

Subjetividad laboral del profesional¹ sanitario en hospitales de Barcelona: Resultados preliminares

Labour Subjectivity of health professionals in Barcelona hospitals: Preliminary results

Francisco Javier LÓPEZ CRESPO²

Área de RRHH - Facultad de CC.SS

Universitat Abat Oliba CEU

ÁREA TEMÁTICA 11: PSICOLOGÍA DEL TRABAJO

¹ Este trabajo se enmarca en la primera fase de investigación cualitativa del proyecto con nº de referencia: SEJ2007-63686/PSIC Ministerio Educación y Ciencia. Proyectos de investigación. Plan nacional I+D+I que dirige el Dr. Josep M^a Blanch catedrático de Psicología Social Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona y en el marco del programa de doctorado en Psicología Social de la misma universidad.

² Correspondencia: Francisco Javier López Crespo. Universitat Abat Oliba CEU. Facultad de CC.SS. Área de RRHH. C/ Bellesguard, 30, (08022) Barcelona. Tel.- 93 254 09 00 E-mail jcrespo@uao.es

ABSTRACT

Recent evolution of the Catalan public healthcare system is characterized by a new approach to healthcare management and restructuring of its social health services. Hospitals have proved to be the most sensitive subjects to these changes. The implementation of new medical technologies, the establishment of a new organizational structure to better attend the demand for quality and new services, and the adoption of management practices from the private sector characterized this evolution. In this study we analyze the labour subjectivity of healthcare professionals of five public hospitals from Barcelona facing these organizational changes. A qualitative analysis has been performed with in-depth and exploratory thematic content analysis using CAQDAS. The results show a labour subjectivity characterized by job dissatisfaction, stress and pessimistic expectations for improvement, due to limited number of human resources, work overload, low participation in decision making, lack of support from top management and organizational slack.

KEY WORDS

Well-being. Job Satisfaction. Subjectivity. Management. Health Management. Hospitals.

PALABRAS CLAVE

Bienestar. Satisfacción laboral. Subjetividad. Management. Gestión sanitaria. Hospitales

Introducción

El sector sanitario público es un sector dinámico, en constante cambio, sujeto a la necesidad y misión de dar respuesta a las demandas (socio) sanitarias y cambios sociales (desigualdad social, envejecimiento e inmigración entre otros), inmerso en la axiología del *new management*, el condicionamiento de la industria tecnológica y farmacéutica, y sometido a una creciente demanda tanto en cantidad como en calidad de servicios.

Blanch y Cantera (2007) destacan la tendencia de la sanidad pública actual hacia el capitalismo organizacional sanitario (COS). Estos autores definen el COS *como un modelo de organización del trabajo hospitalario diseñado y gestionado según la lógica de la economía política de mercado, la retórica de la productividad, la eficiencia y la competitividad; la axiología de la libre concurrencia; la táctica política de evaluación de resultados a corto plazo y a la pragmática de la múltiple reducción de los pacientes al estatus de clientes o consumidores, del ejercicio profesional a una relación comercial, de la organización prestadora del servicio a una empresa mercantil y, en último término, de la misma salud a un negocio.*

Sus profesionales no son ajenos a esta evolución organizacional. En mayor o menor medida, las tensiones entre los valores clásicos de servicio público con los nuevos valores propios del *new management*, pueden repercutir en distintos aspectos del trabajo y de la experiencia subjetiva de los profesionales que experimentan el cambio a una nueva cultura organizacional (nuevas prácticas y discursos) que condiciona la experiencia laboral y por consiguiente, construye una distinta subjetividad laboral (Halford y Leonard ,2006).

Experiencias del *new management* en la sanidad

Las reformas hospitalarias en esta tendencia hacia el COS en países Sudamericanos, han dado un resultado deficiente en equidad, eficiencia y calidad de servicio (Homedes y Ugalde, 2002). La flexibilidad laboral en países como Colombia ha reducido no sólo la calidad percibida de los usuarios de servicios de salud, sino que ha incrementado la carga de trabajo hasta la saturación de los profesionales sanitarios. Estos a su vez autoevalúan peor su trabajo en relación a los usuarios, reduciendo el tiempo de dedicación y la comunicación con usuarios (Homedes y Ugalde 2005 a, b).

Las reformas del sector sanitario en Sudamérica, en general no han conseguido en la gran mayoría de los casos mejorar el sistema, ni en su vertiente asistencial ni en la contención del gasto. Tampoco el sistema sanitario catalán caracterizado por un modelo de provisión mixto (público y privado), ha logrado subvertir el gasto, al igual que el modelo británico en el que en parte se inspiró.

Los hospitales públicos y privados tampoco han logrado resolver los problemas por los que se legitima la progresiva privatización de estos, tales como la burocratización, el corporativismo y la desmotivación de sus profesionales (De la Mata, 1999) - ni las causas de esta- ni la constante saturación del sistema.

Smith (2001) en referencia a los profesionales de la medicina en Reino Unido, destaca la distancia que existe entre expectativas del trabajo y las condiciones actuales de este. La irrealidad de

las promesas de las autoridades sanitarias británicas, deja en un brete al profesional ante el usuario, que tiene una idea omnipotente de la medicina. La sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo del sistema, se percibe más como un impedimento que un verdadero apoyo, generan una considerable insatisfacción laboral, máxime cuando las iniciativas descentralizadoras en pro del “empowerment” de primera línea de servicio, se están retrasando e incrementando las tareas de gestión y dirección, desplazando incluso al propio ejercicio de la medicina.

Todas estas experiencias de la gestión sanitaria en general y la hospitalaria en particular, apuntan a que sus resultados no están cumpliendo las expectativas de los distintos agentes implicados (*policy makers*, usuarios, profesionales sanitarios, etc.). El interés de este trabajo es estudiar cómo los profesionales sanitarios están subjetivando esta experiencia de cambio organizacional y laboral. Para ello se plantean los siguientes objetivos.

Objetivos

- Describir la subjetividad de la experiencia laboral en los profesionales sanitarios en hospitales de Barcelona en el actual contexto del *new management*, tomando como base el concepto de satisfacción laboral y variables relacionadas (condiciones de trabajo, el ambiente social y expectativas de futuro).
- Comprender la valoración del profesional sanitario del modelo y sus formas de afrontamiento.

Se parte del concepto subjetividad laboral, entendida ésta en relación al modo de pensar, sentir y experimentar, el contexto organizativo, laboral y la vivencia del cambio.

Método

Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas con profesionales de la medicina y de la enfermería en cuatro hospitales públicos de la provincia de Barcelona.

Las entrevistas fueron grabadas para su posterior textualización y análisis de contenido temático. En el marco de la entrevista se informaron de los aspectos éticos de la investigación así como del tratamiento anónimo de los datos. En la misma se preguntó por condiciones de trabajo, ambiente social, nostalgia de aspectos del modelo anterior, expectativas de futuro, acciones de mejora, identidad profesional, identificación con la organización, aspectos insoportables y/o inquietantes, etc.

Se eligieron únicamente profesionales sanitarios de medicina y enfermería por ser las ocupaciones clave del sector. Las profesionales de enfermería pertenecían al servicio de urgencias de sus respectivos hospitales, mientras que los profesionales de la medicina correspondían a distintos servicios médicos. Se eligieron hospitales públicos únicamente por motivos de viabilidad del proyecto y por ser la organización clave en el sector, aunque se reconoce el interés de comparar resultados con hospitales privados en la siguiente fase de este proyecto.

Todos los participantes tienen relación contractual indefinida, a jornada completa y en exclusiva para su hospital, y entre 10 - 25 años de experiencia.

Después de la celebración de las entrevistas, se procedió a preparar los datos transcribiéndolos según las normas jeffesornianas (McLellan, McQueen y Nedig, 2003) para el análisis de contenido temático mediante el análisis cualitativo de datos textuales con el programa Atlas.ti³ V5.0 (CAQDAS). Los datos cualitativos se codificaron por su contenido en relación a las ideas de los participantes y observando las explicaciones que los participantes daban del fenómeno. Se formaron relaciones entre códigos en base a dichas explicaciones, formando explicaciones de su visión del fenómeno. Con estos datos se realizó un análisis inductivo de contenido temático.

3 Muñoz, J.M. (2005). Análisis de datos textuales con Atlas.ti 5. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/juan/docman/atlas.ti-5/download.html>

Resultados⁴

Aspectos valorados positivamente

De las condiciones de trabajo se destaca la mejora de las *condiciones técnicas, fundamentalmente las referidas a aspectos diagnósticos y terapéuticos, así como los servicios de apoyo e informáticos.*

El progresivo abandono de estilos de dirección autoritaria, por una dirección más *participativa y comunicativa*, aspecto este clave, para la construcción del ambiente social, y las acciones de mejora continua para el personal.

Por último, por parte de los profesionales de la medicina, se valora en positivo que *la mayoría de los hospitales mantengan los criterios de calidad asistencial y de formación continua.*

Aspectos valorados negativamente

En relación a las condiciones de trabajo se destaca como uno de los aspectos más negativos la *sobrecarga de trabajo, cualitativa y cuantitativa*, es decir, excesiva carga de trabajo con alta dificultad y mucha intensidad de trabajo, y escasa disponibilidad de tiempo para la atención al paciente. La sobrecarga está asociada no sólo a la alta demanda de servicios, sino también a la escasez de personal. Estas circunstancias tienen como resultado el estrés, que por otra parte incide en el ambiente social y en elevadas tasas de absentismo.

La nula o escasa participación en las decisiones ligadas al trabajo del personal de enfermería y medicina en hospitales del Institut Català de la Salut es también un elemento percibido negativamente. El *“modelo ha copiado lo peor del sistema nacional de salud, dando lugar a organizaciones hospitalarias pesadas y nada ágiles ante los retos de la sanidad pública”.*

Los aspectos que han cambiado y que se viven con nostalgia fundamentalmente son tres, *la colaboración y trabajo en equipo* del personal de enfermería, *la mayor implicación en el trabajo del personal médico de generaciones anteriores* en comparación a las nuevas, y la progresiva pérdida del contacto humano con el paciente, explicada esta por la sobrecarga de trabajo y la tecnologización de la medicina. Se percibe *escasez de reconocimiento por el esfuerzo continuo desplegado en el trabajo*, motivado quizá por *la baja calidad del liderazgo de las jefaturas de servicio*, al igual que por las circunstancias anteriores. Preocupa el descenso de la calidad asistencial y el aumento de la *mala praxis profesional*.

Mientras que el profesional de la enfermería valora más los aspectos relacionados con las condiciones que facilitan una experiencia de trabajo más controlada y eficaz, los profesionales de la medicina valoran más los aspectos individuales de esas condiciones de trabajo. Existen también diferencias en la percepción del ambiente social, pero sin embargo, no existen diferencias importantes entre los valores de los profesionales y de la organización, fundamentalmente por que se mantienen los criterios de calidad asistencial; lo que sí existen son inquietudes de que estos criterios se puedan mantener si persisten las tensiones del sistema.

Se aprecian diferencias entre la percepción de lo que se aporta a la organización y el retorno de ese esfuerzo por parte de ella, sobre todo en personal de enfermería. Con relación a la valoración de la organización, la sensación de ineffectividad de la misma es patente, y parece que es debido a los escasos resultados de las “reorganizaciones” y a la nula o residual participación del personal en el diseño de esos cambios.

Las expectativas de futuro en general son pesimistas, explicadas estas por el aumento de la presión en la calidad asistencial y la escasez de recursos económicos y humanos cualificados para afrontar el progresivo aumento de la demanda.

CONCLUSIONES

La experiencia de trabajo en hospitales reorganizados empresarialmente da lugar a ciertas formas de pensar, sentir y actuar con respecto a uno mismo, a las demás personas y a la organización. Esta subjetividad laboral, está ligada por tanto, a la auto evaluación de su bienestar y satisfacción, unida a la valoración de los eventos que se producen en el mismo al igual que a las condiciones generales que lo envuelven (condiciones de trabajo, ambiente social, relación con el jefe inmediato, funcionamiento de la organización, cambios organizacionales producidos y su efectividad principalmente).

⁴ En *cursiva* elementos textuales de las entrevistas.

Este proceso de subjetivación va unido inexorablemente a un proceso de objetivación del *new management*. Se institucionaliza el nuevo paradigma empresarial, y se naturaliza una cultura organizacional como una realidad ahistórica, necesaria e incuestionable. Se consideran las altas demandas del entorno organizacional como una variable social dada y naturalizada, que condiciona la experiencia de la vida y del trabajo del personal (subjetivación) y que a su vez implica respuestas individuales y sociales del personal, que puede abarcar desde formas puras de adaptación, conformación y sumisión a los imperativos funcionales de la organización hasta manifestaciones de signo contrario: formas de resignificación, desestabilización y resistencia, que cuestionan y debilitan el status quo organizacional.

En general el personal sanitario, a pesar de su insatisfacción, internaliza el *new management* como una natural respuesta del sistema a la alta demanda y escasez de recursos. Este hecho no debe hacer olvidar el coste humano en estrés y sus repercusiones en la salud, al igual que alarmante incidencia de absentismo laboral y sus repercusiones económicas. Es evidente que el modelo actual con el *new management* como principal herramienta, no es suficiente para resolver los problemas de la sanidad y además, puede suponer un factor de riesgo psicosocial para los profesionales sanitarios al igual que una fuente de desencanto para los usuarios.

REFERENCIAS

- Blanch, JM. y Cantera, L. (2007). El capitalismo sanitario como factor de riesgo psicosocial. Marco y agenda para un estudio de los efectos colaterales de la nueva gestión de los servicios de salud. En C. Guillén y R. Guil (Coords.) *Psicología Social: Un encuentro de perspectivas*. Cádiz: Asociación de profesionales de Psicología Social. Vol. 1, pp.1075-1080.
- De la Mata, I. (1999). El mito de la gestión privada: el modelo catalán de salud mental. *Psiquiatría Pública*. 11 (3), 94-102.
- Halford, S. y Leonard, P. (2006). Place, Space and Time: Contextualizing workplace subjectivities. *Organization Studies*. 27(5) 657-676.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), 54-62.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005a). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(3), 202-209.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005b). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(3), 210-220.
- McLellan, E., McQueen, K., y Nedig, J, (2003). Beyond the Qualitative Interview: Data Preparation and Transcription. *Field Methods*, Vol. 15, No. 1, pp. 63-84.
- Muñoz, J.M. (2005). Análisis de datos textuales con Atlas.ti 5. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/juan/docman/atlas.ti-5/download.html>
- Smith, R (2001). Why are doctors so unhappy? *BMJ* 322, 1073-1074.