

Los médicos y sus expresiones sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales

Pedro Daniel Martínez Sierra

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar e interpretar los términos utilizados por médicos para referirse a la práctica profesional de los trabajadores sociales. En concordancia, la pregunta de investigación fue: "¿Cuáles son las expresiones que los médicos utilizan para referirse a la práctica profesional de los trabajadores sociales?". El instrumento empleado para recuperar los datos empíricos fue la asociación de palabras, con el propósito de recolectar una amplia producción verbal de los vocablos empleados por médicos de base y residentes de distintas especialidades del Hospital General de México (HGM) para referirse a la "práctica profesional de los trabajadores sociales". El procedimiento para sistematizar la información fue la técnica de redes semánticas naturales. Las palabras con las que los médicos asociaron la frase inductora, y que tuvieron el rango más alto de la cadena asociativa fueron: ayuda, estudio socioeconómico y empatía. Si bien son términos cuyo significado no expresa una connotación negativa ni tampoco están disociados del objeto, sí prevaleció la visión de un personal que solo ayuda a las personas para que paguen menos.

Palabras clave: médicos, práctica profesional, Trabajo Social, hospitales.

Doctors and their expressions about the professional practice of social workers

Abstract

The objective of this study is to analyze and interpret the terms used by doctors in order to refer to the professional practice of social workers. Accordingly, the research question was: "what are the expressions that doctors use to refer to the professional practice of social workers?" The instrument used for the recovery of empirical data was an association of words, whose purpose was to collect a broad verbal production of the words used by basic doctors and residents of different specialties of the General Hospital of Mexico (Hospital General de México), to refer to the "Professional practice of social workers". The procedure for the systematization of information was the technique of natural semantic networks. The words with which doctors associated the inductive phrase and that had the highest rank of the associative chain were: help, socio-economic study and empathy. Although these are terms whose meaning does not express a negative

connotation, nor are they dissociated from the object, the vision of a staff that only helps people to pay less prevails.

Keywords: Doctors, professional practice, social work, hospitals.

Introducción

En la última década, el análisis de la práctica profesional ha adquirido gran relevancia dentro de los ámbitos académicos e institucionales, debido a los debates y discusiones que, puestos en manifiesto, reflejan las distintas problemáticas que acompañan el ejercicio. Este tema ha desempeñado un papel medular en estas discusiones, al brindar un sentido de existencia a las profesiones dentro del mercado laboral. Su estudio es un objeto complejo, porque concentra las maneras en que los profesionistas materializan el perfil, la identidad, los saberes y conocimientos, producto de un proceso de formación.

De acuerdo con autores como Elliot (1974), Freidson (1978) y Tenti (1989), las profesiones han sido clasificadas en fuertes o débiles a partir de sus bases de conocimiento científico, objetivos, actividades y roles. En la contemporaneidad, Aguayo (2006) las agrupa en dos tipos: eruditas, doctas o científicas y prácticas o de consulta, diferenciándolas por sus opciones valorativas, políticas, técnicas y metodológicas.

Entre las carreras eruditas, doctas o científicas se encuentran la medicina, el derecho y la ingeniería; sus prácticas profesionales han gozado de un alto prestigio social, debido a su amplia formación intelectual, sus competencias técnicas,

campos de conocimiento y especialidad funcional. Las profesiones prácticas o de consulta están integradas por el Trabajo Social, la enfermería y el profesorado, ubicadas en espacios sociales e institucionales, pero sin el suficiente reconocimiento jurídico, económico y político.

En la investigación propuesta se involucraron dos profesiones que constituyen ambos grupos: medicina y Trabajo Social. Hay algunas investigaciones que estudiaron su relación profesional. *En acerca de las representaciones sociales de la intervención del trabajador social. Así como nos miran, ¿nosotros miramos?* Rosacher (2015) analiza las representaciones sociales que los profesionales del equipo sanitario (médicos, psicólogos y trabajadores sociales) del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Argentina mantienen respecto a la intervención profesional del trabajador social. Los médicos vinculan a este profesionista con la perspectiva de derechos al reconocer su aporte en el abordaje y el control de situaciones familiares; por eso no le otorgan ninguna connotación negativa a su función, pues los consideran necesarios dentro de los servicios hospitalarios.

Por su parte, en *Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar*, Molineri et al. (2009) describen las representaciones sociales sobre las prácticas

de los profesionales de los equipos de salud escolar (psicología, fonoaudiología, traumatología, psicopedagogía y Trabajo Social) y la relación entre estas y su quehacer cotidiano. Concluye que existen diversas tensiones expresadas en las prácticas de los profesionales que interfieren en la posibilidad de encontrar la articulación entre sus ejercicios y las necesidades de la comunidad.

Vázquez (1971) realiza su análisis *Situación del Servicio Social en España* por medio de una encuesta donde se observa que entre psicólogos, abogados y médicos, estos últimos son quienes mejor valoraron la labor de los trabajadores sociales, pues consideran que la formación recibida en las Escuelas de Servicio Social es favorable.

Con base en lo anterior, debe señalarse que el encuentro entre las prácticas de médicos y trabajadores sociales tiene como escenario principal los hospitales, de ahí que la relación o vínculo entre ellas sea inevitable. Las particularidades que las han diferenciado están en la capacidad desarrollada por sus profesionistas para lograr la satisfacción de necesidades prioritarias de la sociedad; la identidad que manifiestan es el resultado de sus modos de socialización, inclusión, tipos de acción, procesos de asociación y modelos de movilidad, mismos que permiten identificar sus maneras de interrelacionarse con la población.

Para esbozar su confluencia es necesario presentar una aproximación hacia aquellas prácticas que han generado sus puntos de encuentro, a fin de responder

cuál ha sido su relación y cómo se ha configurado. En virtud de ello, son diversos los antecedentes en el contexto internacional que legitiman la vinculación entre médicos y trabajadores sociales, cuya recuperación no es una tarea sencilla, por lo que enseguida se presenta un breve bosquejo de algunos de ellos.

Richmond (1917) señala que el primero en destacar la importancia de contar con trabajadores sociales en el ámbito sanitario fue un médico (Richard Clarke Cabot), quien los reconoce como parte de la organización médica, porque proporcionaban datos de gran utilidad sobre el entorno social de los pacientes. Lo anterior es reafirmado por Munuera y Hernández (2010, p. 37), al señalar que el servicio médico/social debe su origen al doctor Cabot, quien en 1905 en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston (EUA), establece el primer departamento de servicios sociales integrado por trabajadores sociales que participaron como miembros del equipo de salud. Cabe mencionar que los médicos no solo influyeron en el reconocimiento laboral de la profesión, también desempeñaron un papel importante en el desarrollo de la teoría llamada "Trabajo Social Médico", debido a que los métodos, técnicas y terminologías utilizados por estos profesionistas se aplicaban desde el enfoque médico.

De acuerdo con Osler (2011), Munuera y Hernández (2010), el Trabajo Social tiene una relación histórica con las instituciones de salud, lo que la ha llevado a vincularse con la medicina. Esta ciencia ha estado relacionada con las condiciones

sociales desde finales del siglo XIX, sobre todo cuando se planteó el concepto de "medicina social", el cual pone el acento en la relación entre las condiciones sociales y la enfermedad, llevando a considerar el punto de vista social en la manera de abordar los problemas de salud. La vinculación mencionada ya había sido identificada desde hace más de un siglo por Richmond (1917), quien señaló que los malestares experimentados por los clientes no pueden tratarse sin considerar el contexto social.

Otro de los precedentes que marca un hito en la relación profesional de médicos y trabajadores sociales surgió en el año 1946, cuando se redefinió el término "salud", emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), entidad que lo ha conceptualizado como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Este reajuste marcó una pauta relevante en la concepción de nuevos paradigmas que detonaron nuevas rutas de trabajo entre los profesionistas, porque la salud no es un patrimonio exclusivo de la ciencia médica.

La reformulación señalada dio pie a una nueva reorganización de los sistemas sanitarios basada en la atención integral de las áreas biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes, dando inicio a la configuración de un trabajo interdisciplinario que involucraría principalmente la medicina, la enfermería, la psicología y el Trabajo Social. La situación favoreció a este último en el replanteamiento de su práctica, que desde sus inicios ha busca-

do convertirse en una disciplina indispensable para las instituciones de salud que proporciona a los médicos datos de gran valor e interés sobre los factores sociales que afectan a los pacientes.

Por ello, la coyuntura descrita tuvo impacto en una mayor inserción laboral de los trabajadores sociales en este ámbito, cuyo efecto se percibe en la distribución de su perfil en las diferentes unidades médicas que conforman estas instituciones, como son las áreas de consulta externa, medicina interna, ginecología, urgencias médicas, pediatría, oncología, patología, banco de sangre y atención ciudadana, entre otras, lugares que han delineado su encuentro con el personal médico.

En el caso de México, su nexa con el médico tiene como precedente los inicios del proceso de profesionalización del Trabajo Social en el año 1938, etapa en la que sus primeras actividades estuvieron dirigidas a proporcionar servicios de asistencia social para proveer de apoyo emocional a los enfermos y minusválidos que atravesaban una situación de carencia como consecuencia de la transición hacia un modelo capitalista.

Frente a la complejidad de los problemas sociales de ese periodo (falta de empleo, pobreza, enfermedades, entre otras), fueron los abogados y los médicos quienes, al ocupar lugares decisivos en las primeras instituciones creadas por el Estado, plantearon la necesidad de contar con personal de apoyo y de que este fuera capacitado para enfrentar las situaciones emergentes derivadas del contexto. De acuerdo con Valero (1994), en respuesta a

esta petición se crearon cursos dirigidos a la capacitación del personal, uno de ellos el impartido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y Gobernación; hecho que marcó para el Trabajo Social un antecedente de relevancia que dio pauta a la elaboración de su primer plan de estudios.

La primera malla curricular de Trabajo Social fue en el nivel técnico y estuvo orientada a "asignar funciones micro sociales auxiliares, complementarias o subalternas, capacitando técnica y manualmente en las áreas de economía doméstica-familiar y de la salud, dejando de lado la posibilidad de incidir técnicamente en los ámbitos macro sociales o comunitarios, relacionados íntimamente con las actividades socio-educativas" (Evangelista, 1998, p. 75). Se cursaba en tres años y se inclinaba fuertemente hacia la preparación de un personal técnico-auxiliar de profesiones, como derecho y medicina, al dominar principalmente asignaturas que recuperaban aspectos legales y de la salud.

De acuerdo con Banda (2009), el campo de Trabajo Social se ha colocado como consumidor del conocimiento teórico de varias disciplinas entre ellas sociología, psicología y medicina, situándose en el ámbito de las ciencias sociales como una profesión aplicativa y práctica con un saber empírico que poco se ha preocupado por construir sus conocimientos científicos. De ahí que no resulte extraño el lugar auxiliar que ha ocupado en estas instituciones, pues desde sus orígenes eran considerados los brazos extendidos y ojos prolongados de los médicos, al basarse su práctica en la realización de vi-

sitas domiciliarias para monitorear que el tratamiento prescrito por estos se esté cumpliendo.

En el campo de la salud, la relación entre trabajadores sociales y médicos se da en los tres niveles de atención, al integrarse en un tratamiento global para el paciente. Se estrecha así su vínculo profesional a partir de la complejidad de las problemáticas que presentan los usuarios.

El primer nivel de salud resuelve el 80% de los padecimientos y remite los no solucionados al segundo y tercero. Aquí se desarrollan principalmente acciones de contacto inicial o preventivas basadas en el modelo de medicina familiar (promoción, educación, protección específica y atención a los enfermos). La confluencia de las prácticas se da en función del caso, desplegando funciones y responsabilidades de Trabajo Social, como la localización de familiares, las visitas domiciliarias, canalizaciones, obtención de recursos, intervención en crisis y otras.

Tanto en el segundo como en el tercer nivel hay poca variabilidad en su conceptualización pues están integrados por hospitales de alta tecnología e institutos especializados que brindan servicios de internación. Presentan mayor infraestructura para atender a los pacientes al contar con especialidades como medicina interna, pediatría, cirugía general, geriatría, oftalmología, radiología, oncología, patología y otras. Aquí, la relación entre médicos y trabajadores sociales presenta mayor consistencia, a diferencia del primer nivel, ya que requiere de una vigilancia más específica del equipo interdisciplinario debido

al deterioro de la salud de los usuarios. El nexo entre ambas profesiones, de acuerdo con el *Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas*, puede resumirse en cuatro procesos sustantivos:

1. La investigación sociomédica: los trabajadores sociales elaboran protocolos que ponen a discusión con el personal médico. En ellos, estudian los factores sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad; su análisis sirve como elemento fundamental para valorar las condiciones sociales en las que se encuentran los pacientes al recibir sus tratamientos.
2. Educación para la salud: en colaboración con médicos y equipos multidisciplinarios, los trabajadores sociales participan en procesos de enseñanza/aprendizaje sobre temas de salubridad, orientando al paciente con información acerca de la elección y el mantenimiento de prácticas saludables para el cuidado de su salud.
3. Reintegración de pacientes a control médico: el trabajador social desempeña un papel importante en la reincorporación de los pacientes que han abandonado el tratamiento prescrito por los médicos y que requieren atención prioritaria; se encarga de localizarlos vía telefónica o realiza una visita domiciliaria para identificar la causa del abandono y ofrecerles nuevas alternativas.
4. Apoyo social hacia los pacientes y su familia: a partir del diagnóstico

médico, el trabajador social brinda atención directa a los pacientes y a sus familias, dentro del marco institucional donde se desarrolla su actividad profesional, al proporcionarles asesoría y contención ante situaciones difíciles. Asimismo, informa sobre los procedimientos para realizar diversos trámites en el hospital, como pagos, altas, defunciones y otros servicios.

Por lo tanto, los intercambios generados entre médicos y trabajadores sociales se dan a partir de las situaciones enfrentadas, en las que intervienen diversas variables, las cuales implican una serie de retos, desórdenes, dilemas e incertidumbres, que no permiten estandarizar las prácticas por más rutinarias que parezcan (Campillo et al., 2011). Sus ejercicios frente a la complejidad de las problemáticas de salud que viven los pacientes se encuentran en la vida cotidiana del hospital, lo que permite construir lazos profesionales que configuran universos simbólicos.

Metodología

Escenario de estudio

Fue seleccionado el Hospital General de México (HGM) "Dr. Eduardo Liceaga", ubicado en una de las primeras colonias de la Ciudad de México (CDMX), la Doctores, perteneciente a la alcaldía de Cuauhtémoc. El HGM pertenece a la Secretaría de Salud (SSA) y es una institución descentralizada del Gobierno federal con personalidad jurídica y patrimonios propios.

Tiene más de 44 unidades médicas, por consiguiente, cuenta con una de las plantillas más grandes del ámbito sanitario en México integrada por: 6,125 recursos humanos; de los cuales 14.4% (890 plazas) son médicos; 31.1% (1,914 plazas) enfermeros; 25.8% (1,580 plazas), paramédicos (trabajadores sociales, nutriólogos, psicólogos y otros); 0.6% (36 plazas), de investigación; 6.2% (387 plazas), residentes; 21.3% (1,302 plazas) rama administrativa; 0.6% (34 plazas), mandos medios y superiores (HGM, 2017).

Muestra

Se eligió a los médicos por el papel de autoridad, la fuente de poder y el conocimiento desempeñados en el ámbito hospitalario. Su ejercicio laboral les permite crear una relación de mando con todas las profesiones sanitarias, pues ocupan los niveles jerárquicos más altos y los lugares decisivos sobre el diseño, mantenimiento y control de los servicios de salud.

La muestra se construyó con base en las posibilidades de ingreso al campo, de modo que el proceso estuvo definido en gran medida por las decisiones de las autoridades; sin embargo, hubo algunas posibilidades que permitieron delinear las características de la población. Apoyados en un muestreo teórico, se definieron los siguientes criterios para seleccionar a estos participantes:

- *Médicos residentes y de base del HGM:* con los primeros, los trabajadores sociales tienen una mayor relación profesional, por ser el prin-

cipal enlace operativo del médico de base para abordar la problemática social del paciente; los segundos poseen una mayor jerarquía y trayectoria laboral que les brinda una visión particular sobre estos profesionistas.

- *Contar con un año de antigüedad en el hospital como mínimo:* este criterio brinda la posibilidad de seleccionar médicos con mayores experiencias y conocimientos en la construcción de representaciones sociales.

El número total de participantes en el estudio fue de 132 médicos, de los cuales 105 son residentes y 27 de base, principalmente de las especialidades de medicina interna y pediatría.

Instrumentos

Se utilizó un ejercicio de asociación de palabras. El propósito de su uso en esta investigación fue recolectar una amplia producción verbal de los términos usados por los médicos para referirse a "la práctica profesional de los trabajadores sociales", frase que fungió como estímulo para generar vocablos.

Para realizar esta actividad se solicitó a los médicos escribir de manera legible solo tres términos que recordaran, con el fin de evitar su cansancio y tedio; estos podrían ser verbos, adverbios, sustantivos o adjetivos. Las palabras asociadas tenían que jerarquizarse, con el propósito de identificar la importancia o cercanía con el enunciando inductor, donde 1 es la de mayor importancia; 2, importante y 3, menos importante. Finalmente, debían

responder por medio de una oración el por qué eligieron estos vocablos.

Una vez recuperada la totalidad de los instrumentos, se sistematizó la información con base en la técnica de las redes semánticas naturales (Valdez, 1999 y Reyes, 1993), utilizada como una alternativa metodológica para estudiar y tratar el material producido por la asociación libre. El procedimiento consistió en lo siguiente:

- *Transcripción:* el ejercicio fue capturado en una hoja de cálculo del programa Excel y se organizó la información en cuatro columnas: 1) folio, 2) orden de importancia, 3) palabras 4) por qué. Las frases recuperadas para la interpretación fueron presentadas con fines de confidencialidad y organización de la información mediante los siguientes códigos: (EAL), ejercicio de asociación libre; (###), número de folio; con el propósito de identificar el tipo de médico se utilizó (MA), para médico adscrito y (MR), en el caso del residente, seguido del año de avance en la especialidad (#). Ejemplo: EAL110-MA y EAL33-MR2.
- *Formación de cuatro listas:* la primera fue denominada "textual"; en ella se colocaron todas las palabras con el orden brindado y el por qué. En la segunda lista, nombrada "revisión", además de obtener el Valor J (tamaño de la red), tuvo como propósito agrupar sinónimos, plurales, femeninos, masculinos y aquellos con una misma índole de significado, según el con-

cepto redactado por el sujeto. La tercera correspondió al "orden alfabético", por localizarse en ella todos los términos organizados de acuerdo con ese criterio. Finalmente, la cuarta fue de "depuración", aquí se eliminaron todos los vocablos duplicados para integrar una sola relación.

- *Cálculos:* con los datos de la tercera y cuarta lista se usaron fórmulas aritméticas que ofrece el programa Excel para calcular porcentajes y de este modo obtener los valores: VM (peso semántico), VFMG (distancia semántica) y determinar el Conjunto SAM (10 palabras con los pesos semánticos más altos).
- *Presentación de la información:* los resultados fueron trabajados en una tabla y un diagrama donde se resaltó el orden jerárquico de los términos.

A partir de los procedimientos de sistematización citados, se realizó un análisis de contenido basado en el significado que los sujetos atribuyeron a las palabras y de este modo develar las expresiones que los médicos asocian cuando escuchan la frase "práctica profesional de los trabajadores sociales".

Resultados

Se concentró una lista final de 73 términos, de los cuales 9 tuvieron los pesos semánticos más altos, entre ellos: *ayuda, asignación socioeconómica y empatía*, con un grado alto de 104 a 61 repeticiones; mientras que *amabilidad, trámites administrativos, orientación, responsable*,

Cuadro 1. Resultados de la frase inductora "Práctica profesional de los trabajadores sociales".

Palabras	VM (peso semántico)	VFMG (distancia semántica)
1. Ayuda	104	100%
2. Asignación socioeconómica	69	66%
3. Empatía	61	59%
4. Amabilidad	49	47%
5. Trámites administrativos	38	37%
6. Orientación	35	34%
7. Responsable	32	31%
8. Pacientes	30	29%
9. Resolutivos	26	25%
10. Entorno social	19	18%
11. Necesidad	17	16%
12. Comunicación	15	14%
13. Familia	14	13%
<i>Valor J (tamaño de la red)</i>		792

Fuente: elaboración propia, con base en los resultados del ejercicio de asociación de palabras.

pacientes y *resolutivos*, obtuvieron un nivel medio de 49 a 26; en tanto, los 64 vocablos restantes muestran un grado de dispersión (19 a 1), como se muestra en el Cuadro 1.

Para visualizar cómo se relacionan los términos que integraron la red, se agruparon por significado, similitud, relación y peso semántico; solo "pacientes" no fue considerada de este modo por ser una palabra complementaria al significado de las principales. Esta concentración permitió identificar dos campos semánticos denominados cualidades y actividades de los trabajadores sociales (ver la Figura 1).

El campo semántico "cualidades de los trabajadores sociales" permitió agru-

par cinco de los nueve términos que integran el Conjunto SAM: *ayuda*, *empatía*, *amabilidad*, *responsable* y *resolutivos*. Fue titulado de esta manera, porque sus significados aludieron a rasgos, características y peculiaridades percibidas por los médicos en el comportamiento del trabajador social cuando este desarrolla su práctica con los pacientes y familiares.

El campo semántico "cualidades de los trabajadores sociales" integró los vocablos de mayor sentido positivo y dinamismo de la red, por la amplitud de sus significados, que en conjunto concretaron la imagen de una práctica asociada con una actitud de servicio. Las palabras: *ayuda*, *empatía*, *amabilidad* y *resolución*, pese

Figura 1. Relación de los términos en campos semánticos.



Fuente: elaboración propia, con base en los resultados del ejercicio de asociación de palabras.

a no ser antónimos ni sinónimos, refirieron cualidades de los trabajadores sociales en el desarrollo de su ejercicio; estos vocablos tuvieron el 51% del peso semántico del Conjunto SAM; solo entre *ayuda* y *empatía* hubo 55 menciones de diferencia, los demás presentaron distancias cortas que oscilaron entre los 12 y 3 puntos.

Para referir el alejamiento entre cada término, no bastó identificar las disimilitudes en los pesos semánticos, fue necesario analizar los significados. Al respecto, Mercado (2002, p. 55) expone: "Sólo podrán distinguirse sometiéndolos a un análisis conceptual, ya que aparecen frecuentemente anudados en torno a esquemas figurativos o núcleos centrales".

En virtud de ello, la RAE (2014) define "ayuda" como "acción que una persona hace de manera desinteresada para otra por aliviarle el trabajo, para que consiga un determinado fin, para paliar o evitar una situación de aprieto o riesgo que le

pueda afectar". Esto indica un acto de asistencia, cuidado y atención que no solo está presente en el Trabajo Social, sino también en profesiones como enfermería, psicología, educación especial y otras carreras de ayuda, dirigidas a mejorar el estado o entorno de los sujetos, grupos y comunidades.

La asociación de la práctica del trabajador social con el concepto de *ayuda* guarda relación con una de las tesis sobre el origen de la profesión, cuyos antecedentes se remontan a las condiciones de vida precaria de la población en la transición de una economía agraria a una industrial, así como con los compromisos de la Iglesia católica por aliviar miseria y pobreza de las sociedades (Deslauriers y Hurtubise, 2007). En el caso del campo sanitario, a las primeras visitadoras sociales se les asignaron funciones primordialmente vinculadas con la asistencia y la beneficencia social. Aylwin (1999) sostiene que las per-

cepciones generadas sobre una disciplina dependen en gran medida de su pasado, pues en este periodo surgen las primeras identificaciones que dan origen a la carrera y le permiten desempeñar un papel en la sociedad. En el caso de Trabajo Social hay una fuerte vinculación con prácticas de asistencialismo cristiano.

La palabra *ayuda* es significada por los médicos como la capacidad que tienen los trabajadores sociales para resolver los problemas económicos de los pacientes y familiares, cuyos ingresos resultan insuficientes para enfrentar su condición de vulnerabilidad frente al tratamiento prescrito. Esta evocación que encabeza la cadena asociativa le brinda una condición a la práctica profesional al ceñirla a un trabajo masivo con grupos en situación de pobreza, lo que le restringe otras posibilidades de intervención.

Al aumentar la demanda de ayuda por la población que recibe los servicios de salud del HGM, empiezan a coexistir prácticas de beneficencia desarrolladas por dos actores principales: la organización del voluntariado y los trabajadores sociales, quienes brindan atención a las necesidades y problemas sociales de grupos en condiciones de desventaja, como niños, adultos mayores, personas con capacidades diferentes, pacientes con alteración del estado de conciencia, mujeres embarazadas, personas pertenecientes a comunidades indígenas, farmacodependientes, individuos en situación de calle, inmigrantes, personas que carezcan de un familiar responsable o bien que han sido abandonados, entre otros. Según los médi-

cos, la diferencia entre ambos actores radica en que la ayuda brindada por los trabajadores sociales se apega a lineamientos institucionales y se formaliza por medio de instrumentos técnico/administrativos.

Para los médicos, la *ayuda* que ejercen los trabajadores sociales tiene una lógica benefactora y de buena voluntad por estar dirigida a pacientes y familiares de bajos recursos. Relacionan este concepto con la capacidad de identificar necesidades y problemas sociales; realizar procesos de clasificación socioeconómica; ofrecer información sobre los servicios hospitalarios; ubicar a los familiares en albergues y gestionar apoyos como despensas y medicamentos ante otras instituciones. Aquí algunas expresiones de médicos residentes recuperadas del ejercicio asociativo:

Ayuda a ver qué o cuáles son los problemas del paciente para poder hacer una intervención (EAL98-MR2).

Brindan una explicación que ayuda y facilita al paciente y sus familiares, ya que desconocen el movimiento hospitalario (EAL87-MR3).

Los médicos asociaron la práctica de los trabajadores sociales con una serie de cualidades: *empatía, amabilidad y responsabilidad*, las cuales parecieran innatas o que vienen por añadidura en quienes ejercen algún tipo de ayuda hacia grupos en situación de carencia socioeconómica o emocional. Los términos mencionados refirieron actos de comportamiento relacionados con el afecto, el buen trato,

la comprensión de sentimientos, mismos que dieron cuenta de una actuación que tiene como sellos distintivos: humanismo, calidez, solidaridad y altruismo, como se muestra en las siguientes expresiones de médicos adscritos y residentes:

El paciente debe sentir que el trabajador social está consciente de su situación (EAL59-MA).

El trabajador social entabla comunicación afectiva (EAL129-MR4).

Debe cumplir con su presencia en tiempo y forma para ayudar a pacientes y facilitar su trato (EAL71-MR3).

La única palabra que hizo referencia a las habilidades profesionales de los trabajadores sociales fue *resolutivos*, con un peso semántico de 26; no obstante, aunque es un término con una connotación positiva, apareció en el noveno lugar, sitio donde empieza a observarse un decremento en la red. Este vocablo fue significado como destreza y capacidad de respuesta de los trabajadores sociales para conseguir recursos, apoyos, generar redes, agilizar trámites, realizar gestiones y localizar a familiares de los pacientes.

Por otro lado, el segundo grupo de palabras denominado "actividades de los trabajadores sociales", recopiló términos que refirieron tareas específicas de su ejercicio profesional, enunciadas a partir de las experiencias que los médicos han tenido con dichos profesionistas. Estos vocablos tuvieron el 29% del peso semántico

del Conjunto SAM y se integraron por: *asignación socioeconómica, trámites administrativos y orientación*.

La *asignación socioeconómica* es la segunda palabra de la red con el mayor número de repeticiones (es decir, un peso semántico de 69); fue considerada como la más específica y generalizadora de la lista, al significarse por medio de frases como: *habitualmente...*, *son los encargados...*, *hacen...*, *resuelven...* y *su función principal es...*, expresiones utilizadas para definirla como la principal actividad de los trabajadores sociales.

Los estudios socioeconómicos han sido realizados por estos profesionistas desde 1951, dada su práctica con grupos vulnerables, por tanto, no es extraño que sean vinculados con ellos debido a los orígenes de la profesión. El estudio socioeconómico consiste en una entrevista efectuada por trabajadores sociales al paciente y si este se encuentra hospitalizado se efectúa al familiar responsable; se investigan las condiciones de vida registradas mediante el llenado de un formato organizado generalmente en cuatro secciones: datos generales, condiciones socioeconómicas, vivienda y estado de salud, las cuales permiten determinar un nivel de clasificación del 0 al 6, según la capacidad económica que presenten, a fin de pagar la atención médica, de acuerdo con sus ingresos y gastos. Para realizar un estudio socioeconómico, se requiere cubrir tres condiciones principales:

1. Que el médico solicite su aplicación, porque el paciente será hospitaliza-

- do o requiere de estudios costosos para la atención de su enfermedad.
2. Que el paciente y/o su familia soliciten su aplicación con documentos probatorios (acta de nacimiento, credencial de identificación oficial, comprobante de ingresos y otros), en las oficinas de Trabajo Social.
 3. Cuando el paciente ingresa por el servicio de urgencias.

En voz de los médicos, gracias a la actividad de *asignación socioeconómica* se materializa la ayuda brindada por los trabajadores sociales a los pacientes, porque en ella se definen los pagos a realizar según su situación económica. Aunque la clasificación otorgada en ocasiones genera discrepancias con la percepción del médico, este reconoce que es su espacio de poder, porque su resolución puede perjudicar o beneficiar a los pacientes en el seguimiento de su tratamiento.

Al respecto, Silva y Brain (2015) definen el estudio socioeconómico como un instrumento que aporta información sustancial sobre distintos ámbitos, como las características del sujeto que lo ubican en un nivel categórico estratificado; el conocimiento del entorno familiar, económico y social para aproximar a los integrantes del equipo de salud a la realidad del usuario; las posibilidades de recuperación que el ambiente y la familia ofrecen; los factores que contribuyen o exponen al riesgo en el proceso salud/enfermedad, entre otros. En consecuencia, las informaciones recuperadas son datos que solo los trabajadores sociales tienen. Si fueran utilizados para

elaborar sus diagnósticos sociales y planes de tratamiento, les abrirían espacios para tomar decisiones y ejercerían un liderazgo en los procesos sociales de la enfermedad de los pacientes; pero al ser poco socializada su trascendencia, lo han convertido en otro trámite administrativo que sirve para definir pagos.

Al significar los médicos *asignación socioeconómica* como la principal actividad de los trabajadores sociales, se identificaron frases que contribuyeron a la configuración de una imagen como "cobradores sociales" o "generadores de descuentos". Aquí algunas expresiones de los residentes:

Apoyan en los trámites para que los pacientes paguen las cuentas hospitalarias (EAL126-MR2).

Asignan el nivel socioeconómico para que les cobre el hospital (EAL1-MR3).

En un sentido generalizador, los médicos asociaron la práctica de los trabajadores sociales con diversos *trámites administrativos* como el estudio socioeconómico y la orden de pago. Así, a pesar de que ocupó el quinto lugar de la red y tuvo 38 de peso semántico, la palabra *trámites* fue la más utilizada en el contenido de las frases, al mencionarse no solo en los términos directamente vinculados con esta actividad, sino también como complemento de las oraciones usadas al explicar otros vocablos con los cuales se asocia la práctica profesional, por ejemplo, asesoría, atención, orientación y otras. Así se muestra a continuación:

Exceso de trámites administrativos (EAL119-MR3).

Orientan sobre los trámites a realizar (EAL112-MA).

Su principal función en este hospital es la gestión de trámites administrativos (EAL37-MR2).

Finalmente, se puede señalar que de los integrantes del equipo interdisciplinario de salud, los trabajadores sociales son los que tienen mayor carga administrativa, por ende, la aparición de expresiones que configuran la imagen de su práctica como: "puros papeles" o "habitualmente son los encargados de compilar papelería para el ingreso de los pacientes", reafirman lo dicho. Estos profesionistas requisitan diversos formatos que dan continuidad a una serie de procesos: evaluación social, ingreso y egreso hospitalario, apoyo al voluntariado para pacientes hospitalizados, trámites de ambulancia, casos médicos legales, préstamo de sillas de ruedas y otros. Los *trámites administrativos* realizados por los trabajadores sociales son desarrollados durante las fases de ingreso, permanencia y egreso de los pacientes, de ahí que su contacto principal son los familiares, a quienes brindan orientación sobre diversos trámites.

Conclusiones

La expresiones de los médicos acerca del objeto no están dissociadas de la frase estímulo (práctica profesional de los trabajadores sociales). Además, hay un grado

de cohesión entre los términos de 5.42, el cual es un indicativo del nivel de consenso entre algunos vocablos.

Las asociaciones de palabras de los médicos del HGM se organizaron mediante los términos *ayuda y asignación socioeconómica*. Por tanto, no es extraño que los sellos distintivos que caracterizaron al trabajador social fueran: sensibilidad, humanismo, solidaridad, buen trato y altruismo, manifestados en una relación de tintes asistenciales con pacientes y/o familiares en situación de carencia socioeconómica y emocional.

Asimismo, los términos vinculados están relacionados con las funciones asignadas por la institución a los trabajadores sociales, porque de una plantilla de 116, solo hay 17 que ocupan puestos de alta dirección, pero solo dentro del departamento (jefe, subjefe, coordinadores y supervisoras); mientras que 99 se concentran en áreas operativas, cuyas funciones principales son de tipo técnico/administrativo: elaboración de estudios socioeconómicos; brindar asistencia a pacientes y/o familiares; aplicar instrumentos para recabar información sobre la calidad de los servicios; gestionar ayudas diversas a los pacientes; orientar acerca de variados trámites a realizar dentro y fuera del hospital, entre otras.

Lo anterior significa que la dinámica hospitalaria desempeña un papel determinante en la configuración de las expresiones que los médicos asocian con los trabajadores sociales. Los espacios para el desarrollo de su ejercicio los coloca como un personal administrativo con una débil

injerencia desde su campo disciplinario. El rol asignado ha contribuido a protocolizar su función, puesto que se les ha encomendado principalmente la gestión administrativa de los servicios sociales, de ahí que los asocien con este tipo de tareas.

El encasillamiento en actividades de tipo administrativo se da desde la aparición de su papel profesional en el Hospital General de México y es consecuencia de los siguientes factores: nula o escasa presencia en escenarios de decisión institucional; limitado conocimiento de los mandos superiores sobre el rol de los trabajadores sociales, lo cual provoca que sus actividades estén direccionadas hacia procedimientos técnicos/operativos. Estos y otros elementos causan que los médicos no tengan la imagen de un profesional con campos de conocimiento específicos, sino como un apoyo administrativo en ámbitos sociales.

Lo anterior sitúa al trabajador social en una práctica de tipo tradicional, al asociarlos con acciones de ayuda institucional a partir de la operación de programas de asistencia social, donde destacan sus acciones humanistas, apoyos socioeconómicos y labor de acompañamiento con actitud solidaria a los familiares que presentan condiciones de vulnerabilidad. Esta situación resulta reduccionista, ya que lo coloca como un personal que "ayuda a través de la gestión de recursos socioeconómicos" sin que aparezca la imagen de un profesional de mayor relevancia y con una participación más activa en los equipos interdisciplinarios de la salud.

Debe señalarse que solo aquellos médicos que han tenido algún tipo de expe-

riencia con este profesionalista tienen una imagen de cuál es el tipo de actividad que desarrolla. De acuerdo con las posturas contemporáneas de Trabajo Social sobre la configuración de la identidad profesional, el que no exista una idea clara sobre la función de este profesionalista puede provocar que el ejercicio se dificulte. Por consiguiente, para que los trabajadores sociales tengan una participación distinta en ámbitos tradicionales como la salud, se sugiere reforzar su formación académica desde el nivel superior y generar especialidades en el campo sanitario, lo que probablemente impactaría en la configuración de la imagen que tienen los médicos.

Si bien la especialización profesional no resuelve todos los problemas de la práctica, es uno de los caminos que fortalecería su desarrollo. Las mallas curriculares en Trabajo Social en el nivel licenciatura, tanto en México como en otros países latinoamericanos, no contemplan asignaturas específicas u optativas sobre el ámbito sanitario, solo materias generales relacionadas con temas de salud pública que no brindan a los estudiantes las herramientas suficientes para intervenir desde el corpus de la disciplina.

Algunos trabajadores sociales de nivel licenciatura que ingresan a laborar en el área de la salud carecen de una formación específica en dicho ámbito. Por tanto, al entrar desconocen cuáles son los tipos de enfermedades, cómo se diferencian, qué factores sociales intervienen, cuáles son los criterios de riesgo y cómo se interpretan los diagnósticos médicos. Si contaran con una formación más completa

desde el nivel superior y existieran más opciones de posgrados de Trabajo Social en salud, podrían intervenir por especialidades; desarrollar programas de planificación de la alta; diseñar protocolos y diagnósticos sociales con apego a criterios científicos, y no desde el sentido común.

Los trabajadores sociales deben apostar por una actuación construida desde conocimientos científicos y no des-

de la espontaneidad. Es indispensable que realicen una labor educativa en la que comuniquen cuáles son sus funciones, esto permitirá que los médicos los consideren para actividades de mayor densidad profesional. Si esto se logra, impactará positivamente en la consolidación de un gremio más integrado, pues la unificación de saberes posibilita la articulación de las acciones realizadas en el ejercicio laboral.

Semblanza

Pedro Daniel Martínez Sierra. Candidato a doctor en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); maestro en Trabajo Social por la UNAM. Docente de asignatura de práctica comunitaria de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM; y del Tecnológico Nacional de México, campus Gustavo A. Madero.

Referencias

- Aguayo, C. (2006). *Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder*. Buenos Aires, AR: Espacio Editorial Buenos Aires.
- Aylwin, N. (1999). Identidad e historia profesional. *Revista Colombiana de Trabajo Social*, 13, 7-23. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr>
- Campillo, M., Saéz, J., y Del Cerro, F. (2011). El estudio de la práctica y la formación de los profesionales: un reto a las universidades. *Revista de Educación a Distancia-Docencia Universitaria en la Sociedad del Conocimiento*, 6, 1-23 Recuperado de: <http://www.um.es>
- Deslauriers, J. P., y Hurtubise, Y. (dirs.) (2007). *El Trabajo Social Internacional. Elementos de comparación*. Buenos Aires, AR: Lumen-Humanitas.
- Evangelista, E. (1998). *Historia del Trabajo Social en México*. Ciudad de México, MX: ENTS-UNAM-Plaza y Valdés.
- Fernández, J. A. (2007). La profesión desde la sociología de las profesiones. En Fernández, J. A., Barajas, G., y Barroso, L. (compilación, traducción y edición). *Profesión, ocupación y trabajo. Eliot Freidson y la conformación del campo*. Ciudad de México, MX y Barcelona, ES: Ediciones Pomares.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento*. Barcelona, ES: Península.

- Gómez, V. M., y Tenti, E. (1989). *Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*. Buenos Aires, AR: Miño y Dávila Editores.
- Hospital General de México. (2017). *Manual de Organización Específico del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*. Recuperado de: <http://www.hgm.salud.gob.mx>
- Mercado, L. (2002). *El docente de educación básica, representaciones sociales de su tarea profesional* (Tesis inédita de doctorado). UNAM, Ciudad de México, México. Recuperado de: <http://tesis.unam.mx>
- Molineri, M., Esmoris, A. L., García, M., La Greca, N., Pérez, C., Brudnick, G., Rojas, M. S., y Etchandy, P. (2009). Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar. *Facultad de Psicología-UBA/Secretaría de Investigaciones/ Anuario de Investigaciones*, 16, 231-237. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar>
- Munuera, M. P., y Hernández, G. (2010). Consideraciones históricas relevantes del Trabajo Social sanitario (pp. 34-50). *El imaginario del Trabajo Social en las tesinas de fin de estudios 1938-1983*. Madrid, ES: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Escuela Universitaria de Trabajo Social Universidad Complutense.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de: <http://www.who.int>
- Osler, W. (2011). *El trabajo social y su relación con la salud: una relación histórica*. Recuperado de: <http://www.cgtrabajosocial.es>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. (23ª ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es>
- Reyes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97.
- Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social* (Versión traducida al español). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr>
- Rosacher, M. C. (septiembre, 2015). Acerca de las representaciones sociales de la intervención del trabajador social. Así como nos miran, ¿nosotros miramos? *Margen*, 78, 1-15. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es>
- Silva, M. R., y Brain, M. L. (2015). Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. *Salud pública y trabajo social*, serie número 1. Ciudad de México, MX: ENTS-UNAM. Recuperado de: <http://www.librosoa.unam.mx>

- Valdez, J. L. (1999). *Las redes semánticas naturales. Usos y aplicaciones en la psicología social*. Estado de México, MX: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valero, A. I. (1994). *El Trabajo Social en México. Desarrollo y perspectivas*. Ciudad de México, MX: ENTS-UNAM.
- Vázquez, J. M. (Dir.) (1971). *Situación del Servicio Social en España*. Madrid, ES: Instituto de Sociología Aplicada.