

Roles profesionales en organizaciones formales:

Trabajadores sociales en Hospitales Públicos

*Marta C. Biagi
M. Antonia Rodas
M. Cristina Erbaro
Facultad de Servicio Social
Universidad del Museo Social Argentino*

INTRODUCCIÓN

EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN FORMAL

El estudio de los roles en las organizaciones formales es un tema que ha ocupado un lugar ya clásico en la literatura especializada. (Mencionamos al antecedente que más notoriamente ha influido en el tema: Merton: 1949)

En esta investigación (*) se ha analizado el Hospital como un lugar de trabajo donde se entrecruzan diversas profesiones.

El hospital es hoy en día una organización burocrática, en el sentido que la definen las ciencias sociales, y como lo acepta la OMS ".. (una) organización de carácter medico social cuya función consiste en asegurar a la población una asistencia médica completa, curativa y preventiva y cuyos servicios irradian hasta la célula familiar considerada en su propio concepto; es también un centro de la enseñanza de la medicina y de investigaciones medicas y biosociales" (Méndez Diz, 1997)¹

¹(*) Esta investigación se realizó en el marco de la cátedra de Investigación en Servicio Social, del 4to año de la carrera, con la colaboración de los alumnos cursantes en 1998.

"La medicina- señala Méndez Diz- se ejerció durante siglos en los lugares donde se encontraban los enfermos, en sus casas, en los mercados, en las calles" "... los grandes hospitales... (pasaron a tener una finalidad)... curativa intramural con todas aquellas personas marginadas de la sociedad..."

Desde este nuevo lugar, la medicina pasó a incorporarse como centro y fin de una organización formal - el hospital- y empezó a funcionar en base a una determinada racionalidad que requiere la adecuación de hombres y recursos y por lo tanto, las acciones personales deben estar coordinadas de manera tal que cada actor ocupe una posición y desempeñe una función particular según los objetivos reconocidos del sistema.

Un camino semejante recorrió la salud y su correlato necesario, la enfermedad, las que han sido objeto de numerosas y diversas definiciones desde el momento en que las ciencias sociales comenzaron a percibir que si bien se trata de un fenómeno de orden estrictamente individual, (Brie, 1981) sin embargo, también debe considerarse como un "proceso social", esto es., sometido a los condicionamientos de las diversas culturas (Méndez Diz, 1997)

Los estudiosos y prácticos de las ciencias sociales llamaron la atención acerca de la necesidad de rescatar la dimensión social como constitutiva del proceso salud/enfermedad y no como externalidad que se suma e influye en la aparición de enfermedades (Laurell, A.1982) y aún en la conceptualización de lo que es o "significa" en diferentes ambientes socioculturales, "estar sano"o "estar enfermo" (en el siglo XIX, S. Neumann, Virchow; Gottstein, Teleki, Grotjahn, citados por Brie)

Las preguntas centrales que nos guiaron apuntaban a conocer cual era el "concepto de salud/enfermedad" que subyacía en la definición de los roles profesionales de los hospitales estudiados; como era percibida la "estructura organizacional" y en qué términos se definía la interacción cotidiana; como se manifestaban los "procesos de comunicación" , cuales eran los obstáculos, necesidades y posibilidades percibidas en la comunicación profesional; y particularmente vincular esta problemática con la presencia del trabajador social en un lugar central para abordar el encuentro vital de la salud/enfermedad de los pacientes en clave social. En tal sentido nos

preguntamos cómo era percibido el “rol del trabajador social” por él y por los otros con quienes interactúa en el hospital.

OBJETIVOS

El propósito básico de esta investigación fue conocer el rol del trabajo social en el ámbito hospitalario, desde las perspectivas y percepciones de los trabajadores sociales mismos, los usuarios a quienes atienden y los otros profesionales, enfermeros y voluntarios con quienes interactúan en su tarea diaria.

En forma más específica, el estudio realizado involucró los siguientes temas

- Explorar el concepto de salud/enfermedad que sostienen los actores
- Explorar el tipo e intensidad de las relaciones que los vinculan
- Explorar la percepción de las funciones, actividades e importancia de la profesión que se autoatribuyen y que les son atribuidas a los trabajadores sociales.

METODOLOGÍA

El trabajo de carácter exploratorio fue abordado desde un diseño cualitativo, eligiéndose la técnica de entrevistas semiestructuradas.

Para la realización de las entrevistas se confeccionó una guía temática, en la cual estuvieron contempladas las dimensiones y variables que interesaba conocer. Las mismas fueron grabadas casi en la totalidad de los casos, y posteriormente desgrabadas para su análisis. Se respetó el deseo de algunos entrevistados de no ser grabados en cuyo caso se tomaron notas manuscritas en el momento de la entrevista

El universo, estuvo constituido por: trabajadores sociales, otros profesionales del área hospitalar, enfermeros. Voluntarios y usuarios de 5 hospitales municipales del área del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

No se seleccionó muestra y la consigna era entrevistar a todos los trabajadores sociales que fuera posible y a un número técnicamente pertinente de los otros entrevistados. El total de entrevistas efectivas fue de 75.

PRINCIPALES HALLAZGOS

ACERCA DEL CONCEPTO DE SALUD /ENFERMEDAD

- 1. Las definiciones de los roles profesionales y la concepción de la salud/enfermedad están marcadas en todos los entrevistados con similares características de "modelo médico hegemónico"**

Las verbalizaciones registradas muestran mayormente al trabajador social como "proveedor de recursos", percibido como la "extensión del brazo" del médico.

"...para saber por qué no volvió a la consulta"/ "...mandamos algunas veces a buscar pacientes a los que citamos..." (M)

"... para conseguir los medicamentos, prótesis..." (TS)

- 2. Se detecta una dualidad "individual-social" respecto al paciente, tanto en las descripciones de los médicos, enfermeros y voluntarios de las tareas de trabajo social, o también, por ejemplo, en el uso de la historia social, la que parece usarse como un instrumento que delimita esferas de "poder" profesionales.**

"...las trabajadoras sociales hacen su trabajo... reinstalar al paciente en la sociedad..." (M)

"...problemas que son específicos de ellas...si no insumiría un montón de tiempo del médico..." (E)

"...a ellos les interesa que les verbalices un poco la historia social..." (TS)

"...jamás leí la historia social porque nunca tuvimos acceso..." (M)

ACERCA DE LAS PERCEPCIONES DE LA ORGANIZACIÓN

1. Fragmentación de tareas e independencia entre sectores

“... cada uno aporta lo suyo pero nada más...” (TS)

“...se trabaja en forma aislada en el hospital...” / “... cada uno depende de un área...” (E)

“... es muy difícil... tenemos diferentes horarios y días...” (M)

2. Distancia social

Se detectaron una gran mayoría de verbalizaciones en las que se aluden a los sectores y áreas de servicios diversos en términos de:

“...a ellos...”/“...de ellas...”/ “...como nosotros...”.

3. Relaciones personales positivas

“... abiertas...”/ “...armónicas...”/ “...me llevo muy bien...”/

4. Contactos “particularistas” vs “universalistas”

“... las chicas son muy buenas...”/“la conocemos... es muy dada...”/ “... (Mencionando el nombre de pila de la trabajadora social) XXXX se encarga de...”/ “...XXXX se ocupa de...”/ “...yo voy con el paciente y le presento el caso...”

ACERCA DE LAS COMUNICACIONES Y LA INTERDISCIPLINARIEDAD

1. Predominio de las relaciones intraservicio/sector

“...si es necesario se hacen consultas...”/ “... todo dentro del servicio...” (M)

“...hay buena comunicación pero se da generalmente entre médicos y enfermeros... con los otros servicios no...”(E)

“... a los médicos les cuesta mucho que nos reunamos...” (TS)

2. Predominio de los vínculos orales

“...voy y les cuento...”/ “...charlamos sobre un caso...”/ “...nos preguntan...”/“...para dar información...”

3. El trabajo interdisciplinario definido como “múltiples contactos” sobre un caso

“...uno coordina e intercambia información...”/ “... es cuando el mismo paciente se atiende en un servicio... y en otro...”/ intervienen distintos servicios...”/“...se forman grupos para la atención del paciente...” (M)

“...uno quisiera...pero...es más bien multidisciplina...” (TS)

ACERCA DE LA PERCEPCION DEL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

1. Múltiple afianzamiento del perfil asistencialista

TIPOLOGIA de ROLES encontrados

1.1. ROLES SUBJETIVOS

A. Subtipo INSTRUMENTAL

TS se percibe a sí mismo como “proveedor de recursos/soluciones”

“... tratar de dar respuestas concretas frente a la demanda del paciente y su familia...”/ “...facilitador de medicamentos,... esa, nuestra tarea cotidiana...”

Y percibe “instrumentalmente” las expectativas de la institución:

“...esperan que les saques los clavos...”/ “...somos un poco los tapa agujeros...”/“...recurren a nosotros por nuestros recursos...”

B. Subtipo AFECTIVO/PRIMARIO

TS se percibe a sí mismo como “contenedor/mediador”

“...saber escuchar, contener al paciente y la familia...”/“...es un gran mediador... hace la vinculación del paciente con el médico...”

C. Subtipo ESTRATÉGICO

TS se percibe a sí mismo en relación a tareas de **“prevención/educación”**

“...está destinado a la prevención... creo que deberían realizarse más actividades de acción primaria...”/ “...no tendría que haber tantos problemas, entonces sí, poder hacer una tarea de prevención... no tener que dedicarnos tanto tiempo a las demandas puntuales que aparecen...”

1.2. ROLES PRESCRIPTOS

Todos los otros miembros del hospital definen mayoritariamente al trabajador social como **“PROVEEDOR”**

“... por carencias...”/ “...cuando no tienen obra social...”/“... tramitar medicamentos, estudios específicos, tomografías...”/“...siempre encuentran una solución...”

1.3. ROLES DESEMPEÑADOS

Las conductas manifiestas mayoritariamente reconocidas y según el tipo de entrevistado son:

“Decodificadores”

“... creen que sabemos de todo...”/ “... somos una fuente de información...”/ creo que somos bien vistos porque somos los únicos que escuchamos...” (TS)

“...el paciente se siente escuchado....”/ “... hay una oreja que te presta atención...” (U)

“Proveedores”

“...solicitar pensiones, muletas por Pami...” (U)

“Contenedores/Mediadores”

“...una forma de darte apoyo...como mediadoras”/“...se ocupan de todos los pacientes que tienen problemas, aparte de los médicos... de todo eso y de nosotras...” (E)

“...la única que me tranquilizó...”/“...me informan muy bien...”/“...en servicio social me siento bien atendido... el médico no te responde nada, nunca tiene tiempo...” (U)

2. Estima y auto-estima percibida

Mayoritariamente es de reconocimiento y valoración positiva

“...es reconocido...”/“...muy bien vistas...”/“...es importantísimo...”

3. Visibilidad escasa de las actividades y funciones

“...estoy convencida que no saben lo que hace el asistente social...”/“...creo que la culpa es nuestra...” (TS)

“...conozco más o menos...”/“... mucho no...”/“...no las conozco...” (M ,E, V)

4. Bajo impulso de autogestión de un perfil diferente

El cambio se percibe “exógeno” al trabajador social

“... a los médicos les cuesta mucho...”/“tienen que cambiar de mentalidad...”

“... se necesitan mayores recursos...”/ mayor conciencia desde arriba...”

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El presente estudio que se focalizó en las percepciones de los entrevistados miembros de la organización hospitalar, nos permitió describir como influye el dominio del saber médico en las imágenes de los actores y en las relaciones inter-hospitalarias.

Se ha detectado que los actores regulan sus expectativas de rol siguiendo una línea de atención "curativa" y su correlativa concepción de la salud/enfermedad, manifestándose en el modo de tomar decisiones, de comunicarse con las subunidades o subpartes y de ejercer un control de sus funciones respectivas, pues obviamente, todos quienes forman parte de organizaciones formales, además de seguir las reglamentaciones que regulan institucionalmente su funcionamiento, se rigen por las pautas normativas establecidas en la diaria interacción.

La práctica cotidiana más bien aparece regida por normas engendradas, sea por vía de la jefatura del servicio o de la dirección hospitalaria (una forma de la "**legitimidad tradicional**" weberiana), y mínimamente regida por reglamentos formales del sector (lo que se correspondería con la "**legitimidad racional-legal**" weberiana) (Weber, Biagi)

La primera forma de legitimidad implica la aceptación de ciertas reglas que provienen de un grupo o sector que históricamente ha ejercido una forma de autoridad. En este caso, la profesión médica se halla manifiestamente ejerciendo una autoridad basada en la posesión de conocimientos que históricamente han definido su rol profesional.

En menor grado la interacción diaria se rige normativamente por una forma de legitimidad "racional-legal", que en esas estructuras correspondería a la autoridad emanada de las posiciones ocupadas por ciertos individuos.

Este hallazgo confirmaría lo encontrado en algunos estudios de organizaciones formales que cuanto más se precisan funciones especializadas para el logro de objetivos, la normativa emana de quienes ejercen su

autoridad por sus conocimientos y pericias más que por la posición jerárquica por sí sola. (Gouldner, Weiss, citados por Lazarfeld)

Los actores centrales de este estudio - los trabajadores sociales- no poseen una clara percepción de la normativa hospitalaria que rige sus actividades, o bien (desde otro punto de vista)- parecería que éstas no son lo suficientemente "visibles" en términos organizacionales.

Es así que si bien los trabajadores sociales detectan una normativa hospitalaria de carácter formal, reconocen su existencia débilmente y rigiendo sólo **en parte** el funcionamiento del hospital y el lugar que ocupa cada servicio, y por lo tanto cada profesional que lo integra.

Ante la percepción de los entrevistados ésta no se adecua a la realidad cambiante y compleja del hospital y más bien se percibe que las normas son engendradas por ciertos actores del sistema.

En este estudio se ha detectado que se privilegian las propias necesidades y el estilo de **comunicación** de la propia profesión, dejando en segundo plano el "otro" como destinatario necesario. Resulta sorprendente que ese "otro" a menudo más descuidado en la cadena comunicacional sea el "usuario", punto central y meta significativa de todo el sistema hospitalario.

En este sentido resulta de interés rescatar que entre las principales necesidades de los usuarios, se manifestó claramente: recibir información adecuada, comprensible y lo más completa posible sobre su enfermedad y las vías emprendidas para remediarla.

¿Quiénes cumplen ese papel de comunicación? El Servicio Social es visto por pacientes (o familiares del paciente, según el caso) y enfermeros, como el gran mediador entre el saber médico y la necesidad del usuario. En términos generales los médicos no perciben las ineficiencias emanadas de los obstáculos de transmisión de informaciones a los pacientes.

La forma que asume la comunicación hospitalaria es una manifestación de la estructura "fragmentada" que caracteriza a esa organización.

Son los trabajadores sociales quienes desde su disciplina pueden incorporar lo social al análisis de las distintas problemáticas de salud en un ámbito interdisciplinario. Sin embargo, la realidad hospitalaria en este sentido es casi la opuesta en la medida que estos profesionales de hecho realizan fundamentalmente tareas "asistenciales".

Una primera mirada a las entrevistas a trabajadores sociales permite observar que no existen grandes diferencias entre las prácticas y perspectivas de estos profesionales en los cinco hospitales, apareciendo solo en algunas estructuras peculiares ciertas perspectivas diferenciales en la imagen y realidad de toda la organización hospitalar.

Surge de las entrevistas que el rol del Trabajador Social en unidades hospitalarias está en parte desvirtuado respecto de las expectativas que parten de los propios actores, expectativas éstas que -principalmente- fueron adquiridas en el curso de la formación de grado y se transmiten y perpetúan en la práctica profesional diaria.

Es así como, si bien una parte de su práctica profesional debe abocarse a la **obtención de recursos** de todo tipo -red, instituciones, prótesis, etc.-, aparece claramente planteada la imposibilidad de realizar tareas de orden **preventivo**.

Esto coloca a los trabajadores sociales en un lugar que se puede definir como "**proveedor**" y que obedece a varias razones esgrimidas por los propios entrevistados.

- a) cuestiones que remiten a la **realidad social y económica de la población usuaria** de la institución
- b) y cuestiones que remiten a la **formación de grado y a la actitud y práctica** de los profesionales médicos.

Esto último es altamente significativo en un doble sentido y refiere por un lado, a la imposibilidad de los profesionales médicos de poder **incluir en su concepto de salud** las "cuestiones sociales", con su correlato de las dificultades sentidas de poder **trabajar con otras disciplinas**; y por otro lado,

refiere a una imagen auto-limitativa por parte de los propios trabajadores sociales que viendo las causas de la exclusión de la dimensión social, solamente en "los otros", esto es, concebir la pura variable exógena como determinante del contexto significativo, se niegan a sí mismos las reales posibilidades de modificar las relaciones interprofesionales.

Se entiende que sí existe un **modelo médico** que domina las prácticas hospitalarias y la propia organización de los servicios de atención. Este modelo privilegia la mirada que atiende más a lo biológico, distanciándolo de lo social, o en el mejor de los casos sumándolo, pero nunca considerándolo constitutivo de la realidad de cada usuario.

Es así como lo social, en este caso de la mano de los trabajadores sociales, no ocupa el espacio necesario para ser incluido en la práctica de atención y resolución de las problemáticas de salud.

Lo dicho anteriormente resiente y por lo tanto cambia el rol desarrollado por los profesionales analizados.

Sin embargo las prácticas se construyen en la interacción de distintos actores sociales. En el caso de los profesionales entrevistados no se advierte en el texto de las entrevistas, que este **rol de proveedores** los incluya como la otra parte necesaria de cualquier interacción. El acento está puesto en un actor principalmente: el médico, quien aparece en la percepción de los trabajadores sociales como el hacedor de su rol y también como el portador de cualquier cambio posible.

Esto hace desaparecer de la escena al propio trabajador social como un actor con posibilidades de introducir modificaciones en esta relación y toda la narrativa tiene la impronta de la **protesta por el rol** en el que **es colocado** el trabajador social., desde un lugar de pasividad ante la hegemonía médica.-

De los datos relevados se destaca que en la gran mayoría de los casos los entrevistados perciben que no hay posibilidades de interdisciplina. En una menor proporción de entrevistas, cuando se alude a la existencia de trabajo interdisciplinario, se la define en términos de "interconsulta" o "derivaciones".

Desde la perspectiva de los trabajadores sociales, es interesante rescatar que en general, perciben a la profesión médica, sin duda hegemónica en temas de salud, como la que inhibe desde varios lugares la implementación de prácticas interdisciplinarias.

Sin embargo, de acuerdo a las respuestas obtenidas, no son los trabajadores sociales quienes en su mayoría, se perciban a sí mismos como la vía de acceso de lo social al campo de la salud, autoexcluyéndose, por lo tanto, de un posible cambio de mirada que lleve de las actuales prácticas de interconsulta a una práctica verdaderamente interdisciplinaria o mejor aun , transdisciplinaria.

RECOMENDACIONES

Las POSIBILIDADES Y DIFICULTADES DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL estarían mediadas por dos factores:

El cambio de “perspectiva” iniciado desde el trabajador social-----
el grupo de referencia no es el médico

El cambio en las necesidades de formación-----
un horizonte “más allá de lo técnico” como apertura y frente a la hiperespecialización.

Bibliografía

Asch, S., "Psicología Social", Eudeba , Bs As, 1972

Berg, M., "Practices of Reading and Writing : the constitutive role of the patient record in medical work", Sociology of Health and Illness, Netherlands, 1996, 18, 4, Sep., 499-524

Biagi, M., Fernández, M. "Los tipos de dominación weberianos", Fades, Bs As.1982

Brie, R., "Salud y Sociedad", en Simposio sobre la Salud en el Hombre, Fundación Arche, Bs As, pp. 83-89,1981

Deutsch, M y Krauss, R., "Teorías en Psicología Social", Paidós, Barcelona, 1980

Katz, A., y Shotter, J., "Hearing the patient's Voice: towards a social poetics in diagnosis interviews", *Social Science and Medicine*, Harvard, 1996, 43, 6, Sept, 919-931

Laurell, A., "La salud como proceso social", en *Revista Latinoamericana de Salud*, Nro.2, 1982 pp.7-19

Lazarfeld, P., "Sociología de las Instituciones" , Paidós, Bs As, 1971, pp. 16 – 50,

Linton, R., en Newcomb: op.cit., pág. 334

Méndez Diz, A., "Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y sus Vinculaciones con el estrés laboral", USAL, Memorias de Investigación, Bs As., pp. 161-168, 1997

Méndez Diz y Prece, G., "Las dimensiones psicosociales y culturales en las prácticas relativas a la salud", USAL, Memorias de Investigación, Bs As., pp. 169-175, 1997

Morin, E., "Sobre la interdisciplinariedad", *Revista Complejidad*, Año 1, Nr 0, junio-agosto 1995, reproducido por Memorias de Investigación, USAL, 1998

Newcomb, T., "Manual de Psicología Social", Tomos I y II, Eudeba, Bs As, 1971

Weber, M. "Economía y Sociedad", Tomo II, FCE, Méjico, 2da reimpresión, 1974

Weinstein, L., "Comunicación y trabajo de equipo en un hospital moderno", publicación del Seminario sobre Integración Docente-Asistencial de un Hospital, auspiciado por la OPS/ OMS, Bs As, 1974, pp. 382-389