

Supervisión de equipos sanitarios en distintas instituciones

Por Valentín Barenblit

Deseo agradecer a los compañeros de la APAG y a los miembros de la Comisión Organizativa esta invitación. Siempre que vengo a Euskadi vuelvo con una carga de cordialidad, afecto e inteligencia que es muy de apreciar. Después de los tiempos que corren es bueno intercambiar inteligencia con afecto. También quiero felicitar a los organizadores y a todos los participantes de la jornada de ayer por el clima de cordialidad y de respeto a las ideas, en donde se pudo producir conocimiento. Euskadi tiene mucho que ver con APAG. Su creación hace años atrás queda referida a una tarea largamente sostenida en Euskadi. Ha sostenido interesantes puentes con Catalunya. También con otros lugares. No deja de ser sugerente el interesante número de colegas que han venido de Catalunya a hablar acerca del Grupoanálisis. En el marco de la APAG en Euskadi es realmente venir a su cuna.

Quisiera comenzar diciendo que no me siento demasiado cómodo en la denominación de conferenciante. Por otro lado, a pesar de haber sido anunciado, les propongo que no lean lo que voy a transmitir como una conferencia, con todo lo que de solemne y protocolar tiene ese vocablo, sino más bien como un coloquio que propongo, en el que intentaré reflexionar en torno a algunos temas que se debatieron, centrándome específicamente en esta práctica a la que denominábamos supervisión institucional y en los equipos sanitarios. Para poder modular mejor mi intervención, les voy a pedir, si son tan gentiles, que me digan quienes de ustedes realizan esta práctica como supervisores en instituciones sanitarias, es decir, supervisiones institucionales. Ocho colegas. Quiénes de ustedes participan como miembros de equipo en prácticas de supervisión. También ocho. Gracias. Una última pregunta. En el título viene: "De distintos campos sanitarios". Yo tuve la impresión ayer, de que había un sesgo importante de pertenencia al campo de la salud mental y de las drogodependencias. ¿Me podrían decir quiénes trabajan en equipos sanitarios de la medicina clínico quirúrgica, pediátrica, etc? Cinco. El resto doy por supuesto que trabaja en el campo de la salud mental, la asistencia psiquiátrica y las drogodependencias. ¿No? También en docencia. Perfecto.

El campo de la salud mental lo veo desde tres enfoques que sustentan nuestro quehacer. Esto es importante, especialmente cuando se analiza nuestra práctica desde instituciones de atención, también desde instituciones docentes. Fue un emergente que salió ayer en los grupos y merece la pena señalarlo. Es la cuestión de que hoy en día el trabajo profesional en el campo de la salud, por la complejidad de los problemas, es recordar que equipo es un grupo de personas, en este caso profesionales, con un fin común que debe de tender a satisfacer demandas y necesidades de la comunidad en el campo específico, para cubrir las expectativas de sus miembros. Desde este punto llegamos al primer enfoque, que es el de reconocer que hoy el enfoque interdisciplinario e interprofesional es uno de los elementos básicos para el desenvolvimiento en el campo sanitario, independientemente de la especificidad del cambio.

En segundo lugar reconocer que no hay una institución que pueda dar cuenta a nivel de poblaciones, de todos los problemas de salud y enfermedad que se plantean. Es el enfoque interinstitucional. Cuando se piensan los problemas sanitarios en términos más generales, tenemos que tener en cuenta que ninguna profesión ni ninguna disciplina puede dar cuenta por sí misma de todos los problemas que se plantean en este campo. Por lo tanto lo interdisciplinario. Pero tampoco ninguna institución puede dar cuenta por sí misma de todo. Por lo tanto el enfoque interinstitucional.

Como tercer nivel hay que reconocer que ningún sector salud tiene todos los recursos ni todos los haberes necesarios, como para poder abordar desde las perspectivas más modernas, los problemas que se plantean en los campos de la salud y de la enfermedad. Por ello el tercer enfoque es el intersectorial. De una u otra manera el sector salud debe de interactuar con

asistencia social, trabajo, educación, en algunos casos con dispositivos de seguridad, para poder realmente dar cuenta de los objetivos que se proponen a nivel macrosocial.

Esta primera puntualización ocupa mi pensamiento durante muchos años en este campo: la supervisión de equipos sanitarios en las instituciones. Unos aspectos son básicos y generales de cada práctica profesional. Otros son específicos. Trataré los aspectos básicos y dejaré para el grupo grande la posibilidad de poder trabajar aquellos aspectos específicos que surjan.

Mi intención no es ofrecer un texto acabado sino la de aportar algunos mensajes, aprovechando lo expuesto anteriormente por Josemari Ayerra, de manera tal que se cumpla la propuesta de estas jornadas de trabajar las ideas en los grupos pequeños, para después poderlas reprocesar en el grupo grande.

Deseo recordar que desde hace varios lustros, en el campo de la salud y de la salud mental, en el campo de la asistencia social, se utiliza el vocablo supervisión con un sentido vinculado a instituciones de formación continuada, en donde se desarrollan programas de atención dirigidos a diversos sectores de la población. No obstante, debido a otras experiencias, dada la polisemia de este vocablo, de los distintos sentidos con los que se utiliza, me parece importante aclarar que cuando hablamos de supervisión en estos contextos, tanto clínico como institucional, no nos referimos a prácticas profesionales que conlleven actos de examen ni de fiscalización de la tarea que realizan los profesionales ni los equipos de atención. En el campo de las supervisiones institucionales, una de las denominaciones que yo utilizo y que obvia un poco esta problemática, es la de análisis institucional. me parece más pertinente para enunciar la actividad específica y sus objetivos. La considero equivalente o sinónimo.

El término supervisión se acuñó en el campo de la formación de psicoanalistas, como una práctica específica de la formación, que someten a la consideración de un externo el trabajo que realizan con sus pacientes. Eso hizo que se difundiera el término de supervisión. Pero en organizaciones empresariales y hospitalarias el vocablo supervisión está referido a un concepto de autoridad y fiscalización, que conviene que dejemos claro que en este contexto no tiene.

Los objetivos de estas supervisiones clínicas e institucionales son los de promover el perfeccionamiento técnico científico de los profesionales en sus tareas de trabajo, para estimular y enriquecer sus aportaciones en el seno de sus propios equipos interdisciplinarios. En la misma dirección, ambas modalidades de supervisión, la clínica y la institucional, pueden orientarse a los propósitos de cumplir tres metas: potenciar, fortalecer y reasegurar el logro de los objetivos generales y específicos de los programas y de los proyectos, que desarrollan los equipos y las instituciones en donde se realizan.

Las supervisiones clínicas e institucionales que se realizan en el dispositivo del sector sanitario, están enmarcadas por cinco categorías, que definen la configuración, las vicisitudes y las alternativas específicas de estos equipos. Por una parte están enmarcadas por las poblaciones a quienes van dirigidas las acciones, que le da una especificidad.

También por el tipo de intervención priorizada, bien sea de intervención primaria, secundaria o terciaria, es decir: preventiva, asistencial o rehabilitadora.

En tercer lugar, por el marco teórico referencial del equipo.

En cuarto lugar, el perfil de los recursos humanos de la institución.

Por último, siguiendo el orden de importancia, el contexto general en el que se integra y se desarrolla el proyecto institucional.

Desde la evaluación de la configuración de estas cinco categorías, se podrá responder a los deseos y a las necesidades de los profesionales y de sus instituciones, en cuanto a ambas modalidades de supervisión. Cuando ambas se realizan, son complementarias, no son excluyentes. La diferencia está en que en una se centra la atención en la intervención propiamente de los equipos, mientras que en la otra se centra la atención en los equipos y en el análisis de los cinco elementos descritos arriba, así como de los otros cinco que voy a pasar a exponer enseguida.

Algunos autores prefieren estudiar el acto clínico del equipo como una forma de elección para analizar el campo institucional, a partir del análisis de la intervención. Otros, que realizan

estas mismas prácticas, establecen espacios diferenciados, centrados específicamente en uno u otro a nivel de análisis. Ambas pueden ser realizadas por el mismo supervisor o por dos supervisores, en relación con el mismo equipo de profesionales. Yo llevo muchos años realizando esta práctica. He pasado por una cierta evolución. Antes prefería optar por una de las dos prácticas y dejaba que otro colega realizara la otra. En los últimos años he comprobado que es muy posible el realizar ambas, en la medida que en los equipos se den las condiciones que permitan dirigir la mirada, de forma articulada, a una u otra situación.

Sea como fuere, las supervisiones deben de entenderse como procesos de entrenamiento y formación de recursos humanos, con el objeto de alcanzar sus metas en diversos períodos de tiempo. Éste marca el tránsito por etapas y el alcance de metas en distintos momentos. Los efectos que se producen en los equipos de atención estarán vinculados a las cinco categorías ya mencionadas.

OBJETIVOS DE LAS SUPERVISIONES CLÍNICAS Y DE LAS INTERVENCIONES

1. Generar un espacio que favorezca la reflexión participativa en grupo y con el grupo, para lograr el intercambio y la producción de conocimiento, y producir la autocrítica, no en el sentido de examen ni de fiscalización, como elemento esencial en la realización de la tarea.

2. Propiciar la creatividad del equipo en el diseño de modelos y estrategias institucionales, eficaces para la resolución de los problemas planteados.

3. Estimular el desarrollo de proyectos de estudio y de investigación.

4. Facilitar el despliegue de estrategias de intervención terapéutica, dirigidas a los pacientes.

5. Detectar los focos de conflictos de las mismas.

6. Plantear interrogantes y no afirmaciones.

7. Diseñar a tiempo intervenciones eficaces.

8. Contener la angustia y favorecer la elaboración de las ansiedades de los miembros de los equipos.

9. Promover mecanismos de protección para detectar el malestar que produce en los profesionales los encargos imposibles de satisfacer con los recursos disponibles.

10. Prevenir los riesgos de actuaciones improvisadas cuando no se cuentan con los recursos de formación y técnicos necesarios para la realización pertinente y oportuna de cada intervención profesional. En este sentido es esencial recordar que en el campo sanitario especialmente, y en operaciones cotidianas, el propio psiquismo de los profesionales es el instrumento privilegiado para el desarrollo de las acciones que lleva a cabo. Hay que cuidarlo. Si existe algo que los trabajadores de la salud no debemos de perder de vista, es que nuestro trabajo es insalubre por esencia y definición, en tanto que operamos frecuentemente a dos grandes focos que son los grandes temas de la Humanidad: las ansiedades de la muerte y de la locura.

LA SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL. EL ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Se configura como método de investigación y análisis de las instituciones y de los equipos en distintas cualidades. Por una parte en las cualidades funcionales de estructura y de organización. Poco frecuentemente las prácticas de los equipos sanitarios tienen espacios para reflexionar acerca de la estructura y de la organización en la que cotidianamente desarrollan su tarea. Y este contexto nos determina fuertemente. Pero en las áreas de la subjetividad y de la comunicación interpersonal ¿Cuáles son los objetivos fundamentales que uno se propone con este aporte, que por cierto, quienes tienen experiencia en grupoanálisis están especialmente propicios para desarrollar este tipo de práctica?

Dos cuestiones básicas. Una, el desarrollo del proyecto institucional. Toda institución crea para desarrollar un proyecto, que debe de satisfacer demandas y necesidades de la

comunidad. El segundo eje, que no se suele tener en cuenta, es que los equipos requieren la obtención de gratificaciones satisfactorias por parte de sus miembros.

La supervisión institucional pretende generar un espacio de reflexión, que revele estos dos ejes centrales.

El logro de estos propósitos requiere el deseo de un proceso. Un deseo consensuado por parte de los miembros de la institución. Se condiciona siempre en interacción dinámica con las capacidades y con las disposiciones de cambio de la propia institución en sus niveles normativos y jerárquicos. Esto conlleva la propuesta de configuraciones nuevas de tipo dialéctico entre los dispositivos y los modelos instituidos y los instituyentes. Se da un juego dialéctico entre lo instalado y las posibles transformaciones que pudieran construirse como producción creada, a partir del análisis institucional. Se trata de un complejo proceso dialéctico.

La realización de esta función requiere de un acuerdo consensuado entre los miembros de la institución y el supervisor o analista institucional, a quien se le demanda la supervisión institucional.

Existen cinco áreas, focos de atención o problemas:

1. Problemas personales. los miembros de los equipos de trabajos somos producto de nuestra historia, de nuestro medio social. Traemos todas las mañanas a nuestro equipo parte de nuestra historia y de nuestros problemas, pero también de nuestras aportaciones y capacidades de enriquecer la tarea común. Es importante el foco de los problemas personales.

2. Conflictos de los miembros del equipo entre sí. Más arriba Josemari Ayerra hace un desarrollo importante de este foco en su escrito.

3. Los conflictos de los miembros del equipo con la institución.

4. Los conflictos con la población atendida. Se establecen complejas redes transferenciales entre los miembros del equipo y la población a la que atienden. Este nivel de análisis requiere especial atención.

5. Los conflictos de los miembros del equipo con sus conocimientos, con sus propias referencias instrumentales.

Una vez hecha la demanda y formulado el encuadre, lo que se propone es generar transformaciones.

Las transformaciones generadas por la supervisión las agrupo en tres efectos básicos que operan en relación a las fuentes generadoras de malestar en los integrantes de los equipos. ¿Cuáles son los caminos, las acciones que permitirían pensar en efectos de transformación?

1. El desvelamiento y la elaboración de conflictos conscientes e inconscientes, vinculados a los miembros del equipo, a sus relaciones interpersonales, a la dinámica grupal, que son fuentes generadoras de bienestar o malestar en los profesionales de equipos de atención.

2. El reconocimiento de las distintas dificultades comunicacionales, instrumentales y operativas de la organización institucional, y de los profesionales que integran los equipos de atención. Es muy importante en estas prácticas el investigar la forma interaccional dialéctica del grupo con las estructuras institucionales. Los procesos de identificación, disociación y proyección se despliegan en el marco institucional, y adquieren configuraciones varias, que están fuertemente vinculadas a los roles y a las funciones. Más bien están vinculadas a los lugares que ocupan los miembros del grupo, porque muchas veces se observan discursos de adhesión, de oposición, que permiten detectar cómo los mismos profesionales se constituyen en portavoces de aspectos no reconocidos en la institución ni en la población a la que asisten.

3. Se busca que el efecto transite por el camino de la resolución de problemas específicos, la incorporación de nuevos modos de trabajo que modifiquen los comportamientos y los modos de programación, organización, comunicación y encuadre de las actividades que se realicen.

LA FUNCIÓN DEL SUPERVISOR O ANALISTA INSTITUCIONAL

1. Autonomía y equidad. Esto se encuentra relacionado con la necesidad de que el supervisor no pertenezca al sistema de autoridad de la institución, en cuanto a que no esté ni siquiera subordinado dentro de ella. El consultor externo o el supervisor externo entre otras características tiene mejores posibilidades de manejarse con autonomía y equidad en la medida en que esté fuera de la red de la institución.

2. El carácter analítico de la supervisión. La tarea fundamental del supervisor privilegia la finalidad analítica y no interviene directamente en la toma de decisiones. El supervisor promueve el esclarecimiento, la formulación de alternativas diversas, pero son los miembros de los equipos los que deciden sus elecciones. A lo sumo, en situaciones límites que se presentan frecuentemente, Puede proponer o sugerir alguna alternativa mejor que la otra. es importante que sostenga esta posición, porque el hecho que el supervisor posea independencia y no pertenezca a la institución, favorece el logro de una distancia operativa para su propio pensamiento y para la formulación de sus intervenciones con el máximo de libertad. En ocasiones la práctica psicoanalítica de la supervisión, y muy especialmente el conocimiento y la experiencia en dinámica y análisis grupal, aporta a esta cuestión un instrumento técnico primordial para la escucha en relación a los miembros de la institución, y para la comprensión de los vínculos transferenciales que se establecen en el ámbito institucional y en la propia relación con el supervisor.

3. En el contexto de la supervisión institucional se dan con frecuencia algunas circunstancias especiales, que afectan de manera notable a la mayoría de los equipos, independientemente de las especificidades que configuran los cinco ejes más arriba expuestos. Estas circunstancias corresponden además de las ya mencionadas anteriormente, al encargo que reciben los profesionales en las instituciones, que están condicionados por algunos factores importantes, que deseo someter a reflexión:

A. Las dificultades para sostener un hilo de atención que se desea desarrollar con pacientes o poblaciones que presentan alta complejidad, en muchos casos psicopatológica o social, pero en muchos casos complejidades que hacen a su padecimiento físico en aquellos equipos cuya tarea se encuentre vinculada a la Medicina o a la Cirugía.

B. En otro nivel, las presiones de la comunidad. La mayoría de los equipos tienen distintos niveles de presión, y en los problemas especialmente del campo de la salud mental y de las drogodependencias, los equipos tienen sufrimientos importantes por esas presiones. La comunidad suele reclamar con urgencia la resolución de las problemáticas en todas sus vertientes. esta presión afecta la capacidad de pensar y de hacer de los equipos de atención.

C. La forma de utilización de los recursos para responder a la magnitud de la demanda es otro problema. Desde una perspectiva amplia ¿Qué consideramos como recursos? En primer lugar, a los profesionales, al saber de los equipos -la experiencia- y a la adecuación de los espacios temporoespaciales necesarios para desarrollar una actividad con eficacia. Esto se está observando como una crisis de malestar que en España lleva a un pensamiento de índole macrosocial, que es cómo se está diseñando a partir del cuestionamiento del estado del bienestar, en muy distintos países, en muy distintos lugares del Estado Español, los recursos en relación a los encargos que reciben los equipos, y en la falta de espacios temporoespaciales adecuados para cumplir con su encargo. Esto es obvio y sin embargo es importante, porque en la experiencia práctica lo que se ve es cómo los equipos muy frecuentemente se anegan bajo estas presiones, a las que podrán encontrar algunas respuestas eficaces en la medida en que las jerarquicen adecuadamente. Por lo tanto, respuestas de fundamento político técnico, que ante la demanda social apremiante que reclama situaciones de resoluciones perentorias, desestima y considera negativas las intervenciones terapéuticas estructuradas desde respuestas racionales, integradoras, globales, enmarcadas dentro de procesos terapéuticos a largo plazo. Esta situación suele estar asociada a valoraciones sesgadas en los aspectos cuantitativos de la oferta asistencial, que con frecuencia obstaculiza una cualificación técnica y ética de las misma. En la

medida en que genera este área de conflicto, existe un plus de sufrimiento que se instala en los equipos como efecto de la frustración y del malestar que genera.

D. Las dificultades para abordar con éxito los planteamientos cíclicos que sustentan distintas intervenciones en los equipos, los arquetipos de intervención técnica que se desea conseguir, son una fuente de conflictos, de frustraciones, que afectan a las competencias científicotécnicas y a la dimensión ética, produciendo efectos nocivos sobre los profesionales. En algunas instituciones es importante destacar el elevado número de fracasos que muestran las distintas estadísticas, en cuanto a la consecución de los objetivos propuestos al inicio de los tratamientos, cuando se enfrentan problemas, por ejemplo, con la patología severa. Ante estos fracasos, tanto los profesionales como las instituciones ven cuestionadas sus propias prácticas. Esto puede producir dos efectos radicales. O bien la tendencia a ignorar los resultados, alejándose de cualquier crítica del modelo de intervención realizado, como una forma defensiva ante el sufrimiento y la frustración, o por el contrario, el desánimo y el progresivo abandono de los profesionales. De esto se está hablando desde hace muchos años con el famoso síndrome de los equipos quemados. Muchos equipos desarrollan su actividad dentro de un campo clínico con una dinámica de crisis y de distinta forma de violencia. La institución y los profesionales se ven perturbados por la misma. Llevando al seno de las relaciones interpersonales las consecuencias que dichas circunstancias producen, estos fenómenos alteran con frecuencia las capacidades de los profesionales y de las organizaciones institucionales para poder reconocer y diferenciar el origen de esta fuente de malestar.

En el espacio de la supervisión, el encuentro entre los profesionales para reflexionar y pensar sus tareas, es el que permite por lo menos detectar la fuente de malestar para no atribuirla a lugares que no le competen. Esta fuente es generadora de violencia culposa, de fracasos y de inoperancia.

La demanda de supervisión suele ser un emergente grupal de una situación de crisis institucional.

La dialéctica de los estados es organización, desorganización y reorganización, implícitos en todo ser humano estructural y orgánicamente organizado. O bien las situaciones de estructuración, desestructuración y reestructuración, aluden al mismo fenómeno, en la medida en que concebimos esta problemática desde el mismo concepto básico de fondo que es el concepto de estructura. Inciden e intervienen en la instalación y mantenimiento de conductas en las poblaciones atendidas, y por lo tanto las múltiples instancias que deberán ser coordinadas e integrarse en los abordajes preventivos, terapéuticos y rehabilitadores que intenten desarrollarse.

Y por último, por una tarea que requiere armonizar distintos discursos y prácticas.

La esencia de los equipos en las instituciones es la capacidad para renunciar al deseo del discurso egemónico, y poder reconocer que el trabajo en equipo en cualquier actividad, pero muy especialmente en el campo sanitario, requiere la renuncia al discurso hegemónico. Por esto insisto en reconocer hoy el trabajo en equipo como una tarea eminentemente interdisciplinaria e interprofesional. Esto que parece obvio, requiere de un esfuerzo muy grande porque además se articula más fácilmente con problemas personales, de poder.

El aspecto central en la labor de los equipos consiste en poder armonizar discursos y prácticas, así como reconocer su complementariedad y las formas de articulación pertinente. De esta manera se evita la hegemonía y el sometimiento de unos sobre otros. Esta es una fuente de los mayores sufrimientos, no sólo de los equipos sanitarios, es el anhelo de someternos unos a otros.

El lugar y el espacio del equipo es el lugar de encuentro en donde se procesa esa renuncia. Éste es el lugar en donde se investiga de forma continuada los lugares y las intervenciones, los encuentros y las complementariedades posibles para el logro de los objetivos comunes, de forma solidaria.

Quiero terminar transmitiendo este mensaje: La actividad de la formación continuada tiene mucha importancia para los equipos. La función cuidadora de los equipos es una tarea de las instituciones sanitarias. Es necesario cuidar los recursos humanos que son los más valiosos de los equipos. Así también se cuida a las poblaciones. Considero fundamental que los equipos reciban los instrumentos adecuados para brindarles su desarrollo emocional, técnico y científico.