

GOBERNANZA DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Cruz García Lirios (Coord.)¹,

Universidad Autónoma del Estado de México, UAEM-UAP, Huehietoca

Javier Carreón Guillén², UNAM-ENT, Coyoacán

María Luisa Quintero Soto³, UEMEX-UAP, Nezahualcóyotl

José Francisco Rosas Ferrusca⁴, UEMEX-UAP, Toluca

Francisco Rubén Sandoval Vázquez⁵, UAEM, Cuernavaca

Juan Mecalco Ortiz⁶, UAM-Iztapalapa

Daniela Mendoza Alboreida⁷, UNAM-ENTS; Nezahualcóyotl

Resumen.- La prevención de la salud es considerada una estrategia central en la asistencia social que se práctica en hospitales públicos y centros de salud, pero otras funciones relativas a la adherencia al tratamiento o la aceptación de la fase terminal parecen evidenciar a las organizaciones que lejos de establecer relaciones colaborativas, instrumentan estrategias de atención focalizada. En este sentido, el contraste de ocho supuestos alusivos a la asistencia social se llevó a cabo en un estudio exploratorio y transversal con una muestra no probabilística de 340 profesionales del Trabajo Social. Los resultados muestran que la función terapéutica es el eje sobre el que gira la asistencia social en la región, aunque los demás factores tuvieron una incidencia preponderante que sugirió el ajuste del modelo hipotético con respecto a los datos observados [$\chi^2 = 15,25$ (23 gl) $p = 0,000$; GFI = 1,000; RMR = 0,000]. En referencia a revisiones y estudios en la demarcación, los resultados fueron discutidos.

Palabrasclaves.- *salud, asistencia, modelo, Trabajo Social, adherencia al tratamiento*

GOVERNANCE OF SOCIAL ASSISTANCE

Abstract.- Preventing health is considered a welfare-centered strategy that practice in public hospitals and health centers, but other functions related to adherence or acceptance of the terminal phase seem to demonstrate to organizations far from establishing collaborative relationships, instrumented strategies focused attention. In this sense, the contrast of eight suspected alluding to social assistance was conducted in an exploratory cross-sectional study with a nonrandom sample of 340 social work professionals. The results show that the therapeutic function is the axis on which turns social assistance in the region, although other factors had a dominant effect that suggested adjusting the hypothetical model with respect to the observed data [$\chi^2 = 15.25$ (23 gl) $p = 0.000$; GFI = 1.000; RMR = 0.000]. Referring to reviews and studies in the demarcation, the results were discussed.

Keywords.- *health, support, model, Social Work, adherence to treatment*

¹ Estudios de Doctorado en Psicología. Profesor de asignatura, UAEM-UAP, Huehietoca: garcialirios@yahoo.com

² Doctor en Administración, Profesor de carrera titular "A", UNAM-ENTS, Coyoacán: javierg@unam.mx

³ Doctora en Ciencia Política, Profesora de Tiempo Completo, UAEMEX-UAP, Nezahualcóyotl: quinluisa@yahoo.com.mx

⁴ Doctor en Administración Pública, Profesor de Tiempo Completo, UAEMEX-UAP, Toluca: fjrosasf@uaemex.mx

⁵ Doctor en Ciencia Política, profesor de tiempo completo, UAEM, Cuernavaca: sandovaz@hotmail.com

⁶ Estudiante de psicología, UAM-Iztapalapa: mecalcojuan7@hotmail.com

⁷ Maestra en Trabajo Social, UNAM-ENTS; Nezahualcóyotl: danielamendozaunam@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La asistencia social, sin desconocer su relación con programas y políticas públicas, implica la construcción de identidades en las que los profesionales del Trabajo Social están inmersos. Esto es así porque a diferencia de otras profesiones que desarrollan agotamiento, despersonalización o frustración hacia grupos vulnerables, marginados o excluidos, el Trabajo Social es un gremio que desarrolla más bien procesos de empatía, confianza, compromiso y satisfacción de vida, aunque no necesariamente se vea reflejado en la calidad de la atención a enfermos, convalecientes o rehabilitados.

Empero, el área de la salud ha sido identificada como factor de estrés en el que profesionales de enfermería, medicina o psicología desarrollan más bien un desapego a usuarios de los servicios de salud como lo reflejan las denuncias por negligencia, aunque la calidad de vida de los pacientes dependa del soporte familiar, estos profesionales de la salud han logrado con cierta eficacia influir en el bienestar subjetivo como indicador de salud.

No obstante que los profesionales del Trabajo Social están motivados por apoyo social que contraviene el auto-cuidado de la salud, los demás profesionales de la salud no sólo comparten este rasgo organizacional, sino además promueven el uso de centros de salud popular.

De este modo, la asistencia social implica relaciones de dependencia entre profesionales de la salud y usuarios del sistema social de salud, pero en el caso del Trabajo Social; gestión, mediación, promoción, visitas o peritaje obedecen más a valores altruistas, relaciones empáticas o motivos de satisfacción que la instrumentación de ciencias de la salud.

Es por ello que resulta fundamental explicar las dimensiones de la asistencia social en el ejercicio y práctica profesional del Trabajo Social en el sector salud. Precisamente, el objetivo del presente estudio es explorar tales dimensiones a fin de poder anticipar la calidad de los servicios públicos de salud.

En términos organizacionales, los centros de salud y hospitales públicos son entidades de asistencia que: 1) instrumentan conocimientos y habilidades orientados a la promoción de la salud, atención y rehabilitación, pero 2) requieren del soporte familiar y asistencial que active relaciones empáticas, cooperativas, gestoras e incluso emprendedoras a fin de poder garantizar la preservación de la organización y adecuar su ajuste a los requerimientos institucionales, políticos, económicos y sociales.

Derivado de ambas dimensiones, racional y emocional, la prueba empírica de un modelo supone el contraste de relaciones hipotéticas que reflejen la asistencia social en el ámbito de la salud pública y social.

Los estudios que se han enfocado en el análisis de la organización se han desarrollado a partir de tres fundamentos desde los que la productividad (Vargas,

2011), calidad (Yuangion, 2011) o competitividad (Chitarroni, 2013) han interactuado con el clima de relaciones humanas.

A partir de la hipótesis según la cual existen asimetrías entre administrativos y operativos, se consideró a la organización como un sistema de relaciones colaborativas en torno a las cuales los incentivos salariales resultaban insuficientes para desincentivar la renuncia de los trabajadores quienes se percibían excluidos de las decisiones y estrategias (Adenike, 2011).

Los estudios organizacionales pronto advirtieron que el clima de relaciones humanas determinaba la estabilidad de los sistemas productivos con fines de lucro, sin embargo, los análisis en torno a la cultura organizacional descubrieron el impacto de la violencia (Carreón, 2014), agotamiento (García, 2010), despersonalización (García, 2012), frustración (Carreón, 2013) y burnout (García, 2013) sobre el desempeño.

Empero, estos mismos hallazgos permitieron descubrir otro proceso que se gesta en paralelo al interior de los grupos: la felicidad. Se trata de factores que se gestan en micro, pequeñas y medianas empresas cooperativas que al establecer alianzas con comunidades activan el desarrollo endógeno, no en un sentido económico, sino en un sentido de comunidad.

De este modo, las teorías de la organización relativas a la administración científica del trabajo, el humanismo y la cultura laboral permitieron el desarrollo de modelos psicológicos y organizacionales que coadyuvarían a la construcción de empresas socialmente responsables para con sus empleados y el medio ambiente (Carreón, 2013). En este sentido, un factor preponderante en los procesos de felicidad cooperativa y comunitaria ha sido el compromiso laboral (Borjas, 2010).

La psicología de las organizaciones ha planteado que los procesos productivos son inherentes a los procesos cognitivos de quienes laboran en una organización (García, 2014).

En referencia al desarrollo organizacional, los estudios psicológicos organizacionales han demostrado que el compromiso es un factor de sistematización de la producción. En tal sentido, el compromiso es asumido como un conjunto acciones, roles, motivos y expectativas que generan una dinámica colaborativa entre los integrantes de un grupo de trabajo u organización productiva (Vargas, 2013).

En síntesis, la Teoría de la Asistencia Social explica la influencia de las políticas públicas y programas institucionales en la práctica profesional del Trabajo Social. En este sentido, hospitales regionales y centros de salud desarrollan climas organizacionales que favorecen las relaciones asimétricas, o bien, relaciones colaborativas entre profesionistas de la salud. De este modo, la teoría anticipa la emergencia de factores que coadyuvan a la calidad de vida de los actores implicados.

Los estudios relativos al clima laboral han establecido cuando menos ocho factores a partir de los cuales es posible inferir una cultura laboral y con base en ella anticipar su desarrollo, o bien, su detrimento.

La llamada escuela clásica, a diferencia de la humanista y la holista, concibe a la organización como un escenario de optimización de tiempos y movimientos a partir de la dirección de sus líderes y la incentivación salarial de sus empleados (Carreón, 2013). En este sentido, el clima organizacional es producto de la toma de decisiones racional de maximización de ganancias y minimización de costos. En este proceso, el compromiso laboral está vinculado con la lealtad al líder y sus estrategias de incentivación salarial (Cuesta, 2012).

En contraste, la escuela humanista, desde su enfoque psicosocial y antropológico asume que la organización está integrada por individuos y grupos con tradiciones y costumbres, creencias y motivaciones que suponen un compromiso de los trabajadores consigo mismos y su grupo más que a la organización en sí (Díaz, 2013).

Es así como la gestión de la salud ha sido estudiada desde ocho dimensiones a partir de las cuales se asumen a los factores racionales y emocionales como determinantes de un sistema de salud pública; compromiso (Lanier, 2012), emprendimiento (Gargallo, 2010), responsabilidad (Long, 2013), capacitación (Coronel, 2010), conocimiento (Mañas, 2012), humanismo (Medina, 2010), estrés (Maruco, 2012) y formación (Prada, 2013) son centrales en la asistencia institucional (García, 2014).

¿Cuáles son las dimensiones racionales y emocionales de la asistencia social que se gesta desde el Trabajo Social en el contexto de la prevalencia de diabetes mellitus en población económicamente productiva e influencia en el sector infantil vulnerable del estado de Morales?

La cuestión planteada acerca de las dimensiones del compromiso laboral puede ser respondida desde un modelo de especificación de relaciones entre ocho factores reflejantes; gestión, mediación, promoción, documentación, terapia, peritaje, tanatología y visitas.

El modelo parte de ocho supuestos en torno a los cuales la práctica profesional del Trabajo Social no sólo tiene un sentido humanista que explica el establecimiento de relaciones empáticas, sino además supone la instrumentación de conocimientos y habilidades, aunque distantes de la atención focalizada de la diabetes mellitus y la influencia que afectan a la población productiva y vulnerable.

Sin embargo, el modelo combina factores vinculados con la racionalidad y la emocionalidad que supone la salud pública y social, ya que la ciencia requiere del soporte social, familiar e institucional. En este escenario, el Trabajo Social relativo a la gestión, promoción y mediación resulta fundamental.

MÉTODOS

Diseño. Se llevó a cabo un estudio exploratorio y transversal.

Muestra. Selección no probabilística de 340 profesionales (160 hombres y 180 mujeres) con ingresos mensuales promedio de 920 USD (DE = 15,0 USD). La formación profesional consiste en 45% con estudios de posgrado, 23% con

estudios de licenciatura y 32% con estudios técnicos. El 58% pertenece a alguna asociación sin fines de lucro mientras que el 26% participa en una empresa familiar y 16% no pertenece a alguna asociación civil o emprendedora. El 70% se involucró en la asistencia social debido a motivos vocacionales y el 30% eligió la profesión por recomendaciones de familiares o amigos. El 66% declaró estar dispuesto a ayudar a alguien en términos económicos, mientras que el 20% dijo que ayudaría a alguna persona por motivos personales y el 14% señaló que preferiría gestionar la ayuda para esas personas en desgracia.

Instrumento. Se utilizó la *Escala de Asistencia Social* de García-Lirios (2014) la cual incluye reactivos en torno a gestión, mediación, promoción, investigación, terapia, peritaje, tanatología y visitas. Cada reactivo incluye cinco opciones de respuesta que van desde “nunca” hasta “siempre”.

Procedimiento. Se contactó a los profesionales del Trabajo Social en su ámbito laboral previa solicitud de entrevistas con el área de recursos humanos y permiso correspondiente de un representante del hospital público o centro de salud. Una vez expuestos los objetivos de la encuesta, se les informó a los participantes acerca de los resultados de la investigación y su nula incidencia en su situación laboral y salarial. Los datos fueron procesados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) y Análisis de Momentos Estructurales (AMOS por sus siglas en inglés) ambos en sus versiones 22,0

Análisis. Se llevó a cabo un análisis de relaciones reflejantes en las que los valores entre el factor y los indicadores cercanos a cero fueron asumidos como evidencias de relaciones espurias mientras que los valores próximos a la unidad se asumieron como relaciones colineales. Respecto a la consistencia de los valores, la distancia entre el valor más alto y bajo inferior a una décima fue asumido como evidencia de distribución normal y confiabilidad del instrumento. Además si estos valores resultaban ser mayor a 0,300 se asumían como evidencia de validez de constructo. Respecto al ajuste del modelo, el valor chi cuadrada significativo fue considerado vinculado del tamaño de la muestra, por ello se empleó el Índice de Bondad de Ajuste e Índice Residual Medio como parámetros de contraste de los supuestos especificados.

RESULTADOS

Los valores entre el factor los ocho indicadores muestran una confiabilidad y validez superiores al umbral requerido de 0,70 y 0,300 así como errores de medición y errores de disturbio próximos a cero

Empero, el factor relativo a la terapia de enfermos terminales ($\beta = 0,79$) parece mostrar que la asistencia social está determinada por criterios de prioridad en los que el deterioro de la salud tiene una mayor relevancia que la gestión, mediación, promoción, documentación, peritaje, tanatología o visitas domiciliarias.

También es posible observar que los valores de errores de medición con respecto a cada uno de los ocho factores son cercanos al cero los cuales fueron considerados como evidencias de ajuste. En este sentido, los parámetros de

ajuste y residual muestran que las hipótesis planteadas deben ser aceptadas [$\chi^2 = 15,25$ (23 gl) $p = 0,000$; GFI = 1,000; RMR = 0,000].

En suma, los resultados muestran que el modelo explica con consistencia interna de sus indicadores y validez de las relaciones entre estos y el factor la asistencia social que supone la práctica del Trabajo Social, pero dado que la selección de la muestra no fue probabilística, es menester asumir que estos hallazgos sólo pueden ser considerados paralos hospitales y centros de salud en donde se llevó a cabo el estudio.

DISCUSIÓN

En referencia a los hallazgos de Carreón (2014) y García, (2010) en los que la asistencia social es inferida por el clima de colaboración y tareas, en el presente estudio se establecido a la práctica de la asistencia terapéutica como eje central del programa institucional en referencia a otras siete funciones.

Sin embargo, la diabetes mellitus e influenza son enfermedades que pueden ser prevenidas y por ende se esperarí que la actividad central del Trabajo Social en la región fuese la promoción de la salud.

También es importante resaltar que el estudio sólo se limitó a encuestar las percepciones de los profesionales del Trabajo Social sin contrastarlo con otras profesiones relativas a la salud como la medicina, enfermería o psicología. Un estudio comparativo entre las profesiones permitiría esclarecer la prevalencia de la asistencia social en hospitales públicos y centros de salud de la región.

CONCLUSIÓN

El aporte del presente estudio al estado del conocimiento estriba en que las organizaciones de salud pública y bienestar social al ser responsables de la prevención de enfermedades, en los casos estudiados, lejos de aproximarse a la promoción de la salud dedican sus esfuerzos, al menos en cuanto al Trabajo Social se refiere, a coadyuvar la aceptación de la enfermedad y reactivar la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS

- Adenike, A. (2011). Organization climate as a predictor of employee job satisfaction. *BusinessIntelligenceJournal*, 4, 151-166
- Borjas, L. (2010). El espíritu empresarial desde las representaciones sociales: caso Venezuela. *Ciencias Sociales*, 5, 149-165
- Carreón, J. (2013). Clima organizacional en trabajadoras sociales vinculadas con hospitales públicos. *Management Magazine*, 4, 1-16
- Carreón, J. (2014). Emprendedurismo migrante y comerciante. *Tlatemoani*, 15, 1-30
- Chitarroni, A. (2013). Responsabilidad social empresarial: ¿Una traslación de los principios cooperativos al ámbito de las empresas comerciales? *Enfoques*, 25, 39-64
- Coronel, A. (2010). Capacitación del capital humano para una inversión de desarrollo. *Eureka*, 7, 71-76
- Cuesta, A. (2012). Modelo integrado de gestión humana y del conocimiento: una tecnología de aplicación. *Revista Venezolana de Gerencia*, 57, 86-98
- Díaz, S. (2013). Lo humano en la Teoría de las Organizaciones. *Visión gerencial*, 12, 45-57
- García, C. (2010). Estructura del clima organizacional en un supermercado. *Poiesis*, 20, 1-10
- García, C. (2011). Estructura del estrés laboral. *Alternativas*, 25, 22-33
- García, C. (2012). Modelamiento de variables sociopsicorganizacionales a partir de la revisión del estado del arte. *Revista de Trabajo Social*, 28, 13-60
- García, C. (2013). Campos, capitales, habitus y emprendimiento en la formación profesional del Trabajo Social. *Margen*, 70, 1-12
- García, C. (2014). La formación profesional del capital humano en la civilización del cambio climático. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 10 (1), 107-125
- Gargallo, A. (2010). Percepciones de los socios y no socios cooperativistas sobre la satisfacción laboral. *Revesco*, 103, 33-58
- Lanier, J. (2012). Leadership and organizational theory dynamics between middle market private equity forms and the portfolio companies they control. *Journal of Practical Consulting*, 4, 6-21
- Long, H. (2013). The relationships among learning orientation, market orientation, entrepreneurial orientation, and firm performance. *Management Review*, 20, 37-46

- Mañas, M. (2012). Realidad organizacional y teletrabajo. *Comunitaria*, 4, 105-122
- Maruco, M. (2012). Síndrome de Burnout en pediatras. Análisis de variables que podrían potenciar la aparición y agudización de los hospitales generales. *Revista Académica de Ciencias Sociales*.16, 1-9
- Medina, C. (2010). Los estudios organizacionales: entre la unidad y la fragmentación. *Cinta de Moebio*, 38, 91-109
- Prada, R. (2013). La adaptación al cambio y el servicio: claves del liderazgo en el mejoramiento de la productividad en las organizaciones. *Revista de Estudios Avanzados de Liderazgo*, 1, 45-50
- Vargas, J. (2011). Organización del trabajo y satisfacción laboral: un estudio de caso en la industria del calzado. *Nova Scientia*. 4, 172-204
- Vargas, J. (2013). Las organizaciones como cerebros para generar capital social. *International Journal of Good Conscience*, 8, 82-93
- Yuangion, Y. (2011). The impact of strong ties on entrepreneurial intention. An empirical study based on the mediating role of self-efficacy. *Journal Entrepreneurship*, 3, 147-158