

Avatares institucionales de un hospital público: lo viejo, lo nuevo y el porvenir .

Vitale, Nora;
Medina, Florencia;
Freiría, Mariana.

Introducción

El objetivo de este escrito es pensar los atravesamientos institucionales de una organización desde el marco teórico de la Psicología Institucional Psicoanalítica. Para ello, tomaremos como autor de referencia a Fernando Ulloa con el fin de dar cuenta de las posibles fracturas institucionales que se ponen en juego en el devenir diario organizacional. Partiremos de las conceptualizaciones teóricas del autor para pensar cómo dichos conceptos nos permiten acercarnos al acontecer cotidiano de una organización en particular. Para ello, nos basaremos en el análisis de la etapa diagnóstica de una consulta institucional realizada en un área de un hospital público del país y llevada a cabo por un equipo¹ configurado por docentes de la asignatura Psicología Institucional, Cátedra II de la Facultad de Psicología -UBA-. La etapa diagnóstica referida transcurre durante los meses de Julio a Diciembre de 2011 y cuenta con la participación voluntaria de los miembros del área consultante. Todas las actividades realizadas durante la etapa diagnóstica han sido pautadas de acuerdo al encuadre marcado por el equipo consultor.

Finalmente a modo de conclusión reflexionaremos sobre la impronta que marca el concepto de fractura institucional y los efectos que conlleva la proximidad con la muerte en los miembros del área abordada.

Desarrollo

Puntualizaciones sobre fractura institucional

¹ El equipo consultor estuvo coordinado por la Lic. Nora Vitale y compuesto por los Lics. Travnik, García, Parcero, Vugdelija, Larrea, Medina, Freiría, Schönfeld, Esmoris, Koziura, Cuello y Ostropolsky. El aporte intelectual de todos ellos hicieron posible la realización del presente escrito.

Fernando Ulloa es uno de los precursores en el desarrollo de la Psicología Institucional Psicoanalítica como campo de acción e investigación en nuestro país. El autor (1969) reconociendo la ambigüedad del término *institución*, prefiere referirse a *organismos institucionales*, considerando que éstos están organizados en base a tres distribuciones, a saber:

- Geográfica o espacial;
- Tiempo;
- Responsabilidades - roles y funciones.

Dichas distribuciones implican elementos diferentes y articulados, es decir conforman un cuerpo orgánico no estático. A partir de estas ideas, Ulloa (Ibíd.: 6) plantea diferentes movimientos que interactúan entre sí dando lugar a “(...) puntos de contacto articulares entre los diferentes elementos en juego”. Estos puntos de contacto son las *articulaciones* “(...) cuyo funcionamiento y modalidad están regulados por las normas de la institución” (Ibíd.). Si una articulación presenta alguna particularidad anormal, plantea Ulloa, estamos ante una articulación patológica, es decir, ante una “fractura institucional” (Ibíd.). Visibilizar esas fracturas es un aspecto cuasi central del trabajo del psicólogo institucional ya que su desciframiento permite iniciar un trabajo “clínico-institucional” (Ibid.: 29) que otorgue sentido y significado a las problemáticas y/o malestares existentes en la organización consultante.

La consulta – etapa diagnóstica

El pedido de consulta parte de un área de un hospital público (AHP) del país y es recibido por el Equipo de Consultoría Institucional de la Cátedra II de Psicología Institucional de la UBA. A efectos de iniciar la etapa diagnóstica, se firma un convenio entre la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad y el AHP.

El motivo de consulta lo explicita en una entrevista preliminar el jefe del área (vocero de consulta) quien manifiesta que algunos médicos residentes le solicitan iniciar una consulta institucional debido a malestares existentes entre ellos y los médicos de planta por la sobrecarga laboral que sienten. En una segunda entrevista se pauta el encuadre del trabajo a realizar, a saber:

- Etapa de inicio: Diagnóstica.
- Lugar de encuentros: Aula y sala de estar del AHP y espacios específicos de la Facultad.
- Horarios: Laboral del equipo consultante.
- Frecuencia: Quincenal.
- Participación: Voluntaria.
- Duración: Julio a Diciembre de 2011.
- Recursos técnicos: Entrevistas preliminares con el vocero de consulta en Julio de 2011. Agosto y Septiembre: una asamblea de presentación del equipo consultor y entrevistas individuales y grupales. Octubre y Noviembre: trabajo por grupos homogéneos. Diciembre: asamblea para entrega –oral y escrita- del informe de devolución diagnóstica. Observación institucional y registro en cada uno de los encuentros.
- Marco teórico de referencia: Psicología Institucional Psicoanalítica.

La organización abordada tiene como tarea princeps la atención primaria de pacientes agudos. De esta tarea primaria se desprenden tareas secundarias, siendo la centrales la docencia y la investigación. Las dificultades que cotidianamente conlleva la realización de la tarea primaria se convierten en puntos de tensión y/o conflictos entre los miembros de la organización. Estas dificultades se pueden ordenar y pensar desde el concepto de fractura institucional.

Fracturas

Si bien a continuación se detallan separadamente cada una de las posibles fracturas desprendidas de las distintas distribuciones, resulta necesario destacar que tal separación es solo a los fines didácticos, encontrándose en la realidad cotidiana influyendo dinámicamente unas sobre otras.

En primer lugar abordaremos la distribución geográfica. La fractura que se pondría en juego sobre esta distribución gira en torno a establecer los límites espaciales del AHP, límites espaciales en un interjuego entre el adentro – pertenecer- y el afuera – no

pertenecer-. En este punto, resulta relevante mencionar que el AHP cuenta con dos espacios geográficamente diferenciados: 1) consultorios externos, a cargo exclusivamente de los médicos de planta y 2) servicio de internación donde trabajan los médicos residentes. Ambos espacios están separados por cuatro pisos y un amplio pasillo. Los médicos de planta para cumplir la atención de consultorios externos deben salir del servicio de internación, servicio que resulta ser el núcleo del AHP. Sin embargo, una vez concluida la atención en consultorios externos, los médicos de planta, en líneas generales, no retornan al servicio a cumplir las tareas que debieran realizar no sólo en cuanto a la enseñanza y acompañamiento a los médicos residentes sino también en cuanto a la atención del paciente internado. El efecto concomitante es que los médicos residentes, ya sea de primer, segundo, tercer o cuarto año, son los únicos que atienden el servicio de internación. Esto implica que un médico que quizás está atravesando su primera experiencia hospitalaria se debe hacer cargo, muchas veces en soledad, del diagnóstico y tratamiento de un paciente. Y no solo del paciente sino también de los familiares en tanto las novedades sobre el estado del familiar internado son transmitidas por ellos. Este punto conlleva una gran carga de sufrimiento psíquico pues las novedades, generalmente, no son positivas.

Ante el interrogante acerca de por qué los residentes no participan de la atención en consultorios externos, la respuesta la plantean los médicos de planta: el verdadero aprendizaje, dicen, está en el servicio de internación. Sin embargo, allí el paciente llega con los estudios y el diagnóstico dado por el médico de planta, con lo cual la función del residente se reduce muchas veces a seguir las indicaciones pautadas por otro. Muchas veces, también, la tarea que realizan no se diferencia de la de un enfermero. Es así como por el discurso de los médicos residentes su trabajo se focaliza solamente en el espacio de internación atendiendo a los pacientes de “cama”, quedando disociados de los consultorios externos. Surge la queja de los médicos residentes que consideran que el aprendizaje y la formación incluyen el trabajo en consultorios externos en tanto los consultorios externos son parte constituyente del AHP.

De este modo, la distribución geográfica permite la instalación de una fractura que determina un espacio (el de consultorios externos) en el que se ubica una posición de saber-poder que queda del lado de los médicos de planta. Los médicos residentes, en este sentido, no tienen lugar. Por otro lado, si uno de los objetivos del AHP es consolidarse como unidad, esta fractura geográfica plantea el interrogante acerca de qué es espacio del AHP (adentro-internación) y qué no (afuera-consultorios externos). Podríamos, por otro lado, pensar en una fractura en el espacio, acerca de la falta de lugar que hay para la comunicación con los familiares de los pacientes. A los familiares que están (y los que no, que también movilizan otras cuestiones) y que acompañan, a la hora de notificarles sobre la evolución del paciente, los profesionales no encuentran un lugar físico especial para dialogar sobre ello u otras cuestiones movilizantes. Las novedades son dadas en un pasillo, en un espacio común donde constantemente circula gente sin contar con la privacidad que quizás requeriría dicho momento en particular. Recordando que son los médicos residentes los que generalmente brindan la información, nos encontramos nuevamente con una ausencia de lugar para ellos.

En lo que respecta a la distribución de tiempo la fractura se piensa a partir de la diferencia tajante que hay en el AHP entre el turno mañana y los turnos tarde y noche. En estos dos últimos no hay médicos de planta y los residentes manifiestan encontrarse solos ante situaciones complicadas, sin un colega con quien poder hacer una interconsulta o especialistas para abordar una temática en particular ante la urgencia. Pareciera no estar en claro cuánto tiempo deben estar los médicos de planta en el servicio de internación dado que si bien tienen un horario laboral estipulado, luego que atienden² consultorios externos se retiran del hospital. El cambio de turno provoca, entonces, importantes montos de angustia en los residentes pues ya saben que van a tener que enfrentar situaciones complicadas en soledad. En concordancia con esto, se evidencia un cuestionamiento con respecto al tiempo dedicado al AHP en sí, dado que los médicos residentes manifiestan en reiteradas ocasiones que son ellos quienes

² El horario de consultorios externos es solo por la mañana de 8.00 a 12.00 hs.

están allí todo el tiempo y conocen muy bien a los pacientes a diferencia de los médicos de planta que parecieran estar de paso.

En relación al tiempo, también se asocia el tema del alta de los pacientes. Dar el alta en algunas ocasiones moviliza el temor a la muerte del paciente, especialmente a aquellos que no cuentan con una familia que los acompañe y un lugar en el cual vivir. Esto los vuelve a enfrentar con la angustia por lo cual a manera defensiva sostienen las internaciones de pacientes sociales cuestionándose lo crónico de dicha circunstancia³.

En relación a la distribución de responsabilidades, la fractura institucional se asienta en relación a un vacío en la noción compartida por el grupo acerca de los roles, tareas y alcances de las mismas.

Para los médicos residentes, los médicos de planta deberían estar en el servicio de internación haciendo un seguimiento de los casos, tomando decisiones y enseñándoles. Sin embargo, los médicos de planta refieren que esto no es un deber, sino por el contrario, su tarea consiste en trabajar en la atención clínica de pacientes en consultorios externos mientras que los residentes laboran en el servicio de internación. Algunos médicos de planta manifiestan estar interesados en tener más participación en el servicio de internación, sin embargo esta participación no es vista como un deber sino como un accionar que se relaciona con un interés personal.

Si bien a primera vista se puede pensar en una falta de conocimiento de las funciones de cada uno, debemos dejar en claro que existen en la organización una serie de normativas legales que las pautan. A partir de este señalamiento, queda claro que cada uno sabe cuál es su función, su horario de trabajo, etc., especialmente los médicos de planta que hace años se desempeñan en el AHP. A pesar de ese conocimiento, en la práctica cotidiana el AHP funciona como si nadie tuviera en claro roles y funciones, por lo que el verdadero vacío lo padecen los médicos residentes que están conminados a

³ La cronicidad de los pacientes sociales es un tema que excede los límites del presente escrito.

seguir al pie de la letra las normativas que el sistema de residencias pauta. Y aquí es donde entra en juego la figura de la autoridad, en este caso el jefe del AHP. Desde su discurso expresa que es muy difícil cambiar lo que hace años está enquistado en el sistema por lo que deja todo en el “*criterio médico*” de cada uno, especialmente de los médicos de planta. De este modo, la misma jefatura del lugar facilita un estado de *laissez faire* que promueve una articulación patológica, es decir una fractura institucional. Esta fractura evidencia como los roles son instrumentados con una elasticidad que conlleva a un desdibujamiento de las responsabilidades, funciones y tareas específicas de cada uno de los roles institucionalmente sancionados y necesarios para el funcionamiento articulado de la organización. Se expone la necesidad para el grupo en su conjunto de que intervenga la figura de la autoridad, cumpliendo su función en particular, clarificando y promoviendo el cumplimiento de las funciones, responsabilidades y obligaciones de cada uno de los roles institucionales.

Conclusión

Las fracturas representan quiebres en el devenir institucional que posibilitan la creación de grupos de funcionamiento paralelos no articulados. Ubicamos fracturas institucionales en el funcionamiento del AHP que favorecen que cada grupo de trabajo realice en su interior actividades parcializadas no compartidas y/o consensuadas con los otros grupos. La angustia frente al trabajo con pacientes que tienen riesgo de muerte es asignada al desempeño de la tarea en el espacio de internación y no así en los consultorios externos. Parecería que el enfrentar la muerte es parte de la *formación* de los residentes, aquello con lo que deben trabajar y arreglárselas solos. En cambio, los médicos de planta, que concursaron para obtener su cargo, trabajan con pacientes que no están en riesgo de muerte, no al menos de manera inminente, puesto que piden la consulta, se hacen los análisis, se emite la prescripción y se da de alta al paciente. En este punto, queda abierto el interrogante acerca de cuál es el saber que se pone en juego en los médicos de planta respecto al saber en relación a la muerte, quizás como

un taponamiento de la angustia ante la falta de un saber absoluto que se cree tener y que el trabajo diario con los residentes, tal vez, pondría en evidencia.

Por último, señalamos que en torno a las fracturas institucionales se centralizan las manifestaciones conflictivas de cualquier organización, generándose por ello situaciones de tensión, malestar y sufrimiento institucional. Esto es percibido por los actores institucionales, aunque desconozcan su origen y la utilización que se hace de ellas.

Bibliografía:

Ulloa, F. (1969). "Análisis Psicoanalítico de las Instituciones", en *Revista de Psicoanálisis N° XXVI*. Buenos Aires: APA.