee un trabajo en conjunto entre los jueces y el equipo terapéutico en los casos de personas con sufrimiento mental y sujetas a la jurisdicción judicial. Se requiere en cada caso, en cada situación, afirmar la estrategia terapéutica singular, la libertad y la autonomía como valor.

Los territorios citados no agotan la problematización, pero aportan a los dilemas que se plantean en relación a la asistencia del sufrimiento psíquico y la autonomía; a la igualdad y la ciudadanía con la necesidad de atención y protección. Asimismo, como dimensiones a interrogarnos están algunas cuestiones estratégicas planteadas alrededor de los procesos de reformas en curso, que instalan un contexto de incertidumbre y malestar cuando se limitan a la reformulación de servicios, o a propuestas normativas y/o jurídicas. Estas modalidades provocan un franco rechazo cuando se suponen encubridores del desmantelamiento o desafinación y se intentan realizar sin el protagonismo de los actores del Sector. A su vez, el otrora trabajo vivo con potencial creativo e instituyente de ciudadanía en una provincia del interior, puede afectarse por el no reconocimiento y la negación de la existencia como trabajador activo de Salud Mental. Los obstáculos económicos políticos del escenario actual, de reducción de gastos o incumplimiento salarial entre otros, representan políticas de producción de salud mental y la innovación frente a viejos o nuevos problemas del sector.

3. Metodología

Este trabajo corresponde a resultados surgidos de los proyectos UBACyT mencionados. La modalidad investigativa es de gestión asociada con equipos de los hospitales donde se realiza la investigación⁴. Se utilizaron por triangulación% una encuesta sociodemográfica-laboral, observación participante, entrevistas, grupos focales, Inventario de Burnout (Rivera Delgado, 1997), con una población de 120 profesionales de dos Hospitales Psiquiátricos y un área provincial.

En nuestro trabajo hay múltiples datos necesarios que requieren ser medidos, evaluados, contados, que permitan extraer regularidades a partir de variables y su tratamiento sistemático, sobre los procesos de salud de los trabajadores de salud. Pero el estudio de su significado, motivaciones en la vida cotidiana, percepciones y construcciones requieren de técnicas intensivas, de la utilización del análisis del discurso, e incluso de la triangulación de datos desde una perspectiva cualitativa pero que utiliza el cruce de técnicas y datos cuantitativos.

El movimiento objetivante desde la perspectiva crítica consiste en entender que es la realidad objetiva la que determina las posibilidades de conocerla, el método es uno pero las posibilidades riqueza y variedad de su configuración están dadas por los procesos del objeto mismo. Por lo anterior la triangulación en sus diferentes variaciones, es entendible desde un marco conceptual sólido que involucre las diferentes técnicas y combinaciones de recolección de información y no como triangulación de métodos y teorías lo que derivaría en un eclecticismo distorsionante. En este sentido, las técnicas cualitativas tendrían su lugar en el abordaje de los patrones de individuación o formas típicas de concreción individual de las prácticas y saberes vinculados con la producción y distribución de la salud. Nuestro trabajo integra complementariamente distintas técnicas, pero, bajo un marco teórico y un control metodológico que potencie la integración e interpretación de resultados.

La discusión cualitativismo-cuantitativismo nos encierra en posiciones dicotomizantes: medir y comprobar vs. observar/escuchar e interpretar; análisis de variables vs. análisis de discurso; positivistas vs. fenomenológicos; todas ellas fragmentarios de la realidad. Tanto el mundo como los conocimientos no son ni únicamente cuantitativos ni solo cualitativos. La realidad es un complejo de relaciones y determinaciones que incluyen en movimiento cualidades y cantidades, por ende en el recorte de cualquier objeto de estudio es necesaria la integración de técnicas que deben articularse según el problema concreto. La validez de su utilización dependerá del movimiento del objeto que se intenta conocer, de las dimensiones que se quieran conocer y las circunstancias que rodean la relación sujeto-objeto.

4. Resultados y/o dimensiones narrativas de los trabajadores

Es posible sistematizar en tres ejes las problemáticas relevadas en las narrativas: *Vulnerabilidad Poblacional, Políticas del Sector, Retribuciones y Recursos*. En estos ejes confluyen las categorías: Despersonalización, Realización Personal del Inventario de Burnout y Desprotección Social del cuestionario sociodemográfico laboral.

Los grupos focales posibilitaron profundizar estas temáticas e indagar y reflexionar sobre las *situaciones de sufrimiento, las necesidades y las faltas y las estrategias defensivas y creativas*.

4.1. Vulnerabilidad poblacional

⁴ Se presentan resultados cualitativos sobre las condiciones de trabajo y salud de servicios de salud de zonas sanitarias diferentes: de una Provincia del Interior del país, Ciudad Autónoma de Bs. As. y Gran Buenos Aires. Las muestras están conformadas por un total de 120 profesionales de salud mental, en su mayoría médicos psiquiatras que se distribuye en cantidades similares por distrito.

La destrucción de las fuentes de trabajo producto de la implantación de las políticas neoliberales – con el crecimiento desmedido de la desocupación- y el avasallamiento de los derechos laborales ha provocado una gran crisis social que dejó a la población en situación de desprotección y vulnerabilidad. La desocupación más el crecimiento de trabajo precario ha dejado sin cobertura de obra social a gran cantidad de trabajadores que acude al Hospital público.

Los trabajadores de la salud se encuentran con que incrementa la demanda, avanza la indigencia y la pobreza en la población usuaria y no cuenta con los recursos apropiados. Ante esto la exclusión se presenta como única opción. Retornan las significaciones sobre la condena, la locura como encarnación del mal, heredera de la lepra que debía expulsarse y los problemas actuales adictivos o de violencias reactualizan los fantasmas. El incremento de trabajo sobre la urgencia, la falta de recursos, la desprotección de los pacientes, la sobrecarga por exigencias de los pacientes y de los familiares y la falta de reconocimiento a la labor profesional, repercute en los sistemas de afrontamiento de los profesionales, en agotamiento y acentúa mecanismos de despersonalización⁵ ante el otro.

“Impotencia, con algunos pacientes carenciados y nuestro accionar ...” (Médica, GBA)

“En este lugar no se sabe dónde está ni si sos médico, penitenciario, personal de salud o carcelero” (Médico, GBA)

“Estamos o están en una nave de los condenados” (Médico, GBA)

La vulnerabilidad poblacional en aumento tanto de usuarios como de efectores genera incertidumbre sobre el presente y el futuro y vela la necesidad de promover subjetivación y no control.

4.2. Políticas del Sector

Son hitos en el desarrollo de Salud Mental en Argentina, el Instituto Nacional de Salud Mental (1957), los Servicios de Psiquiatría (1959), luego Psicopatología, los Centros de Salud Mental, las carreras de Psicología en Rosario (1956) y en Buenos Aires (1957), las experiencias del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús dirigido por Mauricio Goldemberg y luego Valentín Baremlit; y la Colonia Federal en Entre Ríos. Las corrientes transformadoras en Salud Mental presentan avances y retrocesos. Las tres A y luego la dictadura interrumpieron de manera sangrienta los debates y experiencias abiertas. El nuevo impulso de los años ´80 impactó en procesos desinstitucionalizantes en Latinoamérica, particularmente Brasil y abrió a experiencias alternativas en el país. Sin embargo, reformas como la de Río Negro quedan aisladas y fragilizadas por el desfinanciamiento del sector público, por el embate de las políticas económicas y sociales, por los intereses corporativos de ciertos sectores profesionales y de la industria médico-farmacológica. Los procesos de desinstitucionalización en la Ciudad de Buenos Aires, presentan situaciones controvertidas entre intereses económicos dominantes (inmobiliarios, corporativos, industria medicinal) y amenazas a la pérdida de los lugares de trabajo. El aumento de las confrontaciones corporativas frente a la horizontalidad y la interdisciplina se reflejan en las disputas teóricas sobre el dominio de los saberes y el control de los espacios de gestión tradicional psiquiátrica, tornando secundario las transformaciones y su sentido social, historio y subjetivante. La invisibilidad de violaciones a los derechos humanos en las ciudadanías institucionalizadas y las

⁵ La categoría de Despersonalización en el Inventario de Burnout presenta puntajes más altos.

prácticas que omiten el protagonismo conjunto de trabajadores y usuarios son imperativos éticos y político-técnicos no siempre visibilizados y priorizados.

Desde los profesionales el trabajo se subsume en la urgencia. Solución momentánea que impide producir acortes de salud valorados como tales o favorecedores de realización personal. El trabajo parece ver perdido el sentido que antes tenía. Contribuyen a ello la falta de insumos para la atención adecuada, la presencia de enfermedades relacionadas con el deterioro de la calidad de vida que compromete al tratamiento y a las posibilidades de recuperación del paciente. El registro de una excesiva responsabilidad y de impotencia con respecto a la desprotección social en que se encuentra la población a la que atienden, aparecen en el contenido, forma de enunciación y grafismo de las respuestas abiertas de los trabajadores.

La desprotección social, situación señalada como productora de mayor estrés, como temática no es ajena a la desprotección que sienten los trabajadores de la salud frente a las políticas socioeconómicas, a la falta de apoyo y de reconocimiento por su labor de parte de sus superiores y al riesgo ante la posibilidad de juicios por mala praxis. Es potente la interrogación y puesta en cuestión sobre la (in)eficacia de las políticas del sector.

“Los peores elementos humanos terminan llegando a lugares de decisión haciendo imposible la búsqueda de un cambio creando agotamiento y resignación en los médicos” (Médico, GBA)

“Observo la degradación y a ningún responsable parece importarle” (Médica, Interior)

“Nos ponen a guerrear por los puestos y nombramientos” (Psicóloga, GBA)

“Es una Ley virtual la 448, si siguen los mismos directores” (Terapeuta Ocupacional, CABA)

4.3. Retribuciones y recursos

Entre las demandas de los profesionales de la salud, es central el reclamo de una remuneración digna, cobrada en tiempo y forma. Claus Offe (1982) postula que los procesos de mercantilización del trabajo presuponen la existencia de relaciones de poder que se expresan, entre otras cosas, en una relación diferenciada en la apropiación y/o consumo de los bienes materiales y simbólicos. Señala un punto que nos interesa relevar que es cómo la capacidad de espera se juega en las relaciones de poder. Los trabajadores que venden su fuerza de trabajo, que representan al trabajo “vivo” no pueden esperar para comer, en cambio los propietarios del capital que poseen una estructura temporal distinta –lo que posibilita la caracterización como trabajo “muerto”- pueden esperar. Esta situación diferencial les posibilita imponer condiciones a los que suministran trabajo. La disminución de salario, la ausencia del mismo en los trabajos ad-honorem o el retraso periódico y prolongado en los pagos deja al desdado la explotación capitalista actual, en nuestro país. En la necesidad de un mayor y más adecuado espacio físico para trabajar, de insumos y materiales (medicación, camas, elementos técnicos), de capacitación y de compromiso con sus derechos laborales, los recursos materiales, como carencia, afectan también las dimensiones subjetivas.

“No recibimos una digna remuneración, el atraso salarial no permite proyectos ni planificar acciones futuras. Vivimos el día a día, y lo peor de todo, en condiciones de salud, anímicas y económicas pésimas” (Médico, Interior)

“Los recursos deben ser controlados y distribuidos en forma transparente” (Médico, CABA)

4.4. Situaciones de sufrimiento ¿resistencia a la transformación?

La crisis económico social e institucional afecta a los trabajadores e interfiere en la posibilidad de actos y proyectos que planteen una transformación en el sector. El problema de los salarios adeudados pasa lógicamente a primer plano, convirtiéndose en “lo urgente” que tapa otras cuestiones. El malestar y la incertidumbre obstaculizan los procesos desinstitucionalizantes, interpelados no como dispositivos instituyentes, sino como parte del modelo neoliberal y la exclusión. Emergen identidades profesionales con resistencia a alternativas que modifiquen los contratos institucionales y vinculares entre los miembros del equipo. Las consecuencias subjetivas son diversas: afectación psicosomática, desestabilización de los proyectos personales, dificultades vinculare entre los miembros del equipo de trabajo, enfrentamiento entre sectores, otros efectores o usuarios.

“Aquí estamos para que nada cambie” (Médico, GBA)

“No hay deseo de cambio, sino de reducción” (Psicóloga, CABA)

Sistematizamos en las siguientes dimensiones las percepciones subjetivas de sufrimiento de los trabajadores de salud mental: a) malestar económico, b) sentimientos de aislamiento, c) sentimientos mortificantes, d) agotamiento, e) obstáculos a los proyectos de vida. Como efecto de la situación resistencial a los cambios y de la crisis en el cuidado de las personas se manifiestan en varios trabajadores afecciones íntimas y profundas en su singularidad.

4.5.1. Necesidades y faltas

Es llamativo el monto de necesidades explicitadas. En particular, las enunciadas como “falta de” componen una larga lista de reclamos: 32 diferentes. Dichos enunciados pueden agruparse básicamente en los siguientes ejes de demandas que van desde lo institucional (macro y micro) hasta las necesidades personales y grupales: Política institucional; Organización, Condiciones legales de trabajo; Recursos e insumos; Situaciones grupales; Condiciones económicas; Capacitación formación.

“Falta de incentivación, tanto de capacitación económica”

“Falta de reconocimiento económico” “Falta de compromiso con los derechos del trabajador (falta de pago, carencia de insumos)” Profesionales del interior.

4.5.2. Estrategias entre defensivas y creativas

Estas frases se relacionan también con una falta pero desde propuestas enunciativas imaginan posibilidades diferentes, esbozando territorios democratizantes en los niveles de: -Las condiciones de trabajo; -La planificación y gestión; -El lugar de los profesionales.

-“Es necesaria la oportunidad para un tiempo de reflexión laboral e institucional; disponer de directivas claras desde la dirección para una mayor operatividad institucional” (Médico, GBA)

-“Resulta imprescindible la reducción de las horas de guardia continua que no debería superar las doce horas” (Médico, CABA)

-“Mejorar el aspecto laboral de las guardias en lo que se refiere al hábitat en el que se permanece durante las mismas” (Médico, CABA)

-“Promover la postergada ley de salud” (Médico, CABA)

-“Legitimar Salud Mental, con concursos, nombramientos, presupuesto” (Psicólogo, CABA)

- “*Ver la problemática social de algunos pacientes*” (Médico, GBA)
- “*Creo que gran parte de la problemática comentada excede al hospital como lugar de resolución, ya que por ejemplo habría que buscar soluciones a nivel del GCBA*” (Médico, CABA).
- “*Que las decisiones y las planificaciones se realicen teniendo en cuenta los criterios de los profesionales que se encuentran en la base de la pirámide, producto de la visión horizontal y vertical de la problemática de salud*” (Médico, GBA)
- “*Reorganización de una red social de prevención primaria, secundaria y terciaria dentro y fuera del ámbito institucional. Protección de la tarea profesional implementando espacios de reflexión, formación y solidaridad*” (Médico, GBA)
- “*Tendríamos que tener mayores horas donde podamos consultar sobre casos que no sabemos cómo resolver*” (Médico, GBA).

La explicitación de propuestas por parte de los trabajadores de salud indica una alternativa saludable aunque se da en menor proporción que la enumeración de problemas y falta inscriptas en la queja. Y si bien aluden a acciones e identificación de problemas, lo hacen en estilo impersonal, aún sin implicación reflexiva.

5. Conclusiones

La estrategia neoliberal ha tenido un fuerte impacto destructivo en sector salud. La mercantilización de la salud, la privatización y el desfinanciamiento de los servicios públicos agravó la precariedad y el deterioro o la insuficiencia de las instalaciones. El flujo irregular de los recursos (insumos hospitalarios, medicamentos, salarios, nombramientos, partidas para infraestructura, etc.) confiere atributos negativos- devaluados- a los espacios cotidianos de labor. El acto de salud se despliega en un lugar signado por la carencia. Carencia que tiene una manifestación sintomática en todos los servicios de salud relevados a lo largo de este proceso investigativo: FALTA es la palabra reiterada en los protocolos, en los diversos encuentros con los trabajadores de la salud. ¿Será en ese sentido que esta falta, esta carencia remite al desamparo, a la vulnerabilidad y a caracterizar como productor del mayor estrés laboral a la desprotección social? Esta interrogación habilita a poner en cuestión la viabilidad de las estrategias de sustitución de los dispositivos tradicionales, como proceso transformador en acto, si uno de sus actores claves no resiste a la captura ideológica del desaliento y la desesperanza. La fragmentación y pujas corporativas alienan aún más la posibilidad de un hacer transformador. Profundizar los procesos desinstitucionalizantes o iniciarlos en los territorios institucionales, conceptuales, jurídico políticos y económicos requiere de sujetos implicados en la resistencia y en el deseo de transformación. Latencia de colectivos de salud mental en sí hacia colectivos para sí, son momentos de registro situacional del malestar actual, de los impasses, de las defensas que llegan a la impotencia o a aquellas que propician enunciados singulares y colectivos de ciudadanía para todos: usuarios y efectores.

Bibliografía

- Cárdenas, E.J.; Grimson, R. y Alvarez J. A. (1985): *El juicio de insanía y la internación psiquiátrica*. Buenos Aires. Astrea.
- Castoriadis, C. (1997): *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires. Eudeba.
- Castoriadis, C. (1992): *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Castoriadis, C. (2001): *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

- Cooper, D. (1971): *La muerte de la familia*. Buenos Aires. Paidós.
- Foucault, M. (1992): *Microfísica del poder*. Madrid. Ediciones La Piqueta.
- Galende, E. (1990): *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Laclau, E. (2002): *Misticismo, retórica y política*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Merhy, E.E.; Onoko, R. (1997): *Agir em saúde um desafio para o publico*. Editora HUICITEC Sao Pablo/Bs.As. Lugar Editorial.
- Montero, M. (2001): "Análisis de Cotenido". Mimeo. Universidad Central de Venezuela.
- Offe, C. (1996): "Historia de la locura en Italia o la crítica de la psiquiatría" en *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. AA:VV. Buenos Aires. Paidós.
- Rotelli, F. (1997): "Superando o manicomio: o circuito psiquiátrico de Trieste". en *Psiquiatría Social e Reforma Psiquiátrica*. Paulo Amarante (org). RJ. Editora Fiocruz.
- Rivera Delgado A.M. (1997): Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Univ. Nacional Autónoma de México.
- Roudinesco, E. (1996): "Lecturas de la Historia de la foile (1961-1986). Introducción", en *Ensayos sobre Michel Foucault*. " AA VV. Buenos Aires. Paidós.
- Zizek S. (2001): *Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional*. En "Estudios culturales: Reflexiones sobre multiculturalismo" Buenos Aires. Paidós.