

Representaciones sociales de los profesionales de la salud acerca de la población usuaria de los servicios de pediatría y neonatología en hospitales generales públicos.

Gaillard, Paula, Grippo, Leticia y Longo, Roxana.

Cita:

Gaillard, Paula, Grippo, Leticia y Longo, Roxana (2005). *Representaciones sociales de los profesionales de la salud acerca de la población usuaria de los servicios de pediatría y neonatología en hospitales generales públicos. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/291>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/an3>

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ACERCA DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA EN HOSPITALES GENERALES PÚBLICOS

Gaillard, Paula; Grippo, Leticia; Longo, Roxana
Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente trabajo se inscribe en el marco del estudio exploratorio y descriptivo que se propone caracterizar las Representaciones Sociales y Prácticas relativas a las Intervenciones Tempranas en profesionales de la salud de Hospitales Públicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense. Las intervenciones tempranas tienen lugar en el marco de relaciones familiares, institucionales y socioculturales complejas. La valoración de los profesionales de la salud acerca de la necesidad, oportunidad y tipo de intervención, suele verse afectada por las representaciones sociales que los trabajadores de la salud poseen acerca de la población usuaria. De esta forma, las representaciones condicionarán la promoción de acciones neutras, obstaculizadoras o facilitadoras de procesos salutíferos y mecanismos resilientes. La indagación se lleva a cabo a través de entrevistas en profundidad, observación simple y participante y grupos focales.

Palabras Clave

representaciones sociales, profesionales

Abstract

SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT USERS OF PEDIATRIC AND NEONATOLOGIC SERVICES AT PUBLIC HOSPITALS

The present paper is included in an exploratory and descriptive study where we propose to characterize social representations and performances, related to early interventions, in professionals of Public Hospitals from Buenos Aires city and Grand Buenos Aires. Early interventions take place in a complex environment of familiar, institutional and sociocultural relations. The criteria of health professionals about need, opportunity and type of intervention in this critical period of life will be affected by social representations about the users profile. Therefore, representations will promote neutral, negative or positive healthy actions, and the acquisition of resilient capabilities. This research will take place through deep interviews, observations and focal groups.

Key words

social representations, health workers,

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Psicología Social, el concepto de representaciones sociales, como lo definió Moscovici (1984:15), se refiere a “un modo de entender y comunicarse particular, propio de una sociedad o de un grupo social determinado, mediante el cual se construye la realidad y el conocimiento de la vida cotidiana”. Con respecto a las condiciones de producción y de circulación de las representaciones sociales, la identidad y la afectividad del sujeto social son esenciales en su construcción y expresión (Jodelet, 2004).

Gerard Duveen y Bárbara Llyod (2003) consideran que se puede enfocar el estudio de las representaciones sociales desde la perspectiva de una psicología social genética. Sistematizan tres procesos en la construcción de las representaciones sociales: la sociogénesis refiere al proceso histórico social de creación de las representaciones. La ontogénesis da cuenta de la manera en que las representaciones sociales se activan psicológicamente en los individuos. Es el “proceso mediante el cual los individuos reconstruyen las representaciones sociales y al hacerlo, elaboran identidades sociales concretas. (...) (Duveen y Llyod, 2003: 36). El tercer aspecto genético de las representaciones sociales aparece en la interacción social, en las diversas situaciones sociales emergen las representaciones sociales de cada individuo que posibilitan la comprensión de la situación, la ubicación del propio sujeto y del otro/s.

El presente trabajo se propone indagar algunas de las representaciones sociales que intervienen en la construcción de la subjetividad social, en particular en lo referido a las identidades profesionales y de la población usuaria, de una submuestra intencional de profesionales de la salud de hospitales generales públicos del Conurbano Bonaerense y de la Ciudad de Buenos Aires, pertenecientes a los servicios de neonatología y de pediatría. La metodología utilizada es cualitativa y privilegia la perspectiva Emic.

RESULTADOS PRELIMINARES Los otros

Denise Jodelet (1998) propone que la alteridad sería un producto de un doble proceso de construcción y de exclusión social que mantiene su unidad por medio de un sistema de representaciones sociales. Construcción que distingue entre la alteridad de “afuera” (que se refiere a lo exótico en relación a una cultura determinada) y la alteridad de “adentro” (que se relaciona con y se refiere a aquellos que se distinguen en el seno de un conjunto comunitario por estar marcados con el sello de la diferencia). La alteridad de “afuera” queda integrada por la población perteneciente a otras nacionalidades o a comunidades específicas: peruana, boliviana, ucraniana, coreana, gitana (hospitales generales del conurbano); peruana, boliviana, china, y yugoslava (hospital general de Ciudad).

La mayor parte de los profesionales valora en su discurso en forma positiva o neutra a estas poblaciones y las caracteriza a partir de particularidades culturales observadas en relación a las prácticas de cuidado de sus bebés y niños/as. Por ejemplo, la mayoría asocia la cultura boliviana con amamantamiento prolongado y una buena nutrición tanto materna como infantil o a la población china con falta de amamantamiento y cuarentena postparto. No obstante, en la mayor parte de los entrevistados, el inmigrante suele ser nominado como “extranjero”, extranjería

que también se construye en prácticas de atención diferenciales y guiadas por el *criterio de rivalidad* (Ej. "Si hay dos remedios y se le da uno a un extranjero, se le restan posibilidades al argentino" Profesional Área Programática Hospital General de Ciudad); y en los mitos hospitalarios, por ejemplo el de los "tours de extranjeros".

La alteridad de "adentro" se construye a partir de los obstáculos en relación a la atención y a un proceso de responsabilización de los usuarios/as (especialmente las madres pobres) por las problemáticas de salud que aquejan a sus niños/as.

Mientras que "lo cultural" y "lo natural" en la población de clase media y media alta es vivida como lo que cuestiona al sistema y las prácticas de salud (mayor exigencia, crítica de las prácticas -parto natural, tratamientos naturales, etc.-), "lo cultural", "los hábitos", se configuran en los grupos poblacionales pobres como resistencias a normas y prácticas sanitarias instituidas (Mabel Grimberg, 1995). Dentro de este grupo se mencionan especialmente las "madres adolescentes", las "madres sin niveles de alarma", las "madres que llegan sin controles".

La población como objeto de tutela

En los relatos de los profesionales de la salud, las características o acciones de la población más reconocidas como favorecedoras de la salud son las relacionadas con la adherencia a los tratamientos: "compromiso y estabilidad en relación a asistir al hospital", cuando "se sacrifican a pesar de lo económico", "fidelidad al tratamiento", "que la mamá tenga confianza y venga a contar", "la información que tendrían que tener innata", "avidez por conocer más"

En términos generales y desde las distintas disciplinas (médica, psicológica, trabajo social), se distingue una visión mayoritaria en la que la población aparece como carente, tanto en relación a los recursos económico-sociales como en relación a recursos para el mantenimiento de su propia salud. En segundo lugar, aparecen aquellas características poblacionales que favorecen la salud como actitudes que achican la distancia entre el paciente y el sistema de salud y las características de orden intrapersonal (educación, información). En pocos relatos se bosquejan en forma rudimentaria, características poblacionales que remiten a un cierto orden colectivo (organización, participación, conciencia de derechos).

La población usuaria = a la suma de las partes

La menor cantidad de personal y la mayor demanda en los hospitales públicos, genera imágenes y afectos de hostilidad en relación a la población usuaria.

La lógica de identificación de la población atendida se caracteriza por operaciones relativas a *Cuantificaciones estadísticas*: "treinta para atender", "cuatro por hora"; *Colectivizaciones amenazantes*: "el malón", "la bomba de la sala de espera".

Tanto en las entrevistas como en los grupos focales, aparecen imágenes recurrentes como el "malón", "la bomba" (para referirse a la población que aguarda ser atendida en la sala de espera); y "la trinchera" (para referirse a la modalidad de trabajo y a la situación de los profesionales de la salud).

Las significaciones condensadas en estas imágenes remiten a un agrupamiento de personas indiferenciadas, primitivas, convocadas en un mismo lugar por la promesa de apropiarse en forma violenta y sorpresiva de un bien escaso. También a un tiempo límite, a un trabajo contra reloj y al temor a que la reunión de una masa crítica concluya con una explosión sorpresiva. En relación a la imagen de "la trinchera", la misma se asocia con una idea de frontera artificial, defensiva, de rechazo al agresor. **Espacialización y actores sociales**

El espacio subjetivo que recorta la medicina positiva en la definición de su objeto es, históricamente, sólo una manera de espacializar la enfermedad -ni la primera ni la más fundamental-. Sólo en el período histórico del siglo XIX, el espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de localización del mal en el cuerpo, han sido superpuestos en la experiencia médica (espacialización secundaria). Michel Foucault llama

espacialización terciaria al "...conjunto de los gestos por los cuales la enfermedad, en una sociedad, está cercada, médicamente investida, aislada, repartida en regiones privilegiadas y cerradas, o distribuida a través de los medios de curación, preparados para ser favorables." (Michel Foucault, 1986). Se trata entonces de la forma en que un grupo practica las exclusiones, establece las formas de la asistencia. Es un lugar de dialécticas diversas: figuras heterogéneas, desplazamientos cronológicos, reivindicaciones y utopías, lugar de entrecruzamiento de un cuerpo de prácticas heterogéneas, sin unidad, que articula las enfermedades con las formas de un espacio social, con características y leyes diferentes.

La aparición y la exclusión de actores sociales de los hospitales generales pone en tensión la espacialización terciaria tradicional. En los relatos de los profesionales de la salud hacen su aparición, con insistencia, nuevos actores: los sectores urbanos medios en los espacios de los "pobres tradicionales". La clase media empobrecida porta mayor exigencia pero también se presenta como amenaza de caída social y sufrimiento para muchos de los profesionales de la salud cuyas condiciones de vida sufrieron similar deterioro (efecto especular).

La población que accede a la atención en la institución hospitalaria no es una muestra representativa de la población total. La accesibilidad es hoy más que nunca, un producto de un proceso social organizado altamente selectivo. (Eliot Freidson, 1978; CoMO, 2003). Se trata para muchos profesionales, de la "puntita del iceberg" de la población con necesidades en salud. Tanto algunos profesionales de los hospitales de Ciudad como del conurbano, comentan el desplazamiento de una gran parte de la población -"los pobres tradicionales", "estructurales"- hacia los centros de salud, unidades sanitarias y salas locales del primer nivel de atención o de su expulsión del sistema de salud. La expulsión social produce un "desaparecido" de los escenarios públicos y de intercambio. Algunos de los profesionales reconocen la figura del expulsado, quien es invisible, no demanda y plantea un límite infranqueable a la práctica profesional (Duschatzky y Corea, 2002).

CONCLUSIONES

Los reiterados recortes presupuestarios que afectaron en los últimos años al sector salud motivan que las instituciones se encuentren desbordadas. Gran parte de los efectos de la crisis recayeron en sectores urbanos medios y los sectores tradicionalmente afectados por la pobreza. Esto se refleja en los datos relacionados con la desprotección social, que aparece como la principal causa de malestar en el trabajo para los trabajadores de la salud (70%) (UBACyT P065; 2001-2003).

La crisis homogeneiza en la desprotección, y la frontera entre los pares antitéticos expertos y profanos, sanos y enfermos, incluidos y excluidos, parece diluirse por efecto de la caída social de los profesionales. Al borrarse esta frontera, las identidades profesionales se ven conmovidas. Resulta propicio, por lo tanto, pensar en la posibilidad de ligar a los saberes profesionales el saber de los familiares, los saberes del territorio. No tanto desde el "deber ser" sino desde una postura ética, e ineludible, en la construcción de espacios de producción de subjetividades, de solidaridades, de convivencia, de integración.

BIBLIOGRAFIA

- Freidson, E. (1978): "La construcción profesional de conceptos de enfermedad". *La profesión médica*. Ed. Península, Barcelona.
- Duven, G. y Lloyd, B. (2003): "Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social" en Castorina, J. A. (comp)(2003): *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona, Gedisa.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2002): *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Paidós. Bs. As.
- Foucault, M.(1986): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada*

médica. México: Siglo XXI Editores.

Grimberg, M. (1995): "Teoría, propuestas y prácticas sociales". En: *Cultura, Salud y enfermedad. Temas en Antropología Médica*. Comp. Alvarez, M; Barreda V. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Bs. As.

Jodelet, D. (2004): Mimeo clase Maestría Psicología Social Comunitaria. Fac. Psicología. UBA.

Jodelet, D. (1998): "A alteridade como produto e processo psicossocial". Angela Arruda (Org.) *Representando a Alteridade*. Vozes, Petrópolis, pp. 47-68.

Moscovici, S. The phenomenon of social representations. En R.M.Farr & Moscovici (Eds.), *Social representations*. (pp. 3-69). Cambridge: University Press. P.15.

Zaldúa, G. y cols (2001-2003): Condiciones de producción de los actos de salud en hospitales públicos. UBACyT P065.