

Diferencias en el clima para la innovación y demandas laborales en profesionales sanitarios y trabajadores sociales y práctica profesional en centros de Atención Primaria de Salud en Andalucía (España)

Differences in climate for innovation and job demands on health professionals and social workers and professional practice in primary care centers of health in Andalusia (Spain)

Daniel Holgado Ramos¹, Isidro Maya Jariego¹, Jorge Enrique Palacio Sañudo²

Resumen

Objetivos: Describir las demandas y el clima para la innovación en centros de Atención Primaria de Salud de un grupo de profesionales sanitarios y trabajadores sociales de salud y determinar los factores que influyen en el desarrollo del rol del trabajador social en el centro de salud.

Materiales y métodos: Se realizó un muestreo intencional por cuotas de 40 centros de salud en Andalucía (España), en los que se entrevistaron a 40 profesionales sanitarios y 40 trabajadores sociales de salud. Se aplicaron escalas de evaluación del clima para la innovación y las demandas del trabajo, el sentido de comunidad, las expectativas de rol y las competencias de los trabajadores sociales.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en la percepción del clima para la innovación entre los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales. Las principales funciones desarrolladas por los trabajadores sociales eran la atención individualizada y la coordinación sociosanitaria. El clima percibido para la innovación en el trabajador social se relacionaba con la adopción de funciones de atención individualizada, la percepción de la satisfacción de sus necesidades profesionales y la percepción de la influencia en la toma de decisiones en el centro.

Conclusiones: Las diferencias encontradas en la percepción del clima para la innovación en el centro entre profesionales sanitarios y trabajadores sociales están relacionadas con la discrepancia entre el rol profesional y los objetivos organizativos. Ello lleva a los trabajadores sociales a optar por funciones alejadas de las competencias normativas de la intervención social en salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud, clima para la innovación, demandas del trabajo, equipo de salud, trabajo social, rol profesional.

¹ Laboratorio de Redes Personales y Comunidades (LRPC). Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla (España).

² Grupo de Investigaciones en Desarrollo Humano (GIDHUM). Programa de Psicología. Universidad del Norte (Colombia).

Correspondencia: Daniel Holgado Ramos. Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, C/ Camilo José Cela, s/n 41018 Sevilla (España) +34 954 557 738 (Teléfono) +34 954 557 711 (Fax). daniel.holgado@gmail.com

Fecha de recepción: 31 de agosto de 2011
Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2011

Salud Uninorte
Vol. 28, N° 1, 2012
ISSN 0120-5552

Abstract

Objectives: To describe work demands and climate for innovation of a group of health professionals and health social workers in primary health care centers and to determine the factors that influence the role development of the social worker in the Primary Health Care Center.

Materials and methods: 40 primary health care centers in Andalucía (Spain) were selected by an intentional non-probabilistic sampling. We interviewed 40 health professionals and 40 health social workers. Assessment scales were applied for climate for innovation and job demands, sense of community, role expectations and social workers competences.

Results: Statistical significance differences were found in the perception of climate for innovation between health professionals and social workers. The main functions developed by social workers were individualized attention and social and health coordination. The perceived climate for innovation by social workers was related to the adoption of functions of individualized attention, to the perceived satisfaction of their professional needs and to the perceived influence on decision-making in the center.

Conclusions: The differences in the perception of climate for innovation in the center between health professionals and social workers are related to the discrepancy between the professional role and organizational objectives. It implies that social workers have to adopt functions away from the normative competencies of social intervention in health.

Keywords: Primary health care, climate for innovations, work demands, health care team, social work, professional role.

INTRODUCCIÓN

El funcionamiento organizativo influye de forma decisiva en la efectividad de los programas sociosanitarios. Existe un conjunto de factores que influyen en la capacidad para implementar los procesos de cambio. Estos elementos pueden ser externos, como la colaboración, la coordinación entre organizaciones sociosanitarias o la aportación de recursos e internos, como los recursos humanos y económicos, el liderazgo o la estructura y los procesos organizativos (1).

Por otro lado, la preparación organizativa para el cambio, que se puede definir como las actitudes e intenciones de los miembros de una organización hacia la necesidad de cambios en el entorno organizativo y la capacidad de la organización para llevar a cabo estos cambios (2), contiene aspectos que relacionan el contexto organizativo, el contexto comunitario y la implementación

de procesos de cambio. De hecho, la preparación organizativa es un antecedente importante en el éxito de la implementación de innovaciones en contextos de atención en salud (2-5).

En el mismo sentido, Feinberg y otros autores (6,7) describieron los factores que influyen en el funcionamiento de los equipos o coaliciones comunitarias de prevención. Identificaron factores a nivel grupal y organizativo, a nivel comunitario y a nivel individual que pueden determinar la efectividad de la implementación de programas comunitarios. En el caso de los factores organizativos y grupales destacaron el funcionamiento de los equipos de trabajo y el liderazgo, la cohesión grupal, el clima organizativo o la participación en objetivos comunes.

Este estudio se enmarca en el sistema de Atención Primaria de Salud en España. A

continuación se describe dicho contexto y el papel que desempeñan los equipos de salud en la provisión de servicios sociosanitarios a la población usuaria.

La Atención Primaria de Salud (APS) en España y los equipos de intervención en salud

La reforma del sistema sanitario de 1984, a través del *Real Decreto 137/1984 del 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud*, permitió definir los elementos básicos que componen el sistema de APS en España, las Zonas Básicas de Salud y los Equipos de Atención Primaria. La Zona Básica de Salud era el marco territorial en el que se desarrollaría la actividad sanitaria, con una delimitación poblacional de entre 5000 y 25 000 habitantes. Su referencia física era el Centro de Salud donde operaría el Equipo de Atención Primaria, conformado de manera jerarquizada por los médicos de familia y los pediatras, los diplomados en enfermería, los auxiliares de enfermería, el personal administrativo y los asistentes y trabajadores sociales. Ambos serían la estructura física y funcional que permitiría una atención primaria coordinada, continua, integral y permanente.

El equipo de APS ofrecería: la asistencia sanitaria a la población adscrita a la zona de salud, la educación sanitaria de la población, las actividades de prevención y promoción de la salud, el diagnóstico de salud de la zona, la evaluación de las actividades sanitarias y sus resultados, las actividades de formación en atención sanitaria y los estudios clínicos y epidemiológicos de la zona y la participación en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

El papel de los equipos de salud en los servicios de APS es fundamental en la intervención sociosanitaria con la población, y

en este caso, el clima organizativo y la integración en la dinámica de funcionamiento de las organizaciones de APS pueden influir en la efectividad de sus actividades profesionales, en el desempeño del rol de sus miembros y en la implementación de innovaciones. Por ejemplo, en la aplicación de una escala de evaluación del clima y la eficacia en la organización a una muestra de profesionales sanitarios se encontró que un mejor clima para la innovación tiene un impacto positivo sobre las demandas de trabajo, mejorando, de esta forma, los resultados organizativos (8).

El clima y la relación entre los miembros del equipo de salud influyen, por tanto, en la satisfacción de los usuarios y en el adecuado desempeño de los profesionales. Disponer en los equipos de trabajo y en el contexto organizativo de (a) estrategias de toma de decisiones compartidas, de (b) iniciativas de apoyo a la actividad profesional y de (c) objetivos organizativos claros y definidos puede ayudar a mejorar la efectividad de las organizaciones de salud (9, 10).

La diversidad de roles y de perspectivas que existen en los equipos de APS aportan también una mayor complejidad a la intervención en salud, lo que puede afectar su funcionamiento (11). Por ello, es necesaria una distribución adecuada de los roles, que permita la complementariedad de funciones junto al intercambio de recursos (12). El papel complementario que puedan ejercer los médicos, los enfermeros, los trabajadores sociales, etcétera, determinará en parte el tipo de intervención sociosanitaria que se plantee desde el centro de salud.

En el contexto de los equipos de salud, también hay que tener en cuenta las expectativas de rol respecto a otros profesionales. Los roles profesionales se negocian en el contex-

to organizativo a partir de las definiciones personales y las expectativas externas (13). La atribución y las expectativas de rol influyen en el desempeño profesional y en la percepción de las demandas y las oportunidades del contexto organizativo. De hecho, la claridad y el ajuste de las expectativas de rol son, entre otros, dos elementos importantes para la efectividad de los equipos multidisciplinares de salud (14).

Otro elemento importante en los equipos de trabajo es el sentido de pertenencia en la organización de cada uno de sus miembros. Por ejemplo, Hughey y otros autores (15) evaluaron el sentido de comunidad en la organización como un componente de la potenciación organizativa en un grupo de servicios de salud. Encontraron que el sentido de pertenencia en las organizaciones evaluadas era un componente facilitador de (a) la delimitación y la flexibilidad de los roles profesionales, (b) la creación de un liderazgo efectivo, (c) el apoyo social entre los miembros de la organización y (d) la confianza mutua en los grupos de trabajo.

En resumen, el funcionamiento del centro de salud y las dinámicas de relación en los equipos de APS influyen en el rol que desempeña el trabajador social en este contexto. De este modo, en este estudio se propone la evaluación de los factores organizativos del centro de salud y su relación con el rol y la práctica profesional del trabajador social y los otros profesionales. Para ello, se describirá el rol del trabajador social como agente de intervención social en salud en el contexto de la APS en España, y se tratará de determinar los factores organizativos que influyen en el desarrollo del rol del trabajador social en el centro de salud. Igualmente, se comparará el clima para la innovación y las demandas del trabajo entre el grupo de profesionales sanitarios y los trabajadores sociales entrevistados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

Se llevó a cabo un muestreo intencional por cuotas, eligiendo un conjunto de 40 centros de APS en Andalucía (España) que pertenecían en su mayoría a zonas urbanas (84.2 %). En cada centro se eligieron dos informantes clave –luego de aprobar el consentimiento informado– para un total de 80 informantes entrevistados entre septiembre y noviembre de 2008. Ellos eran el trabajador social del centro de salud (87.5 % eran mujeres, con \bar{x} 45.41 años de edad y 8.74 años de trabajo en el centro de salud) y otro profesional del mismo centro (88.9 % eran mujeres, con = 44.13 años de edad y 8.59 años de trabajo en el centro). No existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto al sexo, edad o tiempo de trabajo. Más de la mitad de los entrevistados fueron o auxiliares de clínica y celadores (32.5 %) o personal de administración (25 %), seguidos por los enfermeros (20 %) y los médicos (17.5 %).

Instrumentos

Se aplicaron dos instrumentos a los trabajadores sociales y otros profesionales seleccionados en los 40 centros de salud.

En el caso de los trabajadores sociales, se evaluaron los siguientes aspectos:

- El clima organizativo en el centro de salud a través de la escala de Clima para la Innovación y Demandas Laborales (8), que evalúa en qué medida el centro de salud provee al trabajador social de las herramientas necesarias para desarrollar innovaciones en su rol profesional y cómo afectan las presiones organizativas el desempeño laboral.

- Las actividades profesionales y competencias desarrolladas por el trabajador social en el centro de salud: distribución del tiempo de trabajo en el centro, presencia de actividades, competencias y funciones profesionales en el desarrollo profesional del trabajador social: atención sociosanitaria directa e individualizada, coordinación sociosanitaria, promoción de la salud y participación social.
- El sentido de pertenencia al centro de salud, a través de una modificación de la escala de Sentido de Comunidad (16) para poder aplicarla a un contexto organizativo.

En el caso del resto de profesionales de salud entrevistados, se evaluaron los siguientes indicadores:

- El clima organizativo en el centro, a través de la misma escala de Clima para la Innovación y Demandas Laborales (8).
- Las expectativas de rol que estos profesionales tenían respecto a los trabajadores sociales mediante una serie de preguntas abiertas que fueron posteriormente categorizadas.

RESULTADOS

Demandas laborales y clima para la innovación en el centro de salud

Las puntuaciones a la escala de Clima para la Innovación y Demandas Laborales (8) son relativamente altas tanto para los trabajadores sociales como para los demás profesionales entrevistados. Las puntuaciones más altas en los trabajadores sociales corresponden a la falta de tiempo para llevar a cabo el trabajo (\bar{x} 2.82) y la incapacidad para responder a todas las demandas que surgen

en el tiempo de trabajo (\bar{x} 2.82). En el caso de los otros profesionales entrevistados, las medias más altas corresponden también a los dos primeros ítems de la escala (2.80 y 2.77), junto a la falta de recursos personales (\bar{x} 2.89). No se observan diferencias significativas entre los trabajadores sociales y el resto de profesionales entrevistados respecto a las demandas percibidas para la realización de las actividades profesionales y para el cumplimiento de los objetivos profesionales (ver tabla 1).

Tabla 1. Demandas percibidas del contexto de trabajo*

	Trabajador social		Otro profesional		Comparación	
	M	DT	M	DT	t	Sig (bilateral)
Demandas en el trabajo						
Falta de tiempo para el trabajo	2.82	1.17	2.80	1.01	0.10	.923
Incapacidad para atender las demandas	2.82	1.10	2.77	0.93	0.23	.820
Incapacidad para cumplir objetivos	2.63	0.97	2.26	1.08	1.77	.085
Falta de recursos personales	2.61	1.18	2.89	1.06	-1.00	.324
Falta de equipamiento	2.46	1.07	2.18	1.12	1.08	.289
Ausencia de buenas prácticas	2.58	1.00	2.45	0.95	0.61	.548
Encargo de tareas triviales	1.92	1.18	2.31	1.22	-1.57	.125
Media Demandas	2.56	0.60	2.50	0.67	0.440	.662

Fuente: Datos tabulados por los autores.

*Escala utilizada de 0 a 4 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

En la subescala de clima para la innovación, los trabajadores sociales perciben mayores oportunidades de innovación en la mejora de los servicios de atención a los usuarios

(\bar{x} 2.62) y en el respeto a las sugerencias de los usuarios (\bar{x} 2.56). En los demás profesionales, las medias más elevadas se observan en el respeto a las sugerencias de los usuarios (\bar{x} 3.18) y en la mejora continua de los servicios (\bar{x} 3.13) (ver tabla 2).

Tabla 2. Para la innovación en el contexto de trabajo*

	Trabajador social		Otro profesional		Comparación	
	M	DT	M	DT	t	Sig (bilateral)
Clima para la innovación						
Mejora de los servicios de atención	2.62	0.75	3.13	0.95	-2.91	.006
Desarrollo de nuevos servicios de atención	2.33	0.84	3.00	0.86	-4.13	.000
Uso del feedback de usuarios	2.05	0.86	2.82	0.99	-3.52	.001
Tiempo para el desarrollo de servicios	1.90	0.75	2.33	0.93	-2.54	.015
Cooperación en nuevas ideas	2.13	0.73	2.97	0.99	-4.39	.000
Respeto a sugerencias de usuarios	2.56	0.79	3.18	0.79	-4.11	.000
Captación activa de sugerencias	2.38	0.85	3.00	0.95	-3.88	.000
Apoyo práctico a nuevas ideas	2.26	0.75	2.72	0.99	-2.52	.016
Iniciativas para tomar en cuenta a usuarios	2.13	0.86	2.82	0.89	-4.10	.000
Media Clima para innovación	2.26	0.60	2.89	0.65	-5.46	.000

Fuente: Datos tabulados por los autores.

* Escala utilizada de 0 a 4 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

Las diferencias existentes entre la percepción del clima para la innovación en el centro de salud son significativas. Los trabajadores sociales perciben, en general, un peor clima para la innovación en el centro que el resto de los profesionales ($t = -5.46$, $p < .001$).

En resumen, las demandas percibidas por los profesionales entrevistados en el centro de salud son en general elevadas. Estas demandas tienen que ver fundamentalmente con la falta de tiempo para poder cumplir con las funciones y objetivos profesionales y con la falta de recursos. Por otro lado, los resultados son estadísticamente similares para los trabajadores sociales y el resto de profesionales entrevistados. En el caso de la subescala de clima para la innovación, las diferencias sí son significativas. En general, todos los entrevistados parecen encontrar mayores necesidades en la disponibilidad de tiempo para el desarrollo adecuado de los servicios de atención al usuario.

Rol profesional del trabajador social

Se evaluaron cuatro ámbitos relacionados con las funciones normativas y las competencias profesionales en APS:

- *Captación del usuario.* Estrategias para la detección de necesidades entre la población que impliquen una estrategia proactiva en la captación de usuarios hacia el centro de salud o bien la atención a demanda del usuario. La media más alta es para la atención a la demanda del usuario (\bar{x} 2.55, DT = 0.60) y la más baja es para la derivación por otros profesionales de la comunidad (\bar{x} 1.95, DT = 0.81). La media de este ámbito fue de 2.19 (DT = 0.74).

- *Funciones de la atención individualizada.* Prestación de una atención individualizada de carácter sociosanitario e incorporación de estrategias de evaluación de necesida-

des, potenciación de recursos personales y mediación comunitaria en el ámbito individual. Destacaron las funciones de ofrecer información a usuarios sobre servicios y recursos (\bar{x} 2.90, DT = 0.30), además de la potenciación y movilización de recursos personales (\bar{x} 2.67, DT = 0.57), y el estudio de factores y problemas sociales que afecten al individuo (\bar{x} 2.47, DT = 0.68). La media total fue de 2.50 (DT \bar{x} 0.63).

- *Coordinación sociosanitaria.* Colaboración con otras instituciones y profesionales del entorno comunitario en la intervención con la población. Los trabajadores sociales entrevistados conocían y analizaban adecuadamente las redes de recursos en su zona de salud (\bar{x} 2.65, DT = 0.58). Además, se coordinaban con recursos internos y externos al centro de salud implicados en la atención a los usuarios (\bar{x} 2.60, DT = 0.67). La media de este ámbito fue de 2.36 (DT = 0.76).

- *Promoción de la salud.* Actividades de intervención social en salud y la inclusión de factores comunitarios en la atención sociosanitaria a los usuarios del centro de salud. La media más baja fue la realización de estudios de factores sociales de riesgo y protección de la salud (\bar{x} 1.45, DT = 1.06) y el diagnóstico de la incidencia de problemas sociales que repercuten en la salud de los usuarios (\bar{x} 1.65, DT = 0.89). La media fue de 1.89 (DT = 0.87).

Expectativa de rol por parte de otros profesionales

En la tabla 3 se observan los tipos de funciones asignadas al trabajador social por parte de los otros profesionales.

Tabla 3. Tipos de funciones asignadas a los trabajadores sociales*

Actividades	F	%*
Intervención en problemas socio-sanitarios con diversos colectivos	38	95
Tramitación de ayudas, documentación, información de recursos, burocracia.	27	67.5
Mediación y enlace con otras instituciones comunitarias.	13	32.5
Coordinación de otros profesionales del centro de salud.	8	20
Coordinación, canalización y movilización de recursos comunitarios.	4	10
Formación y orientación.	4	10
Otros	2	5

Fuente: Datos tabulados por los autores.

*Porcentajes sobre el total de entrevistados en cada caso.

La mayoría de las respuestas se refieren a la intervención y la evaluación de problemas sociosanitarios con diversos colectivos. Por ejemplo, se menciona la intervención en interrupciones voluntarias del embarazo con adolescentes, los casos de dependencia en mayores y las personas con discapacidad, la atención a colectivos en riesgo como la población inmigrante, etc. También la realización de trámites burocráticos como la solicitud de ayudas o la información sobre recursos comunitarios.

Sentido de pertenencia al centro de salud

La escala de Sentido de Comunidad (16) evalúa cuatro dimensiones del sentido de pertenencia (satisfacción de necesidades, pertenencia, influencia y conexión emocional). El sumatorio de ellas es elevado en los

trabajadores sociales (36.1 sobre 48). La media más baja se encuentra en la satisfacción de las necesidades laborales del trabajador social por parte del centro de salud (\bar{x} 2.82). La media más alta se observa en la pertenencia al centro (\bar{x} 3.49) (ver tabla 4).

Tabla 4. Sentido de pertenencia al centro de salud*

Sentido de pertenencia al centro de salud	M	DT
Creo que el centro de salud en el que estoy es un buen lugar en el que trabajar	3.10	0.71
La gente del centro de salud no comparte mis mismos valores	2.87	0.85
La gente del centro de salud y yo queremos lo mismo para el centro	2.49	0.71
Reconozco a la mayoría de la gente que trabaja en el centro de salud	3.72	0.50
Trabajando en el centro de salud me siento cómodo	3.20	0.69
Muy poca gente del centro de salud me conoce	3.55	1.03
Me preocupa lo que piensa la gente del centro de salud de mi forma de trabajar	2.42	0.96
No puedo influir en cómo es el centro de salud	2.85	0.92
Si hubiese algún problema en el centro de salud la gente que trabajamos en él lo resolveríamos	2.77	0.81
Es muy importante para mi trabajar en el centro de salud	3.25	0.70
La gente del centro de salud no solemos reunirnos con frecuencia	2.55	1.08
Espero trabajar en el centro de salud por un largo tiempo	3.33	0.90
SUMATORIA	36.1	0.42

Fuente: Datos tabulados por los autores.

*Escala utilizada de 0 a 4 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

Clima para la innovación e integración en el equipo de salud

Para determinar los modelos de relaciones entre variables que explican el clima para la innovación percibido por los trabajadores sociales dentro del centro de salud se utilizó la regresión lineal múltiple (*stepwise*). Se realizaron modelos exploratorios previos, en los que se incluyeron diversas variables (demandas y clima para la innovación del contexto, funciones de los trabajadores sociales, sentido de pertenencia al centro) de acuerdo con las aportaciones teóricas de la influencia del sentido de comunidad y la innovación en las organizaciones comunitarias y en el desarrollo y la potenciación del rol profesional.

En el modelo final (ver tabla 5) se incluyeron las dimensiones de satisfacción de necesidades e influencia del sentido de pertenencia al centro de salud. Los resultados mostraron que, dentro de las funciones del trabajador social, solo las relacionadas con la atención individualizada mostraban capacidad predictiva sobre la variable dependiente. Puede que la alta colinealidad entre las funciones del rol del trabajador social influya en la escasa aportación de las otras variables a la explicación de la varianza del clima para la innovación.

Tabla 5. Modelo de regresión lineal para el clima de innovación en trabajadores sociales. Atención individualizada, satisfacción de necesidades e influencia en el centro de salud

	β	ΔR^2	Error de la estimación	Durbin-Watson
Paso 1		140*	.537	
Atención individualizada	389**			
Paso 2		488**	.414	2.067
SOC Necesidades	369**			
SOC Influencia	354**			

Fuente: Datos tabulados por los autores.

** $p < .01$, * $p < .05$.

El modelo explica el 48.8 % de la varianza total de la percepción del clima para la innovación (variable dependiente) en los trabajadores sociales de la salud. Por otro lado, el estadístico de Durbin-Watson es muy cercano a 2, lo que indica que los residuos y las observaciones de las variables son independientes.

Los resultados muestran que (a) una mayor frecuencia de actividades individualizadas, (b) una mejor respuesta del sistema organizativo a las necesidades profesionales de los trabajadores sociales y (c) la percepción de una mayor influencia de estos en el funcionamiento del contexto organizativo explican en gran parte la percepción del clima para la innovación en el centro de salud. Es decir, la integración de los trabajadores sociales en el equipo de salud y la adopción de un modelo de atención asistencial, junto a la percepción de que es posible influir en el funcionamiento organizativo del centro y que este atiende a las necesidades profesionales, facilitan la percepción por parte de los trabajadores sociales que el contexto organizativo apoya sus iniciativas de innovación.

DISCUSIÓN

La integración del trabajador social en el equipo de salud implica su incorporación en la dinámica organizativa de los centros de APS, y se ve condicionada por el ámbito institucional del sistema sanitario. Es frecuente que el trabajador social centre su intervención en la atención a demanda del usuario, más propia del sistema sanitario en el que trabaja que de las competencias normativas de la intervención social en salud (evaluación del riesgo e intervención en el contexto comunitario). En estas tareas destaca la información sobre recursos, pro-

gramas y servicios, junto al estudio de los factores sociales que influyen en los indicadores de salud o en la mediación con estructuras comunitarias. Ello es congruente con las expectativas de rol de otros profesionales acerca de los trabajadores sociales, relacionadas con la intervención sociosanitaria con diversos colectivos, los trámites y la información sobre recursos y el enlace con otros agentes comunitarios.

En cierta forma, lo anterior confirma la convergencia de perspectivas en el tratamiento de problemas entre diferentes profesionales (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) en los equipos de APS (17). Los equipos de trabajo tienden en general a adoptar una visión compartida de los problemas. Por otro lado, el propio esfuerzo por evitar la falta de apoyo profesional e institucional dentro de la organización puede obligar a los trabajadores sociales a facilitar dicha convergencia en cuanto a objetivos, funciones y procedimientos con el resto de profesionales del equipo (18, 19).

Los profesionales que dicen mantener mayor número de contactos con el trabajador social son los médicos y enfermeros. También son los que les asignan mayor variedad de funciones. Como hemos visto, el contacto entre profesionales dentro del centro de salud facilita el conocimiento de las competencias y capacidades, la claridad de rol dentro del equipo de trabajo y la definición de la contribución de cada profesional en la atención al usuario (12).

Por otro lado, la asignación de múltiples actividades al trabajador social, debido a una elevada atribución de funciones, puede provocar una sobrecarga de rol que afecte su desempeño profesional en el equipo de salud (20). La definición de rol del trabajador social desde el contexto organizativo

del equipo de trabajo puede conllevar en ocasiones unas elevadas expectativas en cuanto al número de funciones asignadas (en muchas ocasiones relacionadas con actividades asistenciales y de apoyo al equipo). Ello puede limitar la disponibilidad para desarrollar las expectativas personales respecto al rol profesional.

Al no existir en el contexto organizativo una delimitación clara del rol del trabajador social en APS, puede ser más sencillo para el profesional definir su papel en el equipo de salud. En este caso, los factores sociales de la salud y la enfermedad son un espacio común para la atención sociosanitaria individualizada y la intervención comunitaria.

CONCLUSIÓN

El rol profesional es el producto de la interacción entre el contexto organizativo y las características individuales en el centro de APS. Además, el centro de salud es, en general, un contexto exigente en cuanto al desempeño del rol profesional, lo que queda reflejado en el elevado nivel de demandas percibidas por todos los profesionales entrevistados en el centro de salud.

En este contexto existen divergencias entre los objetivos organizativos e institucionales del sistema de APS y los objetivos profesionales e individuales del trabajador social. Desde su perspectiva, el contexto organizativo es menos proclive al apoyo en el desarrollo de innovaciones en la atención a usuarios. En este caso, los médicos, enfermeros y otros profesionales entrevistados perciben una mayor cercanía de sus funciones organizativas a la dinámica y el funcionamiento del centro de salud.

En general, los trabajadores sociales ven menos oportunidades de innovación en el centro de salud. En los casos en los que perciben un mejor clima para ello en el contexto organizativo, centran la intervención con los usuarios en actuaciones individualizadas.

Estas actividades incluyen frecuentemente la distribución, derivación o aportación de recursos comunitarios específicos. Aunque en ocasiones estas actividades pueden tener también un componente de evaluación e intervención psicosocial. Como consecuencia de ello, los trabajadores sociales perciben una mejor adecuación de sus propias necesidades individuales y profesionales a las necesidades organizativas del centro de salud.

La evaluación del funcionamiento del sistema sanitario en España se orienta a la obtención de resultados concretos, relacionados con la información sobre la cobertura poblacional, la cuantificación de recursos y el nivel de cumplimiento de objetivos a corto y medio plazo. En este contexto encuentran un mayor apoyo y reforzamiento las funciones de atención individualizada a demanda de los usuarios que las centradas en la evaluación del contexto comunitario, la participación comunitaria o el contacto y la coordinación con los agentes comunitarios.

Conflicto de Interés: Ninguno.

Financiación: El presente estudio se realizó en el marco del proyecto “Modelo comunidad-práctica-resultados en la mejora de la implementación de programas de los trabajadores sociales en Centros de Atención Primaria” (SI-030/08) financiado por la Subdirección de Organización y Cooperación Asistencial del Servicio Andaluz de Salud (España).

REFERENCIAS

- (1) Riley BL, Taylor SM, Elliot SJ. Organizational capacity and implementation change: A comparative case study of heart health promotion in Ontario public health agencies. *Health Educ Res* 2003; 18(6): 754 -769. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14654507>
- (2) Armenakis AA, Harris SG, Mossholder KW. Creating readiness for organizational change. *Hum Relat* 1993; 46: 681-703.
- (3) Chilenski SE, Greenberg MT, Feinberg ME. Community readiness as a multidimensional construct. *J Community Psychol* 2007; 35(3): 351-369. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517859/?tool=pubmed>
- (4) Weiner BJ, Amick H, Lee SY. Conceptualization and Measurement of Organizational Readiness for Change: A Review of the Literature in Health Services Research and Other Fields. *Med Care Res Rev* 2008; 65: 379-436. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18511812>
- (5) Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci* 2009; 4: 67-76. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770024/?tool=pubmed>
- (6) Feinberg ME, Chilenski SM, Greenberg MT, Spoth RL, Redmon C. Community and Team Member Factors that Influence the Operations Phase of Local Prevention Teams: The PROSPER Project. *Prev Sci* 2007; 8 (3): 215-226. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848498/?tool=pubmed>
- (7) Feinberg ME, Greenberg MT & Osgood DW. Readiness, Functioning, and Perceived Effectiveness in Community Prevention Coalitions: A Study of Communities That Care. *Am J Commun Psychol* 2004; 33(3-4): 163-176.
- (8) King EB, de Chermont K, West M, Dawson JF, Hebl MR. How innovation can alleviate negative consequences of demanding work context: The influence of climate for innovation on organizational outcomes. *J Occup Organ Psych* 2007; 90: 631-645.
- (9) Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, Grimm J, Bubner T, Amoroso C *et al.* Team climate for innovation: What difference does it make in general practice? *Int J Qual Health C* 2007; 19(3): 164-169. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17337517>
- (10) West MA, Wallace M. Innovation in health care teams. *Eur J Soc Psychol* 1991; 21: 303-315.
- (11) Alexander JA, Lichtenstein R, D'Aunno TA. The effects of treatment, team diversity and size on assessments of team functioning. *Hosp Health Serv Adm* 1996; 41, 37-53.
- (12) Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A *et al.* The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. London: Aston University, University of Glasgow and University of Leeds; 2000.
- (13) Navarro R, Peiró JM, Luque O. El rol del psicólogo en los equipos de atención primaria de servicios sociales: las actividades que lo conforman. *Papeles del Psicólogo* 1989; 41-42: 47-59.
- (14) Leipzig RM, Hyer K, Ek K, Wallenstein S, Vezina ML, Fairchild S *et al.* Attitudes towards work in interdisciplinary health-care teams. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(6): 1141-1148.
- (15) Hughey J, Peterson NA, Lowe JB, Oprescu F. Empowerment and Sense of Community: Clarifying Their Relationship in Community Organizations. *Health Educ Behav* 2007; 35: 651-663.
- (16) McMillan DW, Chavis DM. Sense of community: A definition and theory. *American Am J Commun Psychol* 1986; 14(1): 6-23.
- (17) Dalley G. *Professional Ideology and Organizational Tribalism? The Health Service-Social Work Divide.* In: Taylor R, Ford J, editors. *Soc Work Health Care.* London: Jessica Kingsley; 1989.
- (18) Rushton A, Davies P. *Social Work and Health Care.* London: Heinemann; 1984.
- (19) Leathard A, editor. *Going Inter- Professional: Working Together for Health and Welfare.* London: Routledge; 1994.
- (20) Peiró JM, González-Romá V, Tordera N, Mañas MA. Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychol Health* 2001; 16: 511-525.