

2014

Personas en Situación de Calle. La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud : Sistematización de la practica pre profesional en el Servicio de Urgencias del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Alende (HIGA), con personas en situación de calle.

Sarchi, Betiana Soledad

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/108>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Servicio Social

Tesis Final

Tema

“Trabajo Social y personas en Situación de Calle”

Titulo

“Personas en Situación de Calle. La intervención del Trabajo Social en el Campo de la Salud”

Subtitulo

“Sistematización de la practica pre profesional en el Servicio de Urgencias del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Alende (HIGA), con personas en Situación de Calle”

Alumna: Sarchi Betiana Soledad
DNI 25808167
Matricula: 3856/96
Directora: Lic. María Eugenia Hermidas
Co-Directora: Lic. María José Ullúa

CONTENIDO

PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO REFERENCIAL

Índice.....	1
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Introducción.....	6
I El trabajo Social.....	12
II Construccinismo y Trabajo Social.....	17
II.I Elabordaje metodológico en la Intervención Profesional: Deconstruir-Construir-Reconstruir.....	29
III El Trabajador Social en el campo de la Salud.....	23
IV Institución.....	25
V Cultura Organizacional.....	31
VI El proceso de Salud-Enfermedad-Atención.....	34
VII La Salud Publica.....	37
VII.I Instituciones de Salud en la Argentina.....	40
VII.II Hospitales Públicos: El HIGA.....	42
VII.III El área de guardia de emergencia de un hospital general de agudos: El papel del Trabajador Social.....	44
VII.III.I Relación médico- paciente.....	46
VIII Paciente en situación de calle.....	50
VIII.I Paciente social.....	52

IX Trabajo en Equipo: eje fundamental para la atención de pacientes en Situación de calle.....	54
--	----

SEGUNDA PARTE: SISTEMATIZACION

X Introducción a la Sistematización de la Practica.....	60
XI Aspectos Metodológicos de la Sistematización.....	61
XII Descripción del contexto institucional de la practica.....	67
XII.I El HIGA Datos de base, organización y financiamiento.....	70
XII.II El Sistema Medico Organizado (SAMO).....	72
XII.III El Servicio Social en el HIGA: Los inicios.....	73
XII.IV El Servicio Social del HIGA en la Actualidad.....	74
XII.V Objetivos del Servicio Social del HIGA.....	75
XII.VI Estructura y composición del Servicio Social de Emergencia.....	77
XIII Caracterización de la modalidad de abordaje.....	82
XIV Recursos para la intervención con pacientes en Situación de Calle desde el Equipo de Salud.....	89
XV Descripción y análisis del proceso de Intervención.....	91
XV.I Caracterización de la Intervención.....	97
XV.II Protocolo de intervención en Salud.....	100
Conclusión.....	105
Bibliografía.....	109

Dedicatoria:

A vos Caterina de mi alma, por darme la posibilidad de ser mamá y elegirme en esta vida...

Agradecimientos

Cuando llega ésta etapa, uno hace balances de lo sucedido, de los tiempos, de los logros y las metas por alcanzar....

Y en todos esos momentos hay personas que apuntalan y acompañan.

Durante este largo proceso como estudiante de la carrera de Lic. En Servicio Social están aquellos que nunca dejaron de confiar en mí, a pesar de que el tiempo se hacía largo y parecía que la “recibida” no llegaba jamás:

A mi hija Caterina que creció junto a mí, entre papeles y fichas de cátedra, resumiendo y dando finales...

A mi marido Maximiliano que apoyó y jamás tuvo dudas en que me iba a recibir....

A la maina “Suní” (madrina de mi hija) y a mi mamá por pasar horas y horas con mi hija mientras yo cursaba; a “Tocho” por su idea de que puedo ser una “buena profesional” y al padre de mi hija que tampoco dudó en que este día llegaría.

A mi directora de tesis, la Lic. María Eugenia Hermidas, quien con su profesionalismo, pudo llevar mis ideas a formas concretas, mis sueños a objetivos alcanzados y mis miedos y dudas a resultados que me acompañarán el resto de mi vida, gracias!!!

A la cátedra de Supervisión, con la Lic. Beatriz Castellano a la cabeza, donde me capacité permanentemente durante mi experiencia, donde pude conjugar la teoría y la práctica, reconociendo que no hay una sin la otra, en ésta profesión sino que se funden perfectamente. Gracias por darme las herramientas para seguir creyendo en la Educación Pública.

A la Lic. Cristina Álvarez, por su apoyo en momentos de flaqueza....

Al equipo de Servicio Social del Hospital Interzonal de Agudos Dr. Oscar Allende, a su jefa la Lic. Gabriela Re, a la Lic. María José Ullúa por su acompañamiento en el área de la Guardia de Emergencias durante todo el año de mi práctica y a todas las colegas, que de alguna manera brindaron conocimiento, tiempo, apoyo y lucha en pro de una sociedad en donde se reconozca que el paciente en situación de calle es ante todo “persona”.

A mis amigos, mi familia, mis “jefes”, a Nacha, porque su decisión me hizo crecer.

A mi filosofía de vida y a todos mis camaradas de lucha: nam myoho renge kyo

Al Dr. Martin Chaurriyen Bonet, por su acompañamiento permanente en este largo pero posible proceso, gracias por su apoyo incondicional.

Y en especial, a ellos... a las personas en situación de calle, de los cuales aprendí, tropecé, crecí, y reivindicé la maravillosa decisión de ser Trabajadora social.

Gracias.....

Introducción

El presente trabajo reviste el carácter de tesis final que exige el plan de estudios de la carrera Licenciatura en Servicio Social, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El mismo se enmarca en las características del segundo ítem, punto “d”, artículo 4 del anexo de la OCS 1613, que propone una “Sistematización del Trabajo de Campo” y se realiza desde un abordaje metodológico de tipo cualitativo.

Es importante aclarar que cuando nos referimos a la metodología de tipo cualitativa, nos referimos al estudio fenomenológico de la vida social y para ello la observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos son técnicas imprescindibles para llevar a cabo un objetivo.

En el último año de la carrera, la Asignatura “Supervisión en Servicio Social”, tiene como uno de sus objetivos que los educandos, realicen su práctica pre profesional en uno de los ámbitos de elección por el alumnado, a saber: Educación, Salud, Justicia y Desarrollo Social.

La autora de la presente tesis, se incorporó en el campo de Salud, como pasante en Servicio Social en un ámbito hospitalario de carácter público como es el Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Allende (HIGA), de la ciudad de Mar del Plata, insertándose en el área de la Guardia de Emergencia, durante el periodo Mayo- Noviembre del año 2010, vivenciando el ingreso de personas en situación de calle y en situación de vulnerabilidad social.

La posibilidad de cumplir con la exigencia académica que se demanda para lograr el título profesional, abordando una temática tan apasionante como son “las personas en situación de calle desde el ámbito de la salud”, exigió un trabajo consciente con una mirada responsable, puesta en el otro y en el rol profesional, que pudiera dar cuenta de lo maravilloso y transformador de esta profesión.

En el presente trabajo se pretende dar respuesta o al menos iniciar un camino de análisis a preguntas y cuestionamientos tales como: ¿Cuál es la intervención del Servicio Social en un hospital de Agudos?, ¿Cómo se aborda una temática tan compleja como el ingreso de personas en situación de calle a la guardia de emergencias?, ¿hay un protocolo?, ¿es posible un protocolo estructurado? ¿No? ¿Por qué?, ¿es posible que una persona en situación de calle pueda lograr un cambio? ¿Quiere transformar su realidad? ¿No? ¿Por qué? ¿Es posible desde el Servicio Social de la guardia de emergencia, no abordar solo lo urgente e ir un poco más allá?, ¿cómo trabajar el concepto de Salud, cuestionando sus bases en la patología orgánica individual? ¿Podemos pensar en el paciente como aquella persona plenamente activa y como un recurso fundamental para el trabajo conjunto con todo el equipo de Salud y fundamentalmente con el Trabajador Social, y que sin su discurso y sin tener en cuenta lo que pretende (inclusive el deseo de seguir en la calle), un medicamento o una derivación a un hogar, es simplemente un paliativo? ¿Se visualiza un trabajo interdisciplinario frente a ésta temática?

Se retoma la idea de Sistematizar la práctica pre profesional, tomando como base a Antonio Sandoval Ávila, quien define que “La sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórica social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida en que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio. Explicaciones sobre el cambio en los procesos. No trata sólo de entender situaciones, procesos o estructuras sociales sino que, en lo fundamental, trata de conocer cómo se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras.”(Sandoval, 2006).

“Concebida de este modo, la sistematización se sitúa en un camino intermedio entre la descripción y la teoría. Las instituciones usualmente tienen definidos momentos para la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades que llevan a cabo, pero no contemplan momentos para la sistematización de las mismas "porque el ritmo de las actividades es muy intenso". Por ello, no tienen definida como política sistematizar las prácticas que realizan, aunque puede ser que en el discurso sí se le mencione a la sistematización como importante.

Es frecuente que en ocasiones, sean los trabajadores sociales los que manifiestan más la necesidad de sistematizar sus prácticas, pues esto les permite recuperar de manera ordenada lo que ya saben sobre las mismas, descubrir lo que no aún no saben de ellas y revelar lo que "aún no sabían que ya sabían". Pero, como son los directivos quienes establecen las prioridades y políticas institucionales, puede ocurrir que no perciban la sistematización tan importante o útil como quienes realizan las acciones institucionales cotidianamente." (Sandoval, 2006)

Basada en éste autor y siguiendo los lineamientos para una correcta comprensión del trabajo es que esta tesis se desarrolla teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

Objetivo General: Sistematizar la práctica pre profesional en el Servicio de Urgencias del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Allende (HIGA) con personas en situación de calle.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la modalidad de abordaje con pacientes en situación de calle ingresados a la guardia del HIGA y derivados al Servicio Social para su intervención.
- Analizar las intervenciones realizadas por la pasante de Servicio Social con los pacientes en situación de calle ingresados a la guardia del HIGA desde una mirada constructorista.
- Evaluar los resultados obtenidos en los diferentes casos abordados a fin de generar aportes que permitan mejorar la calidad de futuras intervenciones con este tipo de pacientes.
- Construir una propuesta de protocolo en base a la experiencia realizada.

El paradigma que guía el "ECRO" (esquema conceptual operativo) (Zito Lema, 1976:114), es el constructorismo, que se basa en una línea de pensamiento que posibilita pensar y hacer un mejor Trabajo Social a partir del conocimiento del otro. "Este paradigma parte de la construcción para explicar e interpretar la manera en como las personas adquieren conocimiento", (Cáceres. Parras 2000).

El abordaje metodológico que trazó la intervención sistematizada en la presente tesis es “Deconstruir, Construir y reconstruir” (Kisnerman 2005), y se hace referencia a una suma de aportes con determinados ejes relevantes que superan a otros y se vuelven significativos.

Es necesario resaltar que se entiende como viable esta forma de abordar el trabajo, en el marco de que es necesario recoger datos descriptivos, es decir las palabras y conductas de las personas en situación de calle que ingresan a la guardia de emergencia de un hospital General de Agudos, poder comprender sus vivencias, conocer evitando juicios previos y comprender su situación dentro de su propio marco referencial. En este marco es preciso analizar la forma de intervención que se tiene con estos pacientes, de todo el equipo de salud en general y del Servicio Social en particular.

Por último se quiere ofrecer al lector de este trabajo, una breve descripción de los apartados que componen esta tesis. Así, la misma se ha organizado según la siguiente estructura:

En los capítulos I al X se desarrollará el Marco Teórico referencial, donde se abordarán temas específicos como el Trabajo Social, el abordaje metodológico en la intervención profesional, el campo de la salud, la salud pública, el paciente en situación de calle, el trabajo con la persona y su padecimiento.

La metodología utilizada para la realización de esta tesis, basada en las premisas de los procesos de sistematización, y haciendo uso de técnicas y herramientas provenientes del enfoque cualitativo es explicitada en el capítulo XI

En los capítulos XII, XIII, XIV y XV, se ofrece una descripción de proceso de práctica, haciendo referencia a la institución en la que la misma se desarrolló, las características propias de la tarea, focalizando en la sistematización de la intervención con personas en situación de calle. A esta descripción se suma un análisis e interpretación de la práctica e intervenciones realizadas.

Finalmente se ofrece una conclusión, a la que se anexa una propuesta de lineamientos para pensar protocolos flexibles y reflexivos de intervención para personas en situación de calle desde el campo de la salud.

Ante todo lo expuesto, la posibilidad de sistematizar la experiencia, es poder junto a la información recabada, el marco teórico referencial y la riqueza de los casos abordados, lo que el paciente dice y sabe, el trabajo con el otro y el cuestionamiento que las intervenciones generaron, poder lograr un ordenamiento veraz, compartir la experiencia, contribuir a la reflexión teórica, generando aportes que permitan ampliar el conocimiento para mejorar el trabajo profesional futuro. Dentro de éstos aportes, la elaboración de lineamientos para pensar un protocolo, como un posible conjunto de pasos a seguir y que sirve de guía para la intervención con pacientes en situación de calle.

PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO REFERENCIAL

I- El Trabajo Social

El Trabajo Social abarca una amplia y diversa gama de intervenciones: con la familia, con los niños, los discapacitados, en los barrios, con la tercera edad, los refugiados, los enfermos, etc. Precisamente, surgió como disciplina ante la necesidad de aplicar un saber sistemático en la solución de problemas situados en un campo social específico.

El Servicio Social (así llamado antes de la reconceptualización), tiene definido su objeto desde que se constituyó como disciplina con Mary Richmond y, tal cual ella lo planteó en aquella época, a diferencia de otras constituye una “*praxis social*, ya que su ejercicio exige el contacto directo con la realidad y la operación con actores en una trama de relaciones sociales”. Dentro de las ramas del Servicio Social, ella lo formulo desde el Servicio Social desde el Servicio Social de Caso Individual. (*Richmond, 1971:27*).

La autora precisó que el “Servicio Social de casos Individuales posee su propio campo de acción, que es el desarrollo de la personalidad por la adaptación consciente y comprensiva de las relaciones sociales y el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social. El medio deja de pertenecer solamente al espacio: se amplía hasta alcanzar el horizonte del pensamiento del hombre y los límites de su poder de mantener relaciones con sus semejantes y se reduce hasta excluir todo aquello que no tiene influencia real sobre su vida motiva, mental y espiritual.” (Richmond 1971,89).

El objeto es aquello con lo que trabaja una disciplina para conocerlo-transformarlo. Mary Richmond señaló que el objeto “era la tentativa para definir, con la mayor exactitud posible la situación y la personalidad de un ser humano en una carencia social cualquiera, no sólo en relación con otros seres humanos de los que depende o dependan de él, sino también en relación con las instituciones sociales de la comunidad”. (*Richmond 1971,93*). El objeto se constituye por y en una red de relaciones, los problemas pueden surgir como personales o de un grupo reducido de personas, pero siempre son sociales.

Hoy ésta definición clara para la época, se reduce en cierta medida en el contexto que muestra la realidad social, y nuevos paradigmas de pensamiento se conjugan en relación con ella.

Es necesario plantear que si bien la autora es recordada como pionera, en cuanto a la primera propuesta científica, la reconceptualización de 1965, fue un proceso de cuestionamientos, revisión y búsqueda. La revisión según Kisnerman “partió de las mismas fuentes de la profesión” (*Kisnerman 2005:153*).

El Trabajo Social, denominación que comenzó a utilizarse a partir de éste movimiento, pasó de centrarse en lo psico individual, a centrarse en lo social: paso de ser un cambio de personalidad para lograr un cambio social, como objetivo final. Ya no se trato de de hacer el bien, ni adaptar el hombre a su medio, sino de contribuir a transformar ese medio donde se generan los problemas sociales que soportan individuos, grupos y comunidades.

Así es que el objeto de intervención del Trabajo Social, va siendo modificado en torno a la mirada que se tenga que la situación problema y la persona que tenemos en frente. Hubo un camino trazado desde Mary Richmond, la influencia de los distintos paradigmas durante el siglo XX, como el positivismo, funcionalismo, la reconceptualización del Trabajo Social y sus formas particulares de concebir el objeto de la profesión hasta alcanzar una pluralidad de enfoques en la actualidad tal como afirma Alicia González Saivene (1996). Ella plantea una reflexión que nos permita reconstruir el posicionamiento epistemológico al momento de de desarrollar intervenciones profesionales. Volver a pensar el Trabajo Social, permitiendo manifestar al SER, sujetos con los que tenemos q trabajar cotidianamente.

En la práctica diaria se establecen distintos puntos de observación, discursos ideológicos donde se verbalizan conductas esperables de las persona o grupos, como las familias deben educar a los hijos, donde y quien debería hacer algo por las personas en situación de calle, a “quien les corresponde”, etc.

Según como sea definido el objeto del Trabajo Social, diferente va a resultar la actuación acerca de lo que se nos presenta como problema o situación compleja.

Continuando Con Saivene, la autora manifiesta que “Al definir un objeto de una profesión, se define al mismo tiempo y de un solo golpe, que se habrá de analizar y como se abordara ese objeto” (Saivene 1996,114)

Así mismo ella plantea “uno de los objetivos de la reconceptualización consistió en producir material teórico propio, Investigación- Diagnostico- planificación – Ejecución- Evaluación. Propone otra forma de afrontar / asumir las relaciones *de clase*, las formas diferentes en que los hombres se vinculan, los movimientos sociales, los problemas que generan las imposiciones de poder. Para la autora el objeto del Trabajo Social está constituido por las relaciones sociales complejas [...] implica pensar en términos de contradicción, entendida como movimiento constante, lucha, negación y superación dentro de una totalidad compleja [...]

Traza que actualmente la perspectiva epistemológica es múltiple y abarcativa pues no hay ni debe haber una adhesión a-crítica o indiscutible de las grandes teorías. De allí la tarea de la epistemología: mostrar lo complejo de los distintos enfoques para analizar las continuidades y rupturas que permitan redefinir la profesión en su identidad. El Trabajo Social se inserta en la dinámica superestructural con un Objeto históricamente construido y un objetivo centrado en la constitución de sujetos autónomos. (Saivene 1996, 1115)

No es posible, si seguimos la postura de Saivene, intervenir delineados por una única postura acerca de los que es el Trabajo Social, pero si es real que uno tiene una línea que enmarca de alguna manera como atravesar cada situación, como trabajar con cada SER que nos plantea una problemática y se inicia un proceso conjunto.

Y en este decir de un lineamiento que atraviesa la intervención, es que en la presente tesis se hace referencia El Trabajador Social, al desarrollar su intervención, se enmarca en un paradigma desde donde piensa su trabajo con el otro, delimita el camino a seguir e interpreta la realidad de determinada manera. Ese paradigma constituye la base teórico-metodológica sobre la que se desplegará su labor profesional.

Para dar cuenta del lineamiento teórico-práctico de la presente tesis se parte de la noción de ECRO o *esquema conceptual referencial operativo*. Este concepto acuñado por Enrique Pichón Riviere se define "como un conjunto organizado de conceptos generales, teóricos, referidos a un sector de lo real, a un determinado universo de discurso, que permite una aproximación instrumental al objeto particular (concreto). El método dialéctico fundamenta este ECRO) (Riviere 1978: 2189).

El ECRO pichoniano está conformado por tres grandes campos disciplinares que son las Ciencias Sociales, el Psicoanálisis y la Psicología Social. Estas tres disciplinas constituyen las tres principales apoyaturas de su marco conceptual.

Las ciencias sociales, particularmente, le aportan esa concepción macro que le permite pensar al sujeto situado y sitiado en una relación instituido - instituyente en la estructura social y la cultura a la que pertenece.

El ECRO es un sistema abierto no solamente al diálogo con otras producciones teóricas sino también, abierto a la praxis. La Praxis es la que permite al ECRO permanecer como sistema abierto a progresivas ratificaciones y rectificaciones. Es la que valida el modelo teórico ya que permite su continuo ajuste a la realidad. En cuanto al sujeto, el ECRO de Pichón Riviere lo concibe partiendo de su ineludible condición de sujeto social, en un interjuego entre el hombre y el mundo. "El sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases". (Riviere 1976,221)

Este esquema referencial, este "aparato para pensar" nos permite percibir, distinguir, sentir, organizar y operar en la realidad. A partir de un largo proceso de identificaciones con rasgos de las estructuras vinculares en las cuales estamos inmersos construimos este esquema referencial que nos estabiliza; una cierta manera de concebir al mundo que de no ser así, emergería en su condición de desmesura y caos.

Todo esquema referencial es inevitablemente propio de una cultura en un momento histórico-social determinado. Somos siempre emisarios y emergentes de la sociedad que nos vio nacer. Y es a la vez producción social y producción individual. Se construye a través de los vínculos humanos y logra a su vez que nos constituyamos en subjetividades que reproducimos y transformamos la sociedad en que vivimos.

Justamente como resultado anexo tendremos una nueva definición del Trabajo Social. De esta manera es que la presente tesis, tiene un perfil de trabajo que es el Construccinismo, precisamente porque asumió perfiles de distintos paradigmas y se presenta como una línea de pensamiento abierta y desacartonada.

II- Construccinismo y Trabajo Social

Natalio Kisnerman definió en sus comienzos, al Trabajo Social como “la disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere. No es simplemente ejecutora de lo que otras disciplinas elaboran. Interviene en situaciones concretas que muestran determinadas carencias, investigando y co-participando con los actores en un proceso de cambio”.

El Trabajo Social se basa en distintos paradigmas, que son los diferentes conceptos básicos que dan lugar a las teorías, sus valores, problemas y procedimientos permiten concretarla y orientar y ordenar nuestro pensamiento para hacer interpretaciones o lecturas de una realidad concreta. Por eso hablaremos de los dos paradigmas más consolidados de las ciencias sociales: neopositivismo y materialismo dialéctico (*Kisnerman 2005,91*)

El Neopositivismo, surgió para diferenciar el positivismo surgido en el s. XIX y el del s. XX; mantuvo el estatus determinado por las ciencias exactas y los principios básicos compartidos con estas: unidad del método científico, objetivos de la investigación y la forma en que se realizan que son idénticos, relación de teoría y práctica (técnica), investigación científica neutral para obtener resultados objetivos y comprobables.

El Materialismo Dialéctico, determinó que sujeto y objeto eran un todo, afirmando que lo metodológico se compone de las circunstancias dadas por las relaciones entre saber y poder. Con respecto a esta teoría, Marx (1818- 1883) afirmó que la conciencia del hombre no determinaba su ser, sino que lo determinaba su ser social. La dialéctica confirmó que no hay independencia entre las partes que conforman la realidad, ya que ninguno de sus elementos puede definirse sin relacionarse; el conocimiento surge de una serie de prácticas sociales históricamente situadas en un tiempo y espacio.

Con la crisis de los paradigmas positivistas-neopositivistas, nació el Construccinismo, que comprende las situaciones y hechos sociales como construcciones sociales no individuales, porque lo social precede a lo individual. Para esta teoría son importantes el concepto de pensar (relacionar y examinar conceptos e ideas), la acción (aquello que se hace en un campo concreto) y las emociones (rasgos constitutivos de las relaciones intersubjetivas y están presentes en cada uno de nuestros actos). (Kisnerman 2005, 111).

El autor referenciado, anuncia que conocer es un proceso, que se va construyendo, de construyendo y reconstruyendo. No existe sujeto sin objeto y que no hay objetos independientes del Trabajador Social ni de ningún ser humano.

El encuadre de la presente tesis adhiere como se dijo más arriba, al Construccinismo “por entender que responde más a las necesidades y objetivos de la profesión, inserta en lo social y que, más allá de ciertas ortodoxias, constituye un enfoque epistemológico transdisciplinario”. (Kisnerman 2005, 115)

Alfredo Carballeda en su texto “La Intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas”, se encuentra posicionado dentro del Construccinismo, entendido éste como “Nuevo paradigma Interdisciplinario, Sistémico y Complejo”.

Se está frente a un modo de pensar que no plantea como es el mundo, sino que sugiere una manera de pensarlo y nos brinda un mapa con caminos viables para la acción, el pensamiento y la reflexión. Carballeda habla de “el reconocimiento de los procesos emergentes, de la multiplicidad, la diversidad, etc.

Toma también conceptos de Michel Foucault como el de dispositivo, “quien lo define como un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos. El dispositivo, plantea el autor, siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder y como tal, resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber”. (Foucault, 2007)

Así mismo, la Dra. González Saibene nos recuerda que la “perspectiva epistemológica actual es múltiple y abarcativa [...] [Esta nos brinda] la posibilidad de mostrar criterios, en lo complejo de los distintos enfoques, para leer la producción de rupturas y nuevas construcciones que permitan, no solo redefinir la profesión en su identidad, sino también recuperar modos de interpretar los procesos sociales en los que se juega la intervención”. (*González Saiben 1996:123*)

Al hablar de Construccinismo no debemos, confundirlo con el Constructivismo, ya que el primero tiene un enfoque básicamente social, y remite a los intercambios que se dan entre personas situadas histórica y culturalmente en una sociedad dada; mientras que el segundo tiene sus bases básicamente en lo individual, y prefiere un modo de pensar sobre el mundo real que vivimos, radicalmente desde las propias experiencias.

Posicionados en el pensamiento de Kisnerman, construimos la realidad desde adentro, que se expresa a través de ideas, conceptos, recuerdos, sentimientos que surgen en el intercambio social, en el dialogo, y a través del lenguaje.

Mauro Ceruti, afirmó que “aunque un mismo fenómeno sea observado por varios observadores, que comparten similares bases conceptuales, la observación es asimétrica, en el sentido de que el conocimiento se constituye en el anudamiento irreductible de las historias individuales, de los acontecimientos irrepetibles, de los cortes efectuados de las motivaciones idiosincráticas” (*Kisnerman 2005, 118*)

II.1 - El abordaje Metodológico en la intervención profesional: Deconstruir –Construir-Reconstruir

Ya hemos planteado al método como ese conjunto de momentos que se interconectan y son independientes entre sí. Así más que un camino, es un proceso para llevar a cabo ese camino de forma que puedan alcanzarse los objetivos planteados.

También al referirnos al Construccinismo, sabemos que no hablamos de paradigmas rígidos que guíen la intervención, sino una suma de aportes con determinados ejes relevantes que superan a otros y se vuelven significativos.

Se plantea una intervención como una acción, que a partir del conjunto de relaciones que han ido construyendo la situación problema presente (la realidad actual), investiga reconstruyendo con los actores involucrados (paciente-red familiar-Trabajador Social y otros) a fin de construir desde el sistema de significados que comparten, el objeto y lo transforma, re-construyendo una situación nueva, superadora de la que origino la intervención. Es necesario conocer los significados que construyen una situación, desde la propia vivencia de los protagonistas. De esta manera podemos plantear desde el construccionismo otra manera de realizar un diagnóstico.

Deconstruir (explorar, comprender) Construir (articular todo lo que surgió en la narrativa de los sujetos e interpretarlos para distinguir aquello que es necesario transformar) y Reconstruir (planificación estratégica) son así, procesos coexistentes sin que haya un nivel superado de uno sobre otro. Coexisten y hacen al logro de los objetivos planteados. Todo esto exige una participación democrática de los actores en toda la elaboración y realización del proyecto de reconstrucción, así como el gerenciamiento y evaluación del impacto que precisa, que cambios se han logrado en la situación objetivo (en la calidad de vida, la comunicación, la organización, en las respuestas institucionales, en las políticas sociales, en el espacio operativo, en las actitudes de las personas).

Es fundamental en este proceso la observación, la conversación (a partir de ella uno conoce la realidad y se enfrenta con el producto-problema), el discurso, el juego interaccional, la reflexión los acontecimientos, el potencial existente, los recursos de que se disponen, las posibilidades de alcance.

El Trabajo Social es una disciplina científica, que se afianza en la ciencia como práctica social de producción de conocimiento, mediante la cual hay una apropiación de la realidad y una transformación de la misma.

Además de una disciplina, el Trabajo Social es una *profesión*, porque tiene asignada una diversidad de áreas en las que realiza su práctica. Sin embargo esta relación *disciplina-profesión* es poco comprendida y la demanda de cada día en las distintas instituciones de intervención, lleva a una mecánica de informes sociales y ayudas paliativas que se limita a una concepción del Trabajo Social “tecnológico”. Al aludir a la tecnología se hace pie en esa visión netamente operativa del Trabajador Social de quien se requieren respuestas inmediatas a las demandas sociales, sean cuales fueran los orígenes de las mismas. Se anula en cierta medida, la reflexión crítica, y la comunicación, base ésta última, fundamental para la intervención. La correcta denominación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias, y no otras.

El Trabajo Social interviene en situaciones. Llamamos situaciones a un sistema integrado de elementos, hechos, relaciones y condiciones, dados en un tiempo y espacio concretos. Una situación tiene un pasado, a partir del cual se fue construyendo este presente, que acucia, exigiendo respuestas hacia el futuro.

Una Situación problema es una Situación límite, ya que actúa como freno a la realización plena de los hombres. La dificultad para superarlas estriba en la falta de recursos pero también en el desconocimiento de la naturaleza de los hechos o de los medios para abordarlos. No hay una única causa, opera una multicausalidad de elementos. Los problemas sociales son siempre emergentes de una estructura socioeconómica, cultural y política. Cualquier demanda que llegue y sea demandada al Servicio Social, puede convertirse en un punto de partida para la intervenci

El Trabajador Social es un profesional que opera en un área específica, enfrentando con las personas involucradas una amplia gama de necesidades y problemas sociales.

Se define su rol como aquel dador de derechos. Más que la “resolución de problemas”, la tarea del Trabajador Social es la de *educador social*. En este sentido se entiende la educación como un proceso de interacción entre el sujeto y su medio, mediante el cual ambos se apropian de instrumentos para operar en una realidad concreta, transformándola y transformándose ellos, adquiriendo conocimientos, sistemas conceptuales y valorativos, habilidades técnicas y actitudes cooperativas y solidarias.

Se hace referencia a conocer con la persona y gracias a lo que ella misma manifiesta, que es lo que está pasando para brindar herramientas y medios que puedan serle útil a la hora de enfrentar una determinada circunstancia.

Muy lejos se está de “hacer las cosas por el otro” sintiendo con esto un poder hacia la persona toda o un sentido de pertenencia a su realidad. En circunstancias, reconstruimos con el individuo para que descubra o redescubra su potencialidad, que por diferentes motivos hayan quedado atrás sin poder volver a retomarlo. Y es justamente en esta situación donde el profesional también reconstruye a cada momento su metodología de intervención, cambiando a cada paso las etapas que lo constituyen.

Es la persona y su situación la que permite al Trabajador Social operar y accionar, sin la mirada del otro, sin su saber y su consentimiento a trabajar juntos en su realidad ninguna función podría concretarse.

III - El Trabajo Social en el Campo de la Salud

Según Pierre Bourdieu (1999:53), todo comportamiento está situado en un *campo* de acción particular, un sistema de evaluación y de prácticas que lo definen marcando las “reglas de juego”. Todos los agentes que interactúan en un campo tienen una posición relativa, de acuerdo a los recursos de que disponen y con los que pueden intervenir.

Los campos ofrecen a los agentes “espacios de posibilidades” que se construyen históricamente y tienen relativa autonomía con las determinaciones directas del entorno económico y social del momento (*Bourdieu; 1999:53-54*), este espacio de alguna manera, “define el universo de los problemas, de las referencias, de los referentes intelectuales.”

Una de las áreas de acción por excelencia del Trabajador Social es, justamente ese complejo sistema de relaciones que define al *campo de la salud*. Siguiendo la línea teórica de Carballada, entendemos a la *salud* como un proceso de construcción histórico social y cultural que conforma un fenómeno complejo y que requiere del abordaje interdisciplinario a nivel de la planificación, de la ejecución y de la posterior evaluación. En ese proceso el Trabajador Social se establece como articulador de las dinámicas de organización comunitaria e institucional, en la conformación de espacios concretos y flexibles entre las necesidades e intereses de los sectores que participan del mismo y los objetivos de las instituciones teniendo por objetivo la satisfacción y legitimación de los derechos humanos.

El Trabajo Social se inserta en el campo de la salud cuando la actividad del profesional se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario en cualquiera de sus niveles: atención primaria, atención socio sanitaria o atención especializada. Igualmente, el concepto de salud traspasa los límites y las acciones particulares del sistema sanitario, y sería un reduccionismo funcional constreñir la salud de la población a lo exclusivamente sanitario.

El ejercicio del Trabajo Social en salud engloba servicios y prestaciones y, por otra parte, procedimientos y técnicas que se aplican para facilitar los primeros. Los espacios y las competencias intrínsecas a esta disciplina tienen como foco la atención de los aspectos psicosociales de la persona enferma en el momento en que su enfermedad está siendo tratada médicamente, o cuando, una vez finalizado el tratamiento, se requiere un seguimiento.

La intervención desde el Trabajo Social en salud siempre toma como punto de partida la enfermedad que sufre la persona, contextualiza este hecho y elabora el diagnóstico social, en torno al cual se articularán los diferentes procesos de atención y apoyo. Siempre con la mirada puesta en la transformación de realidades y la gestión del entorno, el plan de trabajo estará condicionado por el pronóstico médico, las necesidades de asistencia y las probabilidades de la persona para recuperar su itinerario vital. Así, se combina la atención de lo sanitario con lo social, y resulta un tercer elemento que integra y permite ver a la persona como un todo, y no como la suma de partes.

Lo fundamental es que el Trabajo Social aporta al campo de la salud una mirada que permite comprender la necesaria interrelación entre bio-psico-socio-cultural y una calidad de salud de individuos, grupos y comunidades. Además la intervención del Trabajo Social en salud asume el estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones concretas de malestar bio-psico-socio-ambiental que inciden en la pérdida de la salud.

“La salud y la enfermedad son el resultado de la interacción entre factores sociales, físicos y psicológicos. La atención de salud implica, por lo tanto, la atención a esos tres tipos de factores”. (Amaya, 2004: 80)

Las instituciones ocupan un lugar preeminente en el desarrollo social y en la vida de las sociedades. Las Ciencias Sociales y en particular la Ciencia Política y la Sociología han venido a “tomar conciencia” en el curso del siglo XX respecto del peso y de la influencia de las instituciones en el espacio social, al intentar analizar y comprender los grandes aparatos organizacionales como el Estado y las instituciones religiosas.

El individuo tiende a vivir, actuar y trabajar en sociedad, surgiendo así la orientación hacia la institución. Las personas durante la mayor parte su la vida son partícipes de alguna institución: la familia, una escuela, una sociedad de fomento, una universidad, un hospital, etc.

Pero es de destacar en el presente trabajo, la intención de ir un poco mas allá de la definición común, por asi decirlo, o cotidiana de lo que es Institución “como un sistema establecido o reconocido socialmente de normas o pautas de conducta referentes a determinado aspecto de la vida social” (Radcliffe-Brown, 1993).

El siguiente esquema tomado de Torraza (2000), relaciona la estructura social, la cultura y las instituciones. En el lugar central de este esbozo, como mediadores de aquellos tres ámbitos, como sus actores y sus constructores, situamos a los individuos.



Esquema que relaciona La estructura social, La cultura y las instituciones.

La estructura social está compuesta de individuos que ocupan status y cuyas relaciones entre sí se rigen por reglas o normas de comportamiento que se denominan instituciones. El proceso de interacción tiene en cuenta las posiciones (status) desde las cuales se relacionan los individuos así como las instituciones (esquemas de percepción, apreciación y acción) que estas posiciones tienen asociadas. (Zino Torraza, 2000).

El autor en referencia, plantea que durante el proceso de interacción tanto las instituciones como las definiciones de status sufren modificaciones y se reformulan. Explica que, “este proceso observado en su conjunto y de una manera diacrónica es el fundamento del cambio social y/o cultural: a través de la interacción los individuos definen nuevas pautas de relación o reformulan las pautas preestablecidas. Estas reformulaciones en ocasiones se consolidan y se institucionalizan y pasan a formar parte de la cultura, a la vez que modifican las definiciones "iniciales" de los status fijadas por la estructura social.”

En primer lugar hay que destacar la idea que las instituciones surgen como respuesta a problemas que deben resolver los individuos en su vida social. El tipo de problemas a los cuales nos estamos refiriendo son de diversa índole: desde aquellos que afectan de manera importante la supervivencia de un grupo, hasta problemas o situaciones de aparente menor importancia.

Desde, por ejemplo, el modo de obtener el sustento o el modo de reproducirse un grupo social, hasta concepciones estéticas u opiniones sobre aspectos concretos de la vida social.

Las instituciones aparecen como reguladoras de problemas que plantea la vida social. La institucionalización de una respuesta a determinada situación significa que además de la respuesta (la conducta "adecuada", "socialmente aceptada"), los individuos elaboran en torno a ellas un conjunto de argumentos justificatorios de su bondad o idoneidad como respuesta.

El autor plantea además un ejemplo que claramente se relaciona con el tema en cuestión: "el status que ocupa el personal sanitario, los médicos, por ejemplo, está regido por instituciones cuya justificación no tiene por qué estar en el hecho concreto que estamos analizando (la relación médico-paciente que estamos observando) sino que está fundamentada en imágenes, creencias, concepciones anteriores, en su mayoría transmitidas a los individuos involucrados. Dicho de otra manera, la creencia en que el vínculo -la relación médico-paciente establecida- conduce a la cura está basada en unas concepciones institucionalizadas acerca de la cura, acerca del médico y acerca de la medicina establecida e interiorizada previamente al acto concreto que estamos observando."

Para este autor, adscrito a la corriente denominada Análisis Institucional, las instituciones son uno de los factores principales de la reproducción de la estructura social en todos sus aspectos. Para el Análisis Institucional, las instituciones constituyen no sólo un nivel de análisis de la realidad social, sino el principal nivel, que incluye a todos los otros y a partir del cual se debe analizar la sociedad.

Bajo el aparente inmovilismo que las instituciones experimentan (no cambian) y que las instituciones producen (no permiten que la estructura social cambie), los autores adscritos al Análisis Institucional ofrecen una sugerente manera de enfocar el fenómeno que permite explicar tanto el cambio como el modo concreto por el cual las instituciones se realizan.

Para autores como Torrazza y Bourdieu, las instituciones son el resultado de una relación dialéctica entre tres fuerzas: instituido, instituyente e institucionalización.

- Lo instituido ". designa lo que está establecido; es el conjunto de valores y normas dominantes, de status y roles que fundamentan el orden social. Lo

instituido tiene pretensión de universalidad, de perennidad y de verdad que lo convierten en una fuerza conservadora. (...)

- Lo instituyente define la fuerza de protesta contra lo instituido; se manifiesta haciendo caer la máscara de la universalidad, perennidad y verdad con que lo instituido se presenta. Se trata, por tanto, esencialmente de una fase de negación.
- La institucionalización consiste en la recuperación de la fuerza innovadora de lo instituyente por lo instituido; aparecen así unas reglas nuevas pero que permiten que la institución se perpetúe" (Petit, 1984:180).

El modelo propuesto por esta corriente viene a señalar que siempre existirá una institución, que su destrucción es imposible porque de esa (teórica) destrucción surgiría alguna forma institucionalizada de conducta. Sin embargo, es posible acceder a las instituciones y revelarlas. En el sentido que estos autores otorgan a las instituciones, en tanto que formas inconscientes, el hecho de acceder a ellas las revela y permite un proceso "deconstructivo". Es decir, volver atrás los pasos del proceso que llevó a que determinadas maneras de actuar, pensar o sentir hayan sido adoptadas acríticamente como "naturales".

El surgimiento y establecimiento de las instituciones tiene estrecha relación con la tendencia a la habituación de las actividades humanas. El proceso de habituación no se refiere únicamente a la secuencia de acciones que componen el acto completo ni a las reglas estrictamente relacionadas con esas acciones. En el proceso que lleva a la habituación, también se codifican como hábito -junto con la pauta que se repite- un conjunto de significados: cada acción que compone el acto global surge de diferentes procesos de toma de decisiones, cada uno de los cuales produce una determinada respuesta o justificación de la elección de las actividades humanas. Si a éste proceso de habituación, lo llevamos de lo individual a un ámbito social, el proceso se denomina institucionalización

La institucionalización está compuesta de actos individuales (y de otros que son aprendidos y modificados en la interacción entre los actores), pero su característica principal es la capacidad de llevar a cabo esos actos teniendo en cuenta los actos de los demás. Es decir, la capacidad mutua de modular la acción individual en función de los actos o previsiones de acción de los actores involucrados.

Esta idea de institucionalización nos lleva a considerar a los individuos en la estructura social como agentes sociales dotados de hábitos que han sido "incorporados a los

cuerpos a través de las experiencias acumuladas: estos sistemas de esquemas de percepción, apreciación y acción permiten llevar a cabo actos de conocimiento práctico, basados en la identificación y el reconocimiento de los estímulos condicionales, y convencionales a los cuales están dispuestos a reaccionar, así como a engendrar (...) unas estrategias adaptadas y renovadas sin cesar, pero dentro de los límites de las imposiciones estructurales de las que son producto y que los definen" (Bourdieu,1999:183).

Cuando nos referimos a Instituciones de salud, por ejemplo es necesario interpretarlas, tal como las ve Foucault, donde la individualización de sus miembros es descendente: a medida que el poder se vuelve más anónimo y más funcional, aquellos sobre los que se ejerce tienden a estar más fuertemente individualizados. El poder produce realidad, ámbitos de objetos y rituales de verdad. El medio político a través se distribuye a los individuos es la disciplina.

Estas interrelaciones en el seno de la institución se configuran a la manera de la figura arquitectónica conocida como Panóptico.

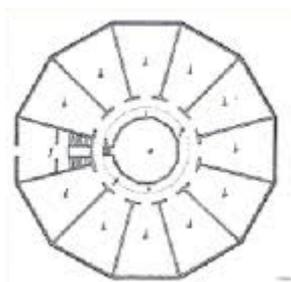


Figura arquitectónica de Bentham: el panóptico.

“El panóptico es el espacio cerrado, recortado, vigilado en todos sus puntos, donde los menores movimientos se controlan, los acontecimientos se registran, en el que un trabajo ininterrumpido de escritura une el centro y la periferia, en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre otros individuos. Este aparato arquitectónico es una máquina que crea y sostiene las relaciones de poder, que fabrica efectos de poder. El panóptico es un lugar privilegiado que hace posible la experimentación sobre los hombres.” (Giraldo Díaz, 2006:110).

Estos procedimientos y mecanismos deberían colaborar para que las partes que componen la organización se interrelacionaran con el fin de lograr los objetivos que la misma se ha propuesto.

Mintzberg habla de las configuraciones estructurales, redes de interrelaciones que se dan dentro de la institución para armonizar las partes que la componen. De acuerdo a la naturaleza de las organizaciones puede ser que alguna de sus partes ejerza mayor influencia sobre las demás, si el resto cede a esta presión surgirá determinada configuración estructural. De acuerdo con este autor las partes que integran cualquier organización, entre ellas un hospital, son:

1. *Núcleo de operaciones*: es la base de la organización y sus miembros intervienen directamente en la producción de los servicios. En el caso de la institución hospitalaria, médicos, trabajadores sociales, y enfermeras integran el mismo.
2. *Ápice estratégico*: ubicado en la cima de la organización. Los miembros que lo constituyen son los responsables de que la organización cumpla con su misión supervisando que todo funcione correctamente. Forman parte del ápice estratégico los Directores y Vicedirectores.
3. *Línea media*: está ubicada entre el ápice estratégico y el núcleo de operaciones, integrada por directivos de nivel medio que van desde los jefes de Departamento hasta los jefes de Servicio, encargados de articular entre la base y la cúspide de la organización. Los tres componentes hasta aquí mencionados conforman un solo cuerpo integrado que está asistido por la
4. *Tecnoestructura*: constituida por personas encargadas de realizar tareas administrativas vinculadas con la planificación y el control y la normalización de habilidades, se encuentran fuera de la línea jerárquica de autoridad. En el hospital esta función la llevan a cabo autoridades externas al hospital, en general Comités o Comisiones *ad hoc*, que cuentan con la colaboración tanto de la Dirección, como de la línea media.
5. *Staff de Apoyo*: formado por unidades especializadas cuya función es realizar tareas fuera del trabajo operativo, tales como Mantenimiento, Alimentación, Asesoría Jurídica, Compras, Tesorería, Facturación, etc.
6. *Ideología y Cultura*: representan las tradiciones, creencias y valores que le dan vida a la Organización y las distinguen de otras.

Con respecto a este último punto, el presente trabajo y su autora, se permiten refutarlo para especificar que cuando se habla de ideologías y creencias, no se piensa

en una parte, sino en un concepto que abarca el resto de los puntos observados. Y para eso es pertinente, citar una vez más a Michelle Foucault, cuando habla de “Régimen de Verdad”, como aquellos discursos que se toman como verdaderos porque están ligados al poder.

El autor explica que hablar de régimen de verdad, es tener una herramienta para la intervención de las instituciones de acción social, refiere que toda la existencia del hombre, es atravesada por un régimen de poder, sea en cualquier institución por la que atraviesa el desarrollo del mismo, (escuela, familia, iglesia, hospital, etc). Para ser más claro, todas las personas toman para su accionar cotidiano mecanismos ya establecidos, tratando de modificarlos. Los mismos mutan permanentemente pero no pierden jamás la esencia que lo origino. Y estos postulados o regímenes de verdad, comprenden el todo de una organización.

Estas apreciaciones teóricas relativas al concepto de institución, nos permite tener una aproximación comprensiva, al Trabajo Social dentro de una institución de salud, compleja por ser parte de un hospital Interzonal de agudos donde se realizó la práctica pre profesional en cuestión, recuperada para la presente tesis.

V- Cultura Organizacional

El análisis de la cultura en el contexto organizacional se hace indispensable a la hora de evaluar las características de una institución y querer conocer la dinámica de funcionamiento del sistema y las leyes que lo rigen.

Schein señala que la cultura es: "Un modelo de presunciones básicas, inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado, al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna, que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia; ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas". (Schein, 1970.)

En el modelo de cultura organizacional propuesto por Schein aparecen tres aspectos básicos para la comprensión total de este fenómeno, la conjunción de los tres niveles de la definición representa el concepto de cultura. Los aspectos que se proponen son los siguientes:

Nivel 1: Producciones (artefactos visibles)

Es el nivel más visible de la cultura, ya que incluye sus producciones y creaciones, las que vienen dadas por su entorno físico y social (espacio físico, capacidad tecnológica del grupo, lenguaje escrito y hablado, producciones artísticas y la conducta expresa de sus miembros). Estas producciones no siempre salen por cuestionarios, y sí por observaciones abiertas.

Nivel 2: Variables comportamentales

Este nivel está representado por los principios sociales, filosofías, y metas como valores intrínsecos. Para identificarlos es necesario entrevistar a los miembros claves de una organización y hacer análisis de contenido de documentos formales de la organización. Este nivel se refiere a la idea que tiene un individuo de lo que debe ser y

no exactamente de lo que es en realidad (por ejemplo cuando un profesional alega que interviene desde determinado enfoque, pero a la vista parecería que no es así).

El proceso de mutación del valor en creencia ocurre a partir de una transformación cognoscitiva hasta convertirse en presunción. Este proceso ocurre cuando la solución aprendida funciona establemente, lo cual significa que es válida y correcta y puede ser entendida como reflejo de la realidad organizacional, volviéndose inconscientes como las costumbres.

Nivel 3: Presunciones básicas

Cuando una solución a un problema sirve reiteradamente, queda a la larga asentada. Lo que fue una hipótesis apoyada por un presentimiento llega a ser entendida como una realidad. Son presunciones implícitas que orientan la conducta y enseñan a los miembros del grupo la manera de percibir, pensar y sentir las cosas. Tienden a ser indiscutibles, ya que si una presunción básica se encuentra firmemente arraigada en un grupo, sus miembros considerarán inconcebible una conducta basada en otra premisa.

Esto no significa que no puedan existir subculturas dentro de una cultura determinada, la mayor parte de las organizaciones tienen una cultura dominante y muchas subculturas.

La cultura organizacional representa según Schein una percepción común por parte de los miembros de una institución. Para este autor, las creencias y valores fundamentales se enseñan a los nuevos miembros de la organización, mediante procesos de liderazgo y socialización, y se validan por los resultados que se consideren exitosos para la organización. Este enfoque de dinámica cultural de las organizaciones se fundamenta en la antropología cultural y sostiene que la cultura organizacional se constituye por procesos de cambio y estabilidad.

VI- El Proceso salud- enfermedad- atención

Siguiendo la línea teórica de Carballada, entendemos a la salud como un complejo proceso de construcción histórico, social y cultural el cual requiere del abordaje interdisciplinario a nivel de la planificación, de la ejecución y evaluación. En el marco de los procesos de organización comunitaria e institucional el Trabajador Social se establece como articulador entre las necesidades e intereses de los sectores que participan del mismo y los objetivos de la institución. Su rol es la conformación de espacios concretos y flexibles, teniendo siempre como objetivo el ejercicio y legitimación de los derechos humanos.

Lo que busca el Trabajador Social en el área de la Salud no es sólo la comprensión o explicación de una enfermedad en particular, sino el porqué de la pérdida de la salud, que factores suman a que esa enfermedad se manifieste, pero no solo de una cuestión cuantitativa sino desde una mirada que triangula lo cualitativo y lo cuantitativo y no privilegiar los abordajes analíticos y experimentales sobre los descriptivos sin perder de vista ese proceso de salud, enfermedad, atención. Por ello es necesario entender y debatir sobre la mirada que debe tener hoy el Trabajador Social frente a la Epidemiología. A veces los profesionales de vuelven reticentes a ésta área, pensándola quizás, mas de un lado técnico y determinante de una situación "X", vista como desfragmentada de toda situación.

El epidemiólogo Naomar Almeida Filho (2000), plantea la necesidad de tener una nueva mirada de la epidemiología y realiza un análisis que lo ubica dentro de los "epidemiólogos críticos".

La Epidemiología Crítica es un término utilizado para expresar una propuesta latinoamericana frente a la llamada Epidemiología Convencional de tradición más anglosajona y de Hemisferio Norte. Se concibe como uno de los ejes disciplinares del movimiento de la Medicina Social. En conjunto con la planificación y las ciencias de la salud.

Esta forma de ver la epidemiología, está inmersa en el paradigma histórico-social, tiene como objeto de estudio el proceso de salud-enfermedad en los colectivos, es decir un grupo humano que es social e histórico. Pretende ser en términos de Filho, una “epidemiología de la desigualdad”, es decir, pone de manifiesto que el principal determinante para enfermar y morir lo constituyen las condiciones sociales económicas de los grupos poblacionales. Su principal instrumento de trabajo es el análisis de los procesos de reproducción social en los diferentes determinantes del proceso salud- enfermedad. Es necesario que los profesionales de la salud logren una amistad con la Epidemiología, dejándola de ver como una ciencia donde sus estudios descriptivos son artificiales y de naturaleza inductiva.

La Epidemiología crítica “es deductiva, en el sentido que plantea determinantes estructurales de tipo socioeconómico como favorecedores del proceso de enfermar y morir, y que en general son aplicables a todos los colectivos” (*Filho, 2000*). El autor se dedica a lo que llama “deconstruir” el objeto de la epidemiología Convencional reconociendo la necesidad de un nuevo paradigma “de sistemas complejos y niveles jerarquizados”, (*Almeida Filho, 1992:11*)

Construir un objeto de estudio colectivo y complejo llamado “Integrales de salud-enfermedad- Atención”, de las cuales hacen parte la representación social de las enfermedades, cadenas de causalidades y relaciones de producción de riesgo. Aquí se concibe la investigación epidemiológica como una cartografía o representación de su objeto de estudio.

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. Hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida. Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura.

En su libro “*El nacimiento de la clínica*” Foucault (1978), establece que cada formación médico-histórica, modula una luz primordial y constituye un espacio diferente de visibilidad de la enfermedad. Para Foucault, la enfermedad inicia en una organización, jerarquización dada por las familias, el género y las especies.

“El proceso salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente (por supuesto, en forma diferenciada) en toda la sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Se debe subrayar que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan a la vida cotidiana de los conjuntos sociales.” *(Menéndez, 1994:71)*

Los sujetos-actores y los conjuntos sociales son los que determinados o no, desarrollan el papel de agentes relacionales, por lo que supone la existencia de estructuras sociales y significados producidos por los mismos. Estas relaciones producidas pueden asumir características de oposición, complementariedad, y subordinación, entre otras.

Las prácticas de salud abarcan así tanto los recursos para interpretar los acontecimientos en salud como las acciones realizadas para resolverlos. Estas prácticas son construidas en campos socio-económicos-políticos-culturales, en los a su vez se instituyen las formas de atención siendo la biomedicina sólo una de las modalidades de atención en sistemas médicos pluralistas, aunque, sin embargo, base su hegemonía en una ideología legitimada por el Estado y la sociedad.

Entonces, vemos que la salud está condicionada por lo comunitario, se expresa en lo colectivo, es un proceso histórico-social y la enfermedad hoy no puede ser leída desde una perspectiva unicausal, es necesario entenderla en el espacio público y desde las clases sociales que lo integran, vinculándola al proceso histórico donde se producen sus determinantes.

VII - La Salud Pública

¿Qué es la salud pública? Es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. En este sentido, la salud pública se preocupa por los fenómenos sanitarios desde una perspectiva colectiva y entre sus funciones se destacan: el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la vigilancia y control de brotes epidemiológicos, la promoción de la salud, la participación de los ciudadanos en la misma, el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación en materia de salud pública (objetivos, desarrollo, seguimiento y evaluación de decisiones políticas). (Castellano, 1998)

El objetivo de la salud pública es “evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de la infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico precoz y prevención y preventivo de las enfermedades”. (Czeresnia, 2006: 21)

En cuanto a las funciones y responsabilidades de la Salud Pública se hace necesario plantear los distintos niveles de atención dependiendo del momento de la intervención, es decir sea esta intervención preventiva primaria, secundaria o terciaria:

- Intervención Preventiva Primaria: “es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad”. Lo más importante en esta área, es mejorar las condiciones económicas y sociales de la población y ofrecerle los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses.
- Intervención Preventiva Secundaria: “está encaminada a intervenir en la fase pre sintomática o silenciosa de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales”. (Czeresni 2006,21). Las campañas de detección son los ejemplos más característicos de esta intervención.

- Intervención Preventiva Terciaria “es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo”. (Czeresni 2006,22). Esta incluye la medicina curativa, la atención de crónicos.

Tal como señala en su libro Salud Pública, Vicente Navarro López, “históricamente, la responsabilidad del sistema médico (componente importante, pero reducido, del sistema salubrista) ha sido la de atender aquella porción de la población que acude a dicho sistema, es decir, la mortalidad y la morbilidad conocida.”(Navarro Lopez, 2010, 12). Para explicar esta tendencia reduccionista, Navarro López desarrolla un modelo al que denomina “el iceberg de la enfermedad”.

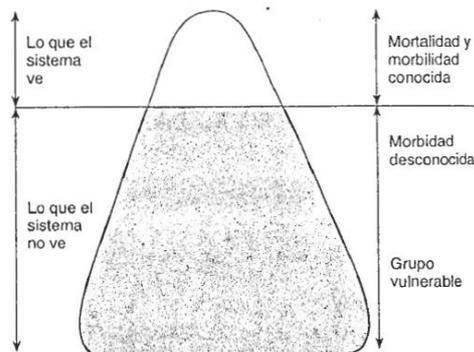


Gráfico 3.1. El iceberg de la enfermedad.

Más allá de lo que se puede captar a primera vista los problemas de la población “incluyen no sólo la parte visible del iceberg (aquellos pacientes que acuden al sistema) sino también su parte oculta (aquellos que no acuden al sistema, así como aquellos que, aun estando sanos, son vulnerables a la enfermedad y cuya vulnerabilidad podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema de salud). El sujeto de intervención del sistema de salud es, pues, todo el iceberg —toda la población— y no sólo la parte visible.”

En resumen, debemos plantear que la medicina y la salud pública son intervenciones sociales. En cierta manera las especialidades médicas se definieron desde lo “micro”, (nefrología, pediatría, cardiología, etc.) y se dejó en algún punto de lado a lo “macro”, es decir lo social, lo político y lo económico de la enfermedad.

Recuperar esta mirada amplia en donde lo médico tienen una dimensión social y lo social puede conducir a una situación médica constituyó el gran reto de los sistemas sanitarios de los años cincuenta y sesenta. “Se trataba no sólo de salir a la comunidad y responsabilizarse de toda la población (de todo el iceberg), sino también de responsabilizarse de curar lo agudo y hacerse cargo de lo crónico con la coordinación de los servicios médicos y los servicios sociales.”

En esta perspectiva resulta claro que la situación de salud de cada grupo de población, se articula estrechamente con sus condiciones de vida. Esto la salud pública no debe olvidarlo, ya que la vida cotidiana es el espacio donde se desarrollan los procesos biológicos y sociales que determinan la situación de salud.

De ahí que la salud pública como campo de conocimiento sea necesariamente interdisciplinaria y como campo de práctica y respuesta social, necesariamente intersectorial. El ámbito de intervención de la salud pública, incluye, desde las unidades familiares hasta las instituciones más generales vinculadas directamente con la reproducción del poder político y económico.

VII.I- Instituciones de salud en la Argentina

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja evolución. En sus comienzos la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del estado en la organización del sector y de la definición de una política de salud nacional.

A mediados de la década del 40 el sector público comenzó a ocupar un rol central, tanto como prestador como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del Ministerio de Salud se dio gran impulso a la salud pública, ampliación de capacidad instalada, desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etc., así como se fortaleció la intervención del estado en la organización del sector. Desde el estado se fomentó la creación de entidades de la seguridad social que aseguraran la cobertura de salud a los asalariados que se afiliaban de forma voluntaria. La creciente importancia de las obras sociales fue generando nuevas modalidades dentro del sector.

Desde 1970, el sistema ha cambiado significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. La Ley 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad. Esta institución tuvo un importante desarrollo a nivel provincial.

Tomando un informe de CEPAL del año 2002. "la provisión de salud en Argentina está cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Con el desarrollo de las obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), el sistema fue adoptando como rasgo distintivo el de su alto grado de fragmentación, ya que a través de esas instituciones, los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema

solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaron.” (Cetrángolo, 2002).

Si bien en la actualidad, se han manifestado grandes intenciones por avanzar en todo lo referente a la salud y prueba de ellos son la nueva ley 26862 de fertilidad, la ley de salud mental 26657, la asignación universal por hijo que obliga a vacunar a los menores y cumplir con el calendario nacional de vacunación, entre otros, mucho queda aún por hacer, y dentro de ello es imaginable leyes que protejan a las personas en situación de calle. La falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación existente al interior de cada uno de ellos completaban los rasgos del sistema. La particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica han contribuido, a ahondar aún más la fragmentación del sistema.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita.

VII.II- Hospitales Públicos – El HIGA

“La OMS entiende al Hospital como parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. Según sus características se distingue entre hospitales de día, de agudos, de crónicos, etcétera. Los hospitales públicos son las instituciones principales del sistema de salud pública argentino”. (*Nación y Salud, 2013*).

En el caso de la provincia de Buenos Aires, la misma está organizada en 12 Regiones Sanitarias las cuales cuentan con 341 instituciones hospitalarias que ofrecen posibilidad de internación y otras 1747 sin capacidad de internación. En total se cuenta con 27.691 camas para una población de 15.625.084 de habitantes. (Censo 2010 Provincia de Buenos Aires/Resultados definitivos por partido)

Dentro de ese marco institucional se encuentran los hospitales interzonales generales de agudos. En referencia a los mismos es necesario referirse al significado de cada término en particular:

Interzonal: se trata de hospitales de alta complejidad, únicos dentro de la zona de influencia y alcance,

Al hablar de alta complejidad, nos referimos al desarrollo de áreas de la salud con amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos, especialidades estas, que implican que aquellos pacientes de otras localidades que requieran la atención son derivados a estos nosocomios para su tratamiento.

General: hace referencia a la atención de la población, hombres y mujeres mayores de edad con o sin obra social que pertenezcan o se encuentren dentro del área de zona sanitaria de referencia y requieran la atención cualquiera sea la necesidad del paciente, como así también aquellas situaciones particulares, (accidentes en la vía

pública, judiciales, penitenciarias, etc.) y aquellos pacientes que en periodos turísticos, vacacionales o laborales requieren de atención-médica hospitalaria.

Agudos: haciendo referencia al concepto teórico de la atención hospitalaria, consideramos agudo "...al enfermo que necesita a lo sumo 6 meses de internación en un hospital" (Carillo, 1974:89). Basándonos en esta misma teoría a los seis meses tiene un subcrónico u al año un crónico.

En la realidad que afecta al hospital, estos márgenes de referencia no se sostienen, ya que hay pacientes internados en clínica médica con hasta dos años de interacción y que por diferentes razones, (clínicas, sociales) no han sido dado de alta.

VII.III- El área de Guardia de emergencia del Hospital general de Agudos: El papel del Trabajador Social

Es necesario definir la medicina de emergencia como el área de la “Medicina que se ocupa de la asistencia, docencia, investigación y prevención de las condiciones urgentes y emergentes. Según la OMS la emergencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte de su familia. Según la Asociación Médica Americana (A.M.A) emergencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia inmediata. La emergencia es aquella situación inesperada que en opinión del paciente pone en peligro inmediato su vida o la función de algún órgano.

Las características comunes de las situaciones de emergencia son su carácter imprevisto, su localización variable y fortuita, su diversa etiología, desigual gravedad, la subjetividad en su definición y la necesidad de respuesta inmediata”. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010: S/D).

Las características de los eventos sociales traumáticos (emergencias) su magnitud, duración, gravedad, riesgos secundarios, recursos disponibles; así como los daños, problemas y necesidades que generan – físicos, sociales y psicológicos – tanto a los pacientes como a su familia, califican como problema social y de salud pública y requieren la atención de los Trabajadores Sociales, como responsables del componente social y comunitario dentro del equipo multidisciplinario

En el sistema de salud argentino el Trabajador Social se inserta en un modelo médico hegemónico predominante que excluye la variable histórica del proceso de salud-enfermedad-atención. Como veremos más adelante las características más sobresalientes de este modelo son: la asimetría en la relación médico-paciente, el individualismo, la ahistoricidad, el biologicismo, una concepción de sujeto pasivo y un criterio de racionalidad científica.

Los Trabajadores Sociales en el área de guardia de emergencias “se proponen como objetivo general el de promover los derechos de los pacientes. Y se proponen como objetivo específico sostener el mayor nivel de autonomía por parte de los pacientes, procurar un adecuado período de internación y favorecer las condiciones de externación más apropiadas para la situación particular de cada uno de ellos.”

Un problema global del que no escapa el sector de salud, es la falta de espacios de coordinación donde se identifiquen tanto necesidades como recursos disponibles, evitando de ésta forma la superposición y dispersión de esfuerzos como recursos, tanto materiales como técnicos y humanos.

En general el trabajo de la guardia de emergencia consta de diferentes momentos, siempre condicionados a las situaciones emergentes: recorridos cuadriláteros de emergencia, lectura de historias clínicas e historias sociales y consulta de los registros que determinarán las acciones a llevar a cabo durante el día.

Estos momentos se encuentran por la aparición posible de nuevas íter consultas por lo que no se desarrollan de manera lineal. Esto tiene que ver no sólo con el hecho de estar de guardia, sino con estar en la guardia. La guardia de emergencias se constituye “como espacio en sí mismo convulsionado, donde el movimiento constante de personas, sentimientos, imágenes, intervenciones y reflexiones establecen un encuadre particular.” (Troiani, 2011: S/D).

VII.III.I Relación Médico-paciente

En nuestro país continúa imponiéndose el sistema biomédico como el único con carácter oficial. Si bien como ya lo planteamos hay nuevas iniciativas instituyentes que cortan en alguna medida este modelo, como la ley de identidad de género o la ley de salud mental, entre muchas, aun el modelo de atención que parece sobresalir, actualmente sienta sus bases en la etiología fisiológica y otorga preponderancia a la patología orgánica individual a la que aborda y analiza como fenómeno unicausal.

Como notara Good (2006) la (bio) medicina construye una idea de persona centrada en el eje del cuerpo biológico, construcción que no sólo es diferente a lo real, sino que dista de la experiencia de los individuos en su vida cotidiana.

La perspectiva biomédica de la enfermedad y la salud limita la consideración de factores ambientales y sociales más complejos, al ubicar el foco de atención en la consideración de causas y soluciones de índole biológica. El resultado es la visualización de la persona “abstraída de su entorno” con su patología, más que con su totalidad de persona viviente.

En la práctica cotidiana funciona un complejo sistema de atención de la salud, combinando la biomedicina, las medicinas tradicionales, el auto tratamiento –en todas sus formas- así como las terapias religiosas y las alternativas, en lo que se ha dado a conocer bajo la categoría teórica de sistema etnomédico.

Esta diferencia en la manera de concebir la salud y la enfermedad que tienen médicos y pacientes se refleja todos los días en hospitales y centros de atención de la salud de nuestro país donde se repiten situaciones de mutua incompreensión.

Esta es la queja más frecuente de los usuarios del sistema hospitalario y la razón para que algunas veces prefieran y seleccionen otro tipo de medicina.

Interesa especialmente centrar el análisis en la relación médico-paciente, focalizando en aquellos aspectos que, desde la perspectiva del usuario, se convierten en ejes de conflictos cotidianos. Se trata de ciertos desacuerdos, incompreensiones y diferencias frecuentes que impregnan la cotidianeidad de los espacios y tiempos compartidos por pacientes y especialistas que si bien no revisten gravedad, sí ponen de manifiesto las diferentes vivencias de unos y otros en torno a la salud y a la enfermedad.

Según lo refiere Saizar, se pueden distinguir ocho ejes conflictivos en la relación cara a cara entre especialistas y pacientes. Esta autora realizó un estudio entre 2002 y 2006, entrevistando de “manera abierta, extensa y recurrente a usuarios del Sistema Sanitario Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus alrededores. Su investigación incluyó usuarios tanto de Obras Sociales, como de prepagas, a personas de sectores socioeconómicos altos, medios y bajos con distintos grados de educación” (Travi, 2004)

1-. El trato recibido:

Desde la perspectiva del paciente, el trato dista mucho de lo esperado. Inicialmente los pacientes esperan largo tiempo en los pasillos a la espera de ser atendidos, con ansiedades propias de su dolencia o temor y ante la necesidad de contar, a quien puede ayudarlos, el problema que los aqueja.

2-. El discurso incomprensible

Otro de los ejes que se advierte en el relato de los actores, es la ininteligibilidad del discurso biomédico. La falta de entendimiento del propio diagnóstico se repite tanto en el relato de pacientes con instrucción universitaria como en el de aquellos que no han recibido educación formal. Entre el médico y su cliente existe una distorsión fundamental: para el primero, la enfermedad es en principio -o tal vez exclusivamente- de orden anatomofisiológico, mientras que esa alteración o alteridad biológica se comprende esencialmente desde el paciente como un acontecimiento psicológico y social (Laplantine, 1999)

3-. La visión de la persona

Es posible que la creciente especialización que la biomedicina ha experimentado en las últimas décadas contribuya a profundizar en los usuarios la sensación de ser visualizados como órganos, escindidos no sólo de su vida social y emocional, sino también del resto de su cuerpo orgánico.

De esta manera, el reclamo apunta a la unificación de los diversos componentes del individuo en terapias definidas desde los usuarios como “holísticas, globales, armoniosas”, es decir que contemplen como un todo los diferentes aspectos que conforman al individuo, y que inciden desde esta perspectiva en la concepción de salud, enfermedad y la terapia.

4.- La censura ante otras opciones

Esto tiene relación con la endocultura poblacional que visita a los profesionales médicos. En los hospitales públicos, principalmente, se entrelazan culturas y etnias bien definidas, (bolivianos, judíos, gitanos) que manifiestan demoras en la consultas por haber llevado a cabo algún tipo de medicina alternativa.

Hay una puja entre los pacientes que sienten que los médicos no aceptan ni conocen de terapias alternativas y por parte de los últimos quienes rechazan las curas hogareñas por considerarlas riesgosas.

5.- Los métodos diagnósticos

Aquí entra en juego la duración de la consulta con un paciente. Esta se ve limitada a la gran demanda, la falta de profesionales en algunos casos, y hasta la escasez de infraestructura para que un médico pueda tener una consulta con su paciente, en estado de privacidad. Los usuarios plantean sensación de desprotección, tanto de ellos como de su familia, quienes por momentos van vagando de un consultorio a otro en busca de respuestas concretas.

6.- Los métodos terapéuticos:

Estos se enfocan, principalmente, en la desaparición de los síntomas físicos como signo de la efectividad terapéutica. Además, ante la demanda recurrentes de soluciones globales muchas veces los médicos eligen recetar un medicamento alopático que “tranquilice” al paciente, sin escuchar la interpretación que hace de “ese dolor” quien lo padece, o rechazándola de plano por considerarlo “una explicación de tipo mágico” o con cierto grado de “ignorancia”.

7.- La Efectividad

La curación definitiva de una dolencia no es equiparable, desde el relato de los entrevistados, a la mera desaparición de los síntomas. La sanación es comprendida como un proceso cuya finalización implica la desaparición de las causas primeras de la enfermedad, causas que involucran aspectos sociales, emocionales y económicos y no meramente orgánicos.

8.- La continúa Derivación:

Las especializaciones médicas, si bien han sido exitosas desde el punto de vista del avance de la medicina en su conjunto, desde el punto de vista de la situación del paciente implican que éste deba consultar a los diferentes especialistas a los cuales se lo deriva, con cierto grado de incertidumbre.

La figura del médico de familia ha desaparecido paulatinamente para dar lugar a especialistas que dividen al cuerpo en diversas regiones, externas e internas, adultas, gerontológicas, femeninas y masculinas y en diferentes dolencias. A cada especialista al que se visita, se le relata la misma situación de inicio de la patología, una y otra vez, teniendo por respuesta un diagnóstico parcial e incluso, a veces, diferente, que genera para quien padece la enfermedad o dolencia, desconfianza, sufrimiento y miedo.

Para dirimir esta situación es necesario, establecer que más allá de las diferencias de los estilos culturales que definen la experiencia en salud y enfermedad, cuando un individuo enferma, tanto él como su familia y entorno cercano, buscan hallar en el especialista que los asiste un interlocutor claro, amable, y respetuoso de su dolor, su experiencia y sus conocimientos. Para ello es fundamental reconocer al paciente como ser pensante, dueño de su cuerpo y a la vez trabajar en forma interdisciplinaria con los distintos efectores de salud en pro de sumar al bienestar del individuo.

Todo lo dicho adquiere una mayor intensidad cuando quien llega a la institución de salud se encuentra en mal estado general, es decir que al malestar físico le suma una situación social precaria. Sobre todo si se tiene en cuenta que este grupo de pacientes sólo puede acceder a la guardia de un hospital público donde el trato impersonal, el discurso incomprensible, la visión estrecha de la persona, la censura ante opciones alternativas, los métodos diagnósticos, las terapias complejas, la búsqueda de efectividad y el sistema de derivaciones poco contemplan la enorme vulnerabilidad de ese ser humano.

VIII- Paciente en Situación de Calle

Entre los fenómenos nuevos de una pobreza urbana que se recicla y gana nuevos sectores se destaca el circuito de población en situación de calle. Personas adultas, en su mayoría hombres, sin domicilio estable, sin techo ni trabajo permanente que deambulan de un lado a otro de la ciudad.

La vivencia de la pérdida de una trayectoria familiar estructurante incrementa la sensación de abandono y el malestar identitario, en tanto que para que la subjetividad se afiance son necesarias las relaciones sociales concretas. El individuo necesita ser reconocido, nombrado y dicho por otros para ser ubicado en un orden de filiación e identidad. Como corolario del proceso de desafiliación la persona no sólo se queda sin un lugar material y simbólico, es decir, sin un lugar físico para vivir, si no también sin un núcleo relacional con capacidad de continencia.

Son múltiples las formas en que se denomina a la población de personas que pernoctan en la calle como aquellos que eventualmente lo hacen en paradores nocturnos u hogares de tránsito. Entre las denominaciones más comunes se habla de: “sin techo”, “deambulante”, “homeless”. Esta aceptación establece directa referencia a la cuestión habitacional (expresada en la carencia de la vivienda) como causal en la circulación y permanencia en el ámbito público.

Tal como lo define en un estudio, el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires “La situación de calle se relaciona con determinados problemas sociales que la originan, y que a su vez dificultan su solución. Dentro de éstas se encuentran las historias de pobreza crónica, los conflictos y violencia en las familias, la cesantía prolongada, el consumo perjudicial de alcohol y drogas, las patologías y discapacidades psíquicas y los problemas judiciales. Estas situaciones se tornan más complejas por el déficit de soluciones habitacionales, falta de educación y capacitación, falta de acceso a la salud, y carencia de redes sociales que apoyen en la superación de este problema”. (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2008)

La problemática social de las “personas sin hogar” tiene variadas y heterogéneas características, perfiles y necesidades que comparten entre sí una serie de dimensiones comunes: pobreza, asilamiento social, desarraigo, ruptura de vínculos sociales y familiares, deterioro personal y carencia de un lugar (un hogar) donde cubrir sus necesidades de alojamiento y formación de redes sociales.

Este fenómeno es principalmente observado en las grandes urbes mundiales, en las cuales los problemas de indigencia y aislamiento se concentran con mayor crudeza, generando que los procesos de exclusión social se expresen del modo más extremo.

“Las Personas sin Hogar, asimismo, se constituyen como un grupo colectivo, difuso en sus límites y heterogéneo en sus características y composición. Si se recuerda al transeúnte o linyera de 20 años atrás, en el presente, se hallan nuevos y múltiples perfiles diferenciales: mujeres solas; familias monoparentales; jóvenes excluidos; adictos; enfermos mentales; enfermos de tuberculosis o SIDA; entre otros. La diversidad que se manifiesta en esta población, hace compleja la cuantificación de esta problemática; esto se debe no sólo a la ausencia de una definición unívoca de estas personas, sino también a la escasez de estadísticas o estudios epidemiológicos sobre este fenómeno.” (Gobierno de la Ciudad de Buenos aires, 2008)

Dada su exclusión del entramado social, las condiciones de vida de las personas en situación de calle se constituyen en un problema que la amplia mayoría desconoce, lo que dificulta el desarrollo de soluciones al respecto y genera imágenes erradas y estigmatizantes de sus características.

VIII.1 El “paciente social”

Dentro del movilizante contexto de la Guardia de un Hospital General de Agudos se visualizan con claridad algunas categorías derivadas de las “formas de nombrar” que allí se utilizan. En ese espacio cobra una especial fuerza la frase de Bourdieu: “cuando se trata del mundo social, las palabras crean las cosas”. (1999:129) Y además de crearlas, definen formas de entenderlas, pensarlas, conocerlas, intentar o no comprenderlas.

En el ambiente de los médicos, enfermeros y, en general, entre todo el personal de la institución, se advierte el uso de una expresión sumamente particular: “los pacientes sociales”. ¿Quiénes son, a quiénes se refieren con esa denominación? Y principalmente, ¿existen “pacientes no sociales”?

Pero en la Guardia del Hospital se entiende por “paciente social”, a aquel sujeto que al ingresar, presentan motivos de interconsulta para el Trabajo Social, como ser: provenir de estar en situación de calle (principal causa de interconsulta), hacer uso problemático de sustancias psicoactivas, ausencia de vivienda donde regresar al momento del alta, presentar una débil red social o su inexistencia.

“En general los llamados “paciente sociales” permanecen internados (valga la redundancia) por “motivos sociales”, permanencia que se da principalmente frente a la imposibilidad de la externación por no poseer vivienda, o no contar con referentes afectivos requeridos para el tratamiento luego de la internación.” (Troiani, 2011)

Se establece, como puede verse una directa relación entre “paciente social” y Trabajador Social a quien se considera “a cargo” del mismo. Y paralelamente se limita el rol profesional a la atención de pacientes en situación marginal no permitiendo su intervención en otras situaciones que, aunque tienen una dimensión clínica, son producto de situaciones sociales complejas (abuso familiar, violencia de género, entre otras).

Parecería que al carecer de recursos, o no poder expresarse, estas personas quedan marginadas de atención y tratamiento. O al no tener una patología de base, deben ser externados rápidamente.

Es necesario no olvidar que el presente trabajo pone de referencia un hospital de agudos, cuestión por la cual, de ser éste un motivo que genera la imposibilidad de atender a los pacientes, se debería desarrollar desde la misma institución una red

institucional, que permita una adecuada intervención entre el equipo de salud y el propio paciente.

Limitar a los pacientes en situación de calle, a una atención, a un diagnóstico que permita un nuevo camino, es condenarlo a que vuelva a entrar a la guardia de emergencia del hospital, en breve y el círculo vuelve a empezar.

Más allá de reconocer la denominación de “paciente social” como un rótulo estigmatizante e innecesario es evidente que el Trabajador Social debe intervenir en estos casos abordándolos con técnicas acordes.

IX- Trabajo en equipo: eje fundamental para la atención con pacientes en situación de calle

Para hablar de interdisciplina, transdisciplina y multidisciplinaria, es necesario ampliar una vez más el concepto de lo "social":

" Podemos plantearlo desde dos visiones: por una parte si entendemos lo social como toda actividad o relación intersubjetiva que teje la vida colectiva, no existiría división tajante entre las prácticas profesionales, e incluso entre las diferentes prácticas científicas ya que el trabajo y la producción que las mismas realizan son actividades eminentemente sociales. Si consideramos lo social como ese conjunto de prácticas que surge en relación con la existencia de ciertas poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, "pobres", o que presentan obstáculos para su reproducción social, y la necesidad de hacerse cargo de ellas, ese espacio que se articula expresándose como diferente de la esfera económica y política, entre lo público y lo privado, entonces estaríamos frente a un hecho que podríamos llamar lo social asistencial". (Castel, 1997: S/D)

En este plano los trabajadores sociales trabajan, ya que se trata de su campo de intervención. Ahora bien, se trata de un campo compartido por otras profesiones que se ocupan en el ámbito de lo público y lo privado: médicos, psicólogos, psicopedagogos, enfermeros, trapistas ocupacionales, agentes sanitarios, entre otros.

En todo caso se trata de recortar esa mirada particular, que se constituye en las condiciones de vida de los sujetos involucrados en la intervención, tanto materiales como simbólicas que permiten la construcción teórica del objeto de intervención. El objeto de intervención que como una problematización teórica que se realiza en relación con una referencia empírica, en este caso las condiciones de vida de los sujetos que demandan la intervención.

Consideraciones conceptuales:

Interdisciplina: El tema de lo interdisciplinario presenta larga data. Según Follari

"Lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco" (Follari, 1992: S/D)

”.

Según Olivera (2010, S/D) hablar de equipo interdisciplinario es como observar una orquesta, cada intérprete con su instrumento a fin de crear una melodía armónica, con un sonido que nos guíe, donde el que escucha es el sujeto (participe de esta orquesta) con su situación problema. Hablamos de trabajar juntos con cohesión (diferencias, similitudes y posibilidades).

Se trabaja interdisciplinariamente teniendo en cuenta:

- El respeto al paciente
- Reconocimiento del papel de cada integrante del equipo de salud
- El flujo de información
- Proyecto común

Se deben tener en cuenta los conceptos de cooperación, cohesión, compromiso, colaboración, coordinación de esfuerzos, el conflicto administrativo, atención (del paciente), coherencia y contribución, entre otros.

La orientación interdisciplinaria surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo ésta, considerada como una totalidad estructurada pero a la vez estructurante. Es decir, la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad. Al incluir el vocablo “*inter*”, lo ubicamos como nexo del cual se espera una totalidad. Lo fundamental es mantener la identidad y especificidad disciplinarias, solo así se podrán realizar enlaces y relaciones.

Del mismo modo Carballada (2002, S/D), plantea que muchas veces la *Ínterdisciplina* es presentada desde una visión aséptica, que intenta ampliar definiciones o multiplicar miradas, a veces, sin un sentido claramente definido.

Pero en definitiva, no es ni más ni menos que la confrontación en el diálogo de distintas visiones de conceptos y pensamientos traducidos en conocimiento.

Pensar la *Ínterdisciplina* en un escenario atravesado por la incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social, implica, de alguna forma revisar una serie de aspectos, como la comunicación, la diversidad de pensamientos frente a una misma situación, el logro de los objetivos, la unidad de esfuerzos, etc.

Por otra parte, la *Ínterdisciplina* se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud, en tanto la expresión de una serie de

cuestiones que en muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforman los equipos de salud.

En un escenario turbulento, cambiante, el acceso a la singularidad de quien demanda asistencia en un servicio de salud, implica la necesidad de interrogarse acerca de los nuevos padecimientos sociales. La resolución posible a este tipo de cuestiones puede pasar por la conformación de relaciones simétricas dentro de los equipos de trabajo, ya que, la existencia de esquemas piramidales o verticales solo reproduce una lógica de dominación que va mucho más allá del problema del conocimiento en abstracto o neutral.

El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición.

Una de las primeras cuestiones que aparece como compleja dentro de esta posibilidad se centra dentro de la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud – enfermedad- atención, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de "problema social", etc., posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo.

Transdisciplina:

“Supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común. La Transdisciplinariedad es una forma de interrelacionarse de las diferentes disciplinas, cuyo objetivo es la comprensión del mundo actual, para lo cual uno de los imperativos es la unidad del conocimiento global. Lo que significa que se da una relación de interdependencia e intercambio de ideas y conocimientos para lograr eficiencia en un objetivo común, traducéndose esta forma de intercambio en generación y transformación de conocimiento que permita la construcción teórica y epistemológica de la práctica de cada disciplina” .(Elichiry 1987, 77).

Multidisciplina:

“Podemos decir que el enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que halla una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucrada. La característica principal de esta perspectiva es su visión atomística de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social”. (Elichiry 1987,79)

Los tres enfoques planteados en el presente trabajo, abren camino para pensar la forma más adecuada si se quiere para intervenir desde el área de salud con pacientes en situación de calle. Pensar como intervenir desde el equipo de salud, es fundamental para lo que se quiere alcanzar como meta: que el sujeto, en este caso el paciente, pueda reconstruir su situación actual, obtener y redescubrir herramientas que le permitan afrontar su padecer, en un entender.

Y nada puede lograrse si la comunicación entre los profesionales del equipo de salud, es dispar, que no quiere decir que todos piensen igual.

Carballeda plantea que “La palabra diálogo viene del griego y en su origen se relaciona con la noción de conversación. Así la conversación es, en definitiva una discusión organizada a través de diferentes personas interesadas en una misma cuestión que se intenta precisar, y respecto de la cual se pueden mantener puntos de vista distintos. Retomar estas enseñanzas en el presente puede ser sugestivo, en el sentido que tal vez la historia nos muestre las ataduras que los discursos construyeron a través del tiempo. Pero en definitiva, la interdisciplina no es ni más ni menos que la confrontación en el diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento. Quizás, estas visiones de lo interdisciplinario sean útiles para recapacitar alrededor del concepto en la actualidad.

Pensar la Interdisciplina en un escenario atravesado por la incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social, implica, de alguna forma revisar una serie de aspectos. Los mismos, pueden ser útiles en función de, si se permite una exploración del concepto de Interdisciplina, que implique, así también la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber, dadas las características de los escenarios actuales.

Diálogo que en definitiva se traduce en Intervención en Lo Social. Así, la Interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la "competencia " individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesado por la lógica de la empresa en tanto "costo- beneficio".

Por otra parte, la Interdisciplina se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud, en tanto la expresión de una serie de cuestiones que en muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforman los equipos de salud.

. En un escenario turbulento, cambiante, el acceso a la singularidad de quien demanda asistencia en un servicio de salud, implica la necesidad de interrogarse acerca de los nuevos padecimientos sociales. Estos, se relacionan con la precariedad de la vida cotidiana, transformada en falta de trabajo, hambre, pero también incertidumbre, crisis identitaria, sensación de no pertenencia a un todo, sumada a una impresión de fin de una época, pero con una fuerte discontinuidad con lo que lo sigue, en términos de un vacío ignoto, desconocido.

En síntesis, la Interdisciplina se encuentra interpelada por una serie de acontecimientos que se pueden englobar dentro de los padecimientos del presente.
(Carballeda, 2011: S/D)

SEGUNDA PARTE: SISTEMATIZACION.

X- Introducción a la sistematización de la práctica

Siguiendo los lineamientos teóricos de la presente tesis presentados en la primera parte, y de acuerdo a las orientaciones de Ávila Sandoval (2006) para llevar a cabo la sistematización, se presentarán en los capítulos subsiguientes los resultados de este rico proceso. Se tomarán como base los objetivos que a continuación se detallan y se sistematizará la práctica pre profesional llevada a cabo por la autora, en el Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Allende, en el área de la Guardia de Emergencia durante el periodo mayo-noviembre del año 2010.

Los objetivos que guiaron este proceso fueron:

Objetivo General: sistematizar la práctica pre profesional en el Servicio de la Guardia de Emergencias del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Allende (HIGA), con personas en situación de calle.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la modalidad de abordaje con pacientes en situación de calle ingresados a la Guardia del HIGA y derivados al Servicio Social para su intervención.
- Analizar las intervenciones realizadas por la pasante de Servicio Social con los pacientes en situación de calle ingresados a la guardia del HIGA desde una mirada construccionista.
- Evaluar los resultados obtenidos en los diferentes casos abordados a fin de generar aportes que permitan mejorar la calidad de futuras intervenciones con este tipo de pacientes.
- Construir una propuesta de protocolo en base a la experiencia sistematizada.

En un primer apartado se explicitarán las orientaciones metodológicas que se instrumentaron para realizar la sistematización. Luego se caracterizará la modalidad de abordaje llevada adelante en el proceso de intervención.

XI Aspectos metodológicos de la sistematización

Como ya se hizo referencia a lo largo de la introducción y del marco teórico, el presente trabajo se fija sobre una base metodológica de tipo cualitativa y basado en una sistematización de la práctica pre profesional.

Tal como lo plantea Taylor y Bogdan, “la frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de la persona, habladas o escritas y la conducta observable (...). La investigación cualitativa es inductiva y el investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística” (Taylor y Bogdan, 1986: S/D).

En general, “se sistematiza para comunicar, para socializar la experiencia, para que otros puedan aprenderla sin necesidad de vivirla. Interesa explicitar la lógica del sentido que hay detrás de las actividades que se desarrollan y que inciden en las opciones que se asumen en el curso de la práctica.” (Sandoval, 2006: 127)

Se conoce el sentido de la práctica a través de lo que se dice de ella. Detrás de lo que se dice de una práctica están los principios que organizan la acción.

Comprender estos principios, que por lo general no se explicitan, es aproximarse a los criterios que generan la práctica. La sistematización pretende dar cuenta de esta interacción. Implica un proceso de reconstitución de lo que los sujetos saben de su práctica. Una reflexión sobre cómo conocen, cómo actúan con relación a la práctica que promueven. En ocasiones la práctica es el único criterio de validez.

“El problema de la sistematización es la dificultad de comunicar lo que se sabe de una práctica. Para explicar esta dificultad algunos autores subrayan dos razones:

una, que en los equipos de trabajo no hay tiempo para reflexionar y escribir sobre la práctica: "es que no queda tiempo", "sólo estamos dos en esto", "mañana hay que entregar los materiales para el próximo curso", etc. y otra, la falta de categorías y de una metodología adecuada para llevar a cabo la sistematización de la práctica. Detrás de la primera razón subyace una distinción entre el pensar y el hacer, y detrás de la segunda, la insuficiencia de categorías y marcos interpretativos de quienes realizan las prácticas o de quienes las estudian y evalúan”. (Sandoval, 2006:128)

Así, el problema es la lógica con la cual el trabajador social se relaciona con su propia práctica, y cómo logra producir las interpretaciones sobre la misma que le permitan comunicarla. Cuando se rechaza la teoría no se piensa que es ésta la que puede proveer las categorías de pensamiento para abordar el estudio de la práctica.

Dentro de las categorías tomadas en cuenta para la presente tesis, se formulan:

- Proceso de salud-Enfermedad- Atención
- Metodología de Intervención en Trabajo Social
- Personas en Situación de Calle.

Cada una de ellas fue descrita a lo largo del marco teórico y pueden analizarse en los capítulos VI, II.I y VIII respectivamente.

Además considerar la sistematización según los lineamientos de Sandoval Ávila (2001) es llevar a cabo una interpretación crítica de la práctica, donde se pretende ordenar y reconstruir lo vivido, los factores que intervinieron en el proceso, porque se ha intervenido como se ha hecho, las causas lo motivos y las conclusiones posibles a las que se han llegado.

Recordando lo que plantea el autor de que la sistematización no es una narración de las experiencias ni describir procesos sin interpretación es que se plantean una serie de técnicas de abordaje que se tomaron en cuenta en el presente trabajo:

Técnicas cualitativas de indagación utilizadas:

a) Relato de vida:

Desde el Trabajo Social se construyen estrategias a fin de promocionar, en la medida de lo posible, los derechos de los sujetos, en especial en lo relacionado con el acceso a la salud integral. Se entiende que una persona en buenas condiciones de salud, tiene satisfechas sus necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

Es por esto que una de las acciones fundamentales dentro de esta estrategia es la realización de entrevistas al sujeto, (de ser posible) a fin de escuchar e interpretar, la

forma en que él vive la presente situación. Considerándolos entonces “seres parlantes dotados de palabra”, que piensan y portan ideas. (Bertaux, 2005:34

La entrevista se orienta también a indagar en torno a su trayectoria de vida, a la red socio-afectiva existente y las instituciones con las que tuvo contacto. En muchos de los casos que se presentan en la Guardia dicha red es débil o inexistente, por lo que cobra relevancia conocer las instituciones de referencia del sujeto.

Un tipo particular de entrevista utilizada en las ciencias sociales, y que tiene origen en la etnosociología, es el *relato de vida*. Se dice que “hay relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia vivida. El verbo *contar* o *narrar* es aquí esencial: significa que la producción discursiva del sujeto ha adoptado una forma narrativa.” (Bertaux, 2005 36).

“Desde el momento en que aparece la forma narrativa en una conversación y el sujeto la utiliza para examinar el contenido de una parte de su experiencia vivida, entonces decimos, que se trata de un relato de vida. (...) En el relato de vida etnosociológico, forma oral y más espontánea, y sobre todo forma *dialogica*, el sujeto, en principio, es invitado por el investigados a considerar su experiencia pasada a través de un *filtro*.” (Bertaux, 2005: 36).

De esta manera el Trabajador social, necesita al sujeto, eje fundamental de su investigación en pro de poder interpretar y reconstruir con el mismo la situación para el logro de una transformación o cambio.

En palabras de Bertaux, “si el sujeto acepta la propuesta, ésta se transforma en un pacto que quedará confirmado con la frase que iniciara la entrevista: por eso, lo que quisiera que me contara es de qué forma ha llegado a.... o Qué le ha llevado a.....”

“Lo que genera el relato de vida, es a causa del filtro subyacente, mucho menos profuso, mucho más centrado en la evocación de los mecanismos sociales que la autobiografía redactada en solitario” Bertaux, 2005 39).

En resumen, cuando se hace referencia al relato de vida, no se intenta comprender a un individuo determinado, sino una parte de la realidad social e histórica, un objeto social.

Bertaux, hace referencia al relato de vida como “un relato de prácticas sobre el terreno. El método etnosociológico trata de comprender un objeto social “en profundidad”; y recurre a los relatos de vida para obtener informaciones y descripciones que, una vez analizados y reunidos, ayuden a comprender su funcionamiento y su dinámica interna” (2005 49)

Hay formas de hablar que reproducen el dualismo sujeto-objeto que conforman las relaciones de poder en nuestra cultura; sobre todo en las relaciones de un experto que convierte al otro en “cliente” (o “paciente social”) y su problema en un “caso”. Se ignora que en lugar de clientes hay personas y en lugar de casos hay situaciones personales de afecto, gozo, desesperanza, dolor. Hay formas de ayudar, que representan una relación de poder: alguien concede algo a quien está por debajo de él. Asistir, por el contrario, es compartir habilidad o conocimiento. Acompañar a alguien que ya es competente en cierta medida.

Tres funciones de los relatos de vida

La función de exploración

Lo primero que es preciso llevar a cabo ante la primer toma de contacto con el caso a intervenir, es buscar uno o varios “informadores centrales”; capaces de proporcionar una descripción de conjunto del objeto social estudiado. “las entrevistas no pretenden adquirir ya la forma del relato de vida; se trata mas bien de conversaciones generales para otear el horizonte”. (*Bertaux 2007 52*)

Esos primeros testimonios versaran sobre la descripción de los hechos que aun no le son familiares al profesional que inicia la intervención.

En esta primera fase de exploración se debe aprenderlo y desaprenderlo todo: poner en tela de juicio las ideas preconcebidas con que se llegó.

La función analítica:

En la investigación etnosociologica, el análisis comienza por las primeras entrevistas. Escucharlas, transcribirlas, leerlas y releerlas, es la mejor manera para hacer que avance la formación del investigador.

“En esta fase analítica, la función de los relatos de vida cambia progresivamente. El investigador, aleccionado por la escucha y el análisis de las primeras entrevistas y por la información recogida en otras fuentes, dispone ya de una representación mental, de los mecanismos de funcionamiento de su objeto de estudio. Trata de perfeccionarla multiplicando los relatos de vida, siguiendo mediante la reflexión las pistas que le descubren los testimonios, desarrollando los indicios que se le ofrecen en los rodeos de una fase. Su forma de escuchar es mejor; ahora mientras el sujeto sigue contando su experiencia personal, puede fijar su atención mas allá, sobre lo que esa experiencia

le revela acerca de las relaciones sociales dentro de las cuales se alla inscripta”.
(Bertaux 2007 54)

La función expresiva:

Aquí se hace referencia a los relatos que contienen los sentimientos puestos por los entrevistados en sus relatos.

Aunque según Bertaux, algunos autores, niegan la posibilidad de transcribir, la vivencias sentimentales de lo que las personas puedan decir de sus relatos, ya que puede dudar de lo investigativo del trabajo, el autor plantea que es necesario a veces esta transcripción.

“Algunos relatos de vida están tan cargados de fuerza expresiva que el investigador se verá tentado a publicarlos. Solamente la publicación integra de relatos de vida no es indispensable y de todos modos, no es la prolongación de las otras dos funciones,”
(Bertaux 2007 55)

La función expresiva de los relatos de vida no pertenece a la misma lógica de la función de exploración y la función analítica. Mas bien va de la mano de aquellos momentos en donde el Trabajador Social, puede correrse un momento de su posición de investigación, para contener y escuchar, aunque inevitablemente sacara de esos momentos, datos esenciales para el trabajo conjunto con la persona.

b) Otras técnicas utilizadas:

Teniendo presente que el relato de vida es una técnica etnosociológica que se basa en la instrumentación de entrevistas, es importante explicitar que al hablar de entrevistas, y particularmente de *entrevistas en profundidad*, se las entiende, tomando como base el construccionismo, como “aquellas que se caracterizan por una extensa indagación y preguntas abiertas, pero realizadas individualmente entre el entrevistador y el entrevistado” (Cáceres, 2000: 57)

Otra técnica utilizada fue la *Observación Participante*, definida como aquella técnica en donde el objetivo es “detectar los contextos y situaciones en las cuales expresan y generan los universos culturales y sociales, en su compleja articulación y variabilidad. La observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno del investigador, se tome parte o no de las actividades en cualquier grado que sea, y participar, tomando parte en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte

de ella. Su principal objetivo es obtener una descripción externa y un registro detallado de cuanto ve y escucha” (Cáceres, 2000: 65)

XII- Descripción del contexto Institucional de la práctica

El quinto año de la carrera Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata determina la cursada de Supervisión. Esta asignatura, además de aportar al estudiante una base teórica, tiene previsto que el mismo realice una serie de prácticas pre profesionales que van de acuerdo a la formación teórica que se da en cada año académico. Así es como la autora de la presente tesis, decidió a partir de una fundamentación personal que se realiza por escrito y se entrega a la cátedra, ingresar dentro de uno de los cuatro campos donde la asignatura trabaja: el campo de Salud y dentro de éste la elección de una institución, para la inserción en la misma, el HIGA.

Algunos de los objetivos específicos que plantea el cuerpo docente que tiene a cargo dicho curso son pertinentes mencionar, porque facilitan la comprensión de la presente sistematización, son:

- Vincular con las dificultades teóricas, metodológicas e ideológicas la intervención profesional.
- Orientar hacia la autonomía, apertura y responsabilidad brindando soporte teórico, técnico acompañamiento vincular.
- Favorecer la inserción y el conocimiento integrado e integral de la estructura y organización de la institución sede.
- Facilitar el contacto directo con personas que demandan la atención social por problemáticas de diversas características.
- Contribuir a la utilización cuidadosa y oportuna de las técnicas, resaltando la importancia de la entrevista y aportando a su ejercitación.
- Resaltar la importancia de adquirir conocimiento teórico-técnico de problemáticas prevalentes en la institución sede para la formulación de proposiciones hipotéticas, eventualmente iniciadoras de investigaciones futuras.¹

1

Material de Cátedra de Supervisión. Portafolio. Año 2010. Universidad Nacional de Mar del Plata.

En el transcurso de la práctica, desde el inicio, con el objetivo de conocer la organización, el funcionamiento y todo lo que compete al servicio social del hospital, y en particular cómo funciona el servicio social en el área de emergencia, para la posterior intervención, se estuvo acompañada por la supervisora en sede Lic. María José Ullua y también por los aportes de la Jefa del Servicio Social Lic. Gabriela Re. Desde la cátedra se estuvo acompañada y supervisada por la Lic. Cristina Álvarez, a cargo del Campo de Salud, dentro de la asignatura en curso.

Por lo dicho es necesario fundamentar de qué se habla cuando se hace referencia a supervisión y al rol del trabajador social como de los alumnos que la realizan.

Para ello y en virtud de seguir con el marco referencial que bordea el presente trabajo y que se adoptó para cada una de las intervenciones y seguimiento de los casos derivados a la guardia, se toma como referencia a Kisnerman quien define a la supervisión desde el paradigma Construccionalista, como “Un proceso de reflexión crítica sobre la práctica profesional y una práctica en sí. Utiliza un conjunto de estrategias y tácticas de intervención para el logro de determinados objetivos, en una situación de aprendizaje. Debe entenderse como una asesoría, seguimiento, un apoyo profesional que se construye con los supervisados en la práctica”. (Kisnerman, 1999:69)

Desde el paradigma construccionalista, supervisor- supervisados, van entendiendo lo que se está haciendo en la práctica y cómo lo están haciendo, y logrando así un conocimiento conjunto.

Un supervisor según Kisnerman (1999, 72), “debe siempre trabajar con un encuadre, que se llama “*encuadre Continente*” que contiene emocionalmente las ansiedades, manejos y situaciones que los supervisados vivencian a lo largo de la práctica preprofesional.”

Dentro de la instancia de supervisión, hablamos de:

- Encuadre y revisión conceptual-metodológica.
- Inserción en área, centro o ámbito de trabajo.
- Propuesta de proyecto alternativo.
- Desarrollo del trabajo de campo.
- Registro de la información.
- Sistematización del proceso y de conocimiento.

- Evaluación.

La experiencia en sede se desarrolló en el período Junio- Noviembre de 2010, con una carga horaria de 20-25hs semanales en el Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Allende.

XII.I El HIGA Datos de base, organización y financiamiento

El HIGA se encuentra ubicado en la calle Juan B. Justo y 164 y esta delimitado por las calles, Juan B, Justo, Estado de Israel, Tres Arroyos y Rodríguez Peña. En la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredon, Provincia de Buenos Aires.

Teléfono: 0223 4770262/65

Accesibilidad: línea 512B, 562A. 562B, 541.542.543. 571.501.593

Dicho hospital depende del Ministerio de Salud Publica de La Provincia de Buenos Aires, es cabecera de partido y hospital de referencia de la Region Sanitaria VIII Cuando hablamos de Hospital Interzonal General de Agudos, debemos referirnos al significado de cada término en particular²:

Interzonal: hablamos de un hospital de alta complejidad, único dentro de la zona de influencia y alcance, que comprende 17 partidos, dentro del área de Zona Sanitaria VIII a saber: General Lavalle, Maipú, Partido de la Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea, San Cayetano,

Cuando nos referimos a alta complejidad, hacemos hincapié en aquellas áreas de la salud con amplia gama de especialidades médicas y quirúrgica apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que en el nivel del HIGA comprende servicios como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos, especialidades estas, que al no realizarse en centros de atención de salud de otras localidades, aquellos pacientes que requieran la atención son derivados a este nosocomio para su tratamiento.

La organización para la atención se realiza en forma interdisciplinaria desde el área programática del hospital, a cargo de la Dra. Beatriz Micheletti, y funciona de la siguiente manera:

2

Para un mayor desarrollo de los conceptos, se puede acceder al marco teórico de la presente tesis en el capítulo VII.II "Hospitales públicos: EL HIGA".

Un paciente que es atendido por una patología en cualquiera de las localidades de alcance de zona sanitaria VIII, y requiere según el diagnóstico clínico atención en el HIGA es derivada a la Asistente Social de la institución de origen, quien a través del área programática del hospital, gestiona los turnos programados correspondientes para la atención.

General: hace referencia a la atención de la población, hombres y mujeres mayores de 15 años, con padecimiento agudo, con o sin obra social que pertenezcan o se encuentren dentro del área de Zona Sanitaria VIII, y requiera la atención cualquiera sea la necesidad del paciente, como así también aquellas situaciones particulares, (accidentes en la vía pública, judiciales, penitenciarias, etc.) y aquellos pacientes que en periodos turísticos, vacacionales o laborales requieren de atención-médica hospitalaria.

Agudos: Haciendo referencia al concepto teórico de la atención hospitalaria, consideramos agudo "...al enfermo que necesita a lo sumo 6 meses de interacción en un hospital" (Carillo R. 1974. "Teoría del Hospital. Obras Completas I. Arquitectura y administración". Capítulo I. Pág. 89. EDT universitaria de Buenos Aires.

Basándonos en esta misma teoría a los seis meses tiene un subcrónico u al año un crónico. En la realidad que afecta al hospital, estos márgenes de referencia no se sostienen, ya que hay pacientes internados en clínica médica con hasta dos años de internación y que por diferentes razones, (clínicas, sociales) no han sido dado de alta.

Los recursos financieros con los que cuenta el hospital son destinados desde el Ministerio de Salud y Acción Social de La Provincia de Buenos Aires, los de SAMO y las donaciones particulares.

XII.II El Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO)

Desde el 16 de octubre de 1979, el HIGA como otros cuarenta establecimientos de la provincia, queda incorporado a la estructura del Sistema de Atención Médica Organizada (de ahora en más SAMO), iniciando automáticamente el cobro de aranceles estipulados para las distintas prestaciones profesionales. Este arancelamiento tiene tres categorías:

- Obras sociales, mutuales y seguros.
- Pacientes sin cobertura pero con capacidad económica, y
- Pacientes sin cobertura y sin capacidad económica.

Hasta hace algunos años, el HIGA, con la colaboración de administrativos y también del área del Servicio Social, trabajaban con los usuarios en pro de la denuncia de las obras sociales para su posterior cobro de prestaciones a las mismas por parte del nosocomio, lo que acarreaba dudas y dificultades ante la falta de información de la comunidad, temiendo que al declarar que tenía la persona obra social, sería rechazada de la atención y esto generaba dificultades para la institución.

Hoy la tecnología y con ella el cruce de la información, permite que cada paciente que es ingresado a la base de datos, se incorpora a este sistema de cruce informático, con lo cual es más ágil y continuo el pase de estudios para las obras sociales aunque no así el cobro de las mismas.

El sistema de SAMO permite que el hospital al ser descentralizado, pueda cobrar a las obras sociales, en forma directa, las distintas prestaciones brindadas a los pacientes y así los cobros son directamente depositados a la cuenta corriente del hospital.

De acuerdo a la ley SAMO 8801 y sus reformas, de lo que se cobra mensualmente (no lo que se denuncia), se dispone del dinero destinado a gastos de medicamentos, y el saldo se divide de la siguiente manera:

- El 10 % va al Ministerio de Salud.
- El 40% bienes de capital.
- El 50% se distribuye entre los empleados del hospital con asistencia óptima y que no se encuentran con carpeta médica al momento del cobro.

XII.III El servicio social en el HIGA: los Inicios

No hay datos escritos que puedan aportarse a los inicios del servicio social. Para la recolección de los mismos se realizó entrevista a una de las Licenciadas del nosocomio, quien con más de veinte años de antigüedad en el hospital y casi cuarenta en la *profesión*, pudo relatar los siguientes datos:

“Antes de la apertura del hospital en el año 1961, se designó el personal, entre los cuales se seleccionaron dos telefonistas:

- Gonzáles Cisternas, María Esther. De la ciudad de Córdoba.
- Mansero, Estela. De la ciudad de Formosa.

Ambas por separado, llegan a la ciudad y son designadas para el conmutador general. Al tiempo de estar en esa actividad, María Esther propone a Estela armar el servicio social. Por ese entonces, regía la ley de reforma hospitalaria, ley provincial número 6462, a partir de lo cual se establece poner al hospital como planta piloto número uno.

El trabajador social dependía del departamento técnico y se creó con el fin de evaluar la condición socioeconómica de las personas que concurrían al hospital, a fin de verificar su situación previsional y de alcance a sistemas de salud de tipo privada, como así también las posibilidades económicas para la atención particular (se recuerda que era un hospital arancelado).

Paralelamente se lograba la detección problemas, seguimiento de casos específicos, y participación en planes de vacunación.

El hospital se cierra por el golpe de Estado y cuando reabre sus puertas, es nombrada como Jefa del Servicio Social, la Lic. Blanca Re (proveniente de la localidad de Bahía Blanca).

En el año 80 con el surgimiento del SAMO se vuelve al arancelamiento del hospital, se trasladan Asistentes Sociales de la región zona sanitaria VIII hacia el hospital y se nombran a cuatro Trabajadoras Sociales más, varias de ellas continuando hasta la actualidad.

XII.IV Servicio Social del HIGA en la actualidad

Hoy el servicio social sigue dependiendo del área técnica, conjuntamente con Servicio de Alimentación y Servicio de Farmacia, contando dentro de Servicio Social, Atención Domiciliaría y Tercera Edad.

Hasta diciembre del año 2010, el Servicio Social se conformaba por siete profesionales de planta, un profesional de la ley provincial 10430, dos profesionales becarios, 6 residentes, un jefe de residentes, un instructor y dos pasantes de pregrado pertenecientes a la universidad. Una secretaría administrativa y un psicólogo.

- Lic. Maria Gabriela Re, jefa del servicio, Infectología, Oftalmología.
- Lic. Marta Martino. Realiza investigaciones en conjunto con el servicio de Docencia e Investigación.
- Lic. Lía Andividria. Servicio de Nefrología, Diabetes, Transplante renal.
- Lic. Cristina Telechea. Terapia intensiva e intermedia. Servicio de Hematológica
- Lic. Claudia Bertoli. Traumatología. TBC
- Lic. Maria Marta Re. Cardiología. Unidad coronaria e internación. Cirugía cardiovascular
- Lic. Maria Vidart. Neurología. Consultorio externo
- Lic. Jessica Gallo. Servicio de atención domiciliaria.
- Lic. Maria José Ullua. Serv. de emergencia. Internación tercer piso "B"
- Lic. Laura Larsson. Servicio de salud mental. Internación y consultorio
- Lic. Marcela Arripe. Área de tercera edad. Internación tercer piso "A".

El Servicio Social se encuentra en la planta baja de la institución. Por una parte ocupa una oficina de reunión de planta, de aproximadamente 4 x 3 metros cuadrados, que es compartido por el total de las profesionales, sin acceso al público.

Así mismo la presencia de una sola computadora debe ser compartida con personal administrativo de prestaciones de PAMI que realiza gestiones telefónicas, desde el mismo lugar

En otra área del hospital, específicamente, hacia la derecha de la entrada principal por la calle Juan B. Justo e inmediatamente posterior a la puerta giratoria, el Servicio social posee la atención por ventanilla dirigida a la demanda espontánea de pacientes al Servicio Social como así también, entrevistas programadas y seguimiento de casos de pacientes ambulatorios (infectología-oncología, etc). Se realizan además ínter consultas con profesionales de otras instituciones que trabajan en red con el hospital, en función de optimizar los recursos a favor de la atención adecuada del paciente (INARES-Centros de Salud Barriales, etc.).

XII.V Objetivos del Servicio Social del HIGA:

Desde la modalidad operativa, el Servicio Social atiende la demanda espontánea, accede a los “casos sociales” por un lado directamente en el primer contacto con el paciente o a partir de las interconsultas realizadas por otras disciplinas.

Objetivos Específicos:

- Trabajar para el mejoramiento de la población asistida, a partir de un concepto integral de la salud, en el cual se considera a la persona como un sujeto social y protagonista de su proceso vital.
- Estimular la participación de todos los miembros, de un proyecto interno de servicio, en el cual se identifiquen en sus objetivos y sea desarrollado a partir de un sentimiento de pertenencia al mismo.
- Considerar la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza al compromiso que da contenido y sentido a la tarea.
- Formar parte del equipo de salud, con intervenciones superadoras sustentadas teórico y metodológicamente.
- Establecer una adecuada interrelación con la red de recursos institucionales de la ciudad.

Servicios Cubiertos:

Salud Mental, Nefrología, Cardiología, Neurología, Ortopedia y Traumatología, Tercera Edad, Oncológica y Radioterapia, Urología, Reumatología, Clínica Medica, Ginecología, Infectología, Terapia Intensiva, Guardia (área de Emergencias) e Internacion Domiciliaria

Programas:

Interacción Domiciliaria, CUCAIBA, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (TBC), PRODIABA (diabetes), Programa Nacional y Provincial de SIDA, entre otros.

Un problema global del que no escapa el sector de salud, es la falta de espacios de coordinación donde se identifiquen tanto necesidades como recursos disponibles, evitando de ésta forma la superposición y dispersión de esfuerzos como recursos, tanto materiales como técnicos y humanos.

El Servicio Social del HIGA no contaba con profesionales de dedicación exclusiva al servicio de emergencia.

A partir del año 2009 se inicia desde el servicio social un proyecto para la atención de este servicio en el área de emergencias.

La misma se realiza a partir de la ínterconsulta de los profesionales del área o por demanda espontánea de los pacientes y/o sus familias/ allegados. Se suma a ésta la recorrida de los profesionales y pasantes de Trabajo Social en aquellos pacientes en situación de calle que ingresan a la guardia en condiciones de vulnerabilidad social.

A partir del primer contacto se realiza un seguimiento de su situación de salud, interdisciplinariamente con el equipo a cargo al momento del ingreso, relevamiento de historia clínica y seguimiento de casos.

Además se realiza la intervención de aquellos pacientes que por alguna razón no solo física, sino psíquica o social, ingresan a la guardia y una vez atendidos quedan deambulando por el nosocomio.

XII.VI Estructura y composición del Servicio de Emergencia³

1-Recursos Humanos

Jefa de Emergencia: Dra. Ma. Teresa Maistegui

Jefe de Enfermería: Enfermero Eduardo Alberto Laiz

Supervisora de Enfermería: Lic. Luisa Pedrero

2-Plantel Profesional

Médicos: 1 (clasificador, médico generalista), 4 (clínica médica), 3 (cirugía), 2 (Ortopedia y Traumatología), 1 (ginecología). (Composición: médicos de planta y residentes). Los médicos residentes dependen de las Jefaturas de Residentes y a partir de las 17 hs. del jefe de día de la guardia.

Especialidades con guardia pasiva: neurocirugía, oftalmología, cirugía vascular, infectología, neurología.

Enfermería: 34 enfermeros (distribuidos en turnos de 8 hs.). Modalidad de trabajo: 2 enfermeros en shock Room, 1 en cuadrilátero, 1 en procedimientos y sala de yesos, 1 en la pecera y 1 en consultorio externo. 1 Voluntaria

3-Técnicos y Administrativos

Rayos guardia:

TAC (tomografía Axial Computada) (1)

Técnicos (2)

Ecografía)1)

4-Servicio de Área Programática:

Jefa Dra. Beatriz Micheletti

³ Datos extraídos desde el informe llevado a cabo por la Lic. María José Ullua y la Lic. Marta Martino, parte del equipo de Servicio Social de la Guardia de Emergencia del HIGA. 2010

Jefa de Estadística Central: Sra. Isabel Islas

Estadística de Guardia: 10 agentes (distribuidos en guardias de 24 y 12hs., 1 agente con un régimen de 8 hs. diarias)

Coordinadora de Guardia: Sra. Ana Romero

5-Intendencia: Intendente Sr. Antonio Ibarra

6-Camilleros: mañana (2) tarde (1) noche (1)

7-Servicios terciarizados:

Vigilancia: 2 personas

Limpieza: 4 personas (2 turno mañana), 1 (turno tarde), 1 (turno noche)

Cocina: Camareras

8-Destacamento Policial: 2 agentes

Estructura:

Consultorios (10)

Cuadrilátero (8 camillas)

Shock Room (4 camas)

Procedimientos

Sala de Yesos

Pecera

Quirófano de guardia (2): No se utilizan como quirófano, funciona como sala de aislamiento para pacientes.

Sanitarios para pacientes internados en guardia (2): Funciona uno

Sanitarios para la sala de espera de guardia: (2)

Estar

Destacamento Policial

Objetivo General del Servicio Social de Emergencia:

Promover el bienestar integral del paciente y su familia en el proceso salud-enfermedad-atención y la optimización de los recursos sanitarios y socio-familiares en el Servicio de Emergencia del HIGA Dr. Oscar Alende.

Objetivos Específicos:

- Agilizar el proceso salud-enfermedad-atención por medio de la detección precoz de los factores de riesgo social, para el beneficio del paciente y del hospital como recurso sanitario.
- Coordinar los recursos socio-sanitarios a fin de garantizar el uso racional de los mismos y la continuidad asistencial.
- Promover la simultaneidad entre el alta médica y el alta social efectivizando la inserción activa del Servicio Social en el equipo de salud del Servicio de Emergencia.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica social de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (cuadrilátero y shock room) y recibimiento de interconsultas por los pacientes de consultorio externo de emergencia.
- Planificar la intervención social ante determinadas situaciones de riesgo de emergencia de forma que, ante la eventualidad, posibilite una respuesta organizada, inmediata y de resolución favorable para los afectados.
- Evaluar y aplicar los recursos disponibles según las necesidades sociales (acompañamiento, alojamiento, alimento, medicación, etc.) que se puedan derivar de la atención en el servicio de emergencia tanto para los pacientes como sus familiares y/o allegados.
- Estudiar los factores y problemas sociales en relación con las atenciones de emergencia tales como violencia de género y urbana, intentos de suicidio, abuso de sustancias, abandono social, accidentología, etc.; contribuyendo a una mejor “intervención en crisis”.
- Contención emocional, acompañamiento, información, asesoramiento a los pacientes y sus familiares y/o allegados.
- Evaluación, sistematización y actualización de recursos comunitarios disponibles.
- Coordinación interinstitucional.
- Formación y supervisión del voluntariado en coordinación con el Servicio de Enfermería de emergencia.
- Participación en simulacros y otras actividades de formación que facilite la intervención en situaciones de emergencia.
- Elaboración de instrumentos de investigación, sistematización y registro de Servicio Social orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz que facilite también la evaluación de procesos y resultados.

- Participación en el diseño, desarrollo y evaluación de proyectos de investigación en el Servicio de Emergencia.
- Articular con el Servicio de Área Programática la derivación de pacientes a otros efectores de salud (al lugar de origen, por cobertura de obra social, etc.)
- Contribuir en la detección precoz de patologías clínicas “cronificantes” vinculando al paciente y/o familiares con los recursos disponibles intra y extra hospitalarios.
- Intervenir en la resolución y/o disminución de los obstáculos socio-sanitarios que producen las reinternaciones en pacientes con patologías crónicas.
- Realizar actividades de docencia en el pre grado y post grado en el área.

Ejes de Intervención:

- Entrevista a pacientes y/o familiares- allegados
- Localización de familiares y/o allegados de personas que ingresan al servicio de emergencia.
- Identificación de pacientes N.N por medio de la articulación interinstitucional, visita domiciliaria, etc.
- Aportar la actualización de los datos personales del paciente para su ingreso en el sistema de cómputos (por ejemplo afiliación o posibilidad de afiliación a obras sociales) que surjan en la entrevista social.
- Registro en la historia clínica del paciente
- Visita domiciliaria e institucionales según criterio profesional.
- Vincular al paciente con instituciones que respondan a sus problemáticas socio- sanitarias (CPA, Unidades Sanitarias, Centro de Promoción Social, Servicio Sociales Comunitarios, Centro de Atención a la Víctima, Comisaría de la mujer, obras sociales y/o prepagas, etc).
- Gestión de recursos socio- sanitarios
- Realización de informes sociales

Paralelamente la Licenciada en Servicio Social Maria José Ullúa, en nombre del Servicio Social del nosocomio y conjuntamente con la Licenciada Marta Martino ha presentado a la dirección del hospital un proyecto de “Inserción del Servicio Social en el área de Emergencia del HIGA. Dr. Oscar Alende” (Proyecto realizado por las Licenciadas en Trabajo Social M. Jose Ullua y Marta Martino del Servicio Social del HIGA. Año 2010), con el objetivo de que se establezca la permanencia de dos Trabajadoras Sociales en el área de emergencia, (*Ullua, Martino 2010, 3*) (a fin de

asegurar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del servicio), con una carga horaria de 48 (cuarenta y ocho) horas y régimen de exclusividad. Según este proyecto se pretende que cada profesional cubra una guardia de 6 (seis) horas en sede de lunes a viernes, sábados rotativos y guardia pasiva durante los fin de semana.

Así mismo se requiere para realizar las intervenciones dentro de la singularidad que la profesión exige, que se cuente con un consultorio en éste servicio a fin de resguardar la privacidad y confidencialidad que requiere la actividad profesional.

Según se fundamenta el área de emergencia ha sido para el Servicio Social del HIGA “una asignatura pendiente” ya que constituye la entrada del 99% de las internaciones, que constituye un amplio campo de acción de los Trabajadores Sociales para la intervención y seguimiento de las distintas situaciones problemáticas de los pacientes que concurren.

XIII. Caracterización de la modalidad de abordaje

Para introducirnos en la descripción, análisis e interpretación como procesos inherentes a la sistematización, se presenta en primer lugar una caracterización de la modalidad de abordaje que se instrumentó en el servicio social del HIGA en relación a la problemática de personas en situación de calle. En la misma se ofrecen una descripción de los procesos y situaciones que se atraviesan, analizando aspectos de los mismos. En un siguiente apartado se puntualizará en la caracterización de las personas en situación de calle, y en la intervención con casos propiamente dicha.

Respecto de la modalidad de abordaje, diversas reflexiones pueden ser hechas. Ya nos hemos referido al hablar de Trabajo Social en Salud, sobre la razón de ser que tiene la presencia del Trabajador Social en el campo de atención a la salud, la presencia de éste dentro del equipo interdisciplinario y la forma de abordaje hacia la persona y su problemática. También se ha abordado acerca de la Persona en Situación de calle y todo lo que ello trae aparejado.

A pesar de la claridad del rol profesional, los Trabajadores sociales son en muchas ocasiones si no Invisibles, sí difícilmente identificables (y, muy a menudo, erróneamente identificados, como aquel “dador de recurso inmediato, sea éste un pase de almuerzo, una frazada o un realizador de trámite para documentar al paciente o una derivación interna post alta”. Pero lejos ésta situación de ofuscar, debe dar herramientas para evaluar en qué se debe reforzar y cuestionar el abordaje a fin de clarificar la intervención.

Desde el punto de vista del Trabajo Social la enfermedad no es un acontecimiento solamente clínico, es también un acontecimiento Social. Es de esa comprensión de lo social como relacional o psicosocial dentro de un contexto político y económico, de donde se deriva la razón y la necesidad del Trabajo Social en Salud, como campo específico de intervención profesional, y de la presencia de los Trabajadores Sociales en los diferentes contextos del sistema sanitario.

Y es aquí donde se pretende especificar el trabajo con pacientes en “Situación de Calle”. Cuando una persona en situaciones de vulnerabilidad social llega al Hospital, se realiza la automática derivación y/o llamado al Trabajador Social del área de emergencia, incluso antes de ser evaluado (aunque sea en su fase inicial) por el

clínico de Guardia. Se lo deja en los pasillos del nosocomio, a la espera de la llegada del “supuesto profesional encargado, es decir del Trabajador Social porque automáticamente el paciente en su ingreso es “estigmatizado” como Paciente Social.”

En este contexto es que se pretende reflexionar respecto de la intervención con personas en situación de calle, específicamente.

Está claro para la autora que:

- * La situación de calle no es una emergencia
- * No es sólo una problemática habitacional
- * No es una problemática individual
- * Su abordaje no admite protocolos predefinidos
- *No depende de las voluntades personales

Ya se ha dicho que, hablamos de pacientes en situación de calle, tanto de aquellas personas que pernoctan en la calle como las que lo hacen en paradores nocturnos o lugares de tránsito y que llegan a la Guardia del hospital, por demanda espontanea, llevados por un vecino, por presencia policías o por una ambulancia.

Cuando se dice que la Situación de calle no es una emergencia, significa no intervenir desde una manera reduccionista de la problemática con la cual bastaría con “sacar” a la persona de la calle (“aquí y ahora”) o darle el alta inmediata una vez que no hay ninguna razón médico clínica para que permanezca en el nosocomio, a pesar de que estamos hablando principalmente de Hospitales Públicos.

Y si se llevara a cabo de ésta manera, se debería contar con recursos de derivación precisos para estas personas, en caso de no tener vínculos aparentes. Pero, se hará referencia específicamente de éste punto cuando se teorice el recurso como eje particular.

Si se postulara la intervención desde éste enfoque simplista, se dejarían de lado las causas estructurales de la problemática. Es imposible para la derivación del paciente desconocer el grado de complejidad de la problemática socio ambiental en la que se encuentra, su situación actual y su padecimiento.

“el sincronismo niega que los procesos que la persona ha vivenciado son tan singulares como sociales. Invisibilidad que la cuestión social atraviesa transversalmente las diversas historias de vida y las múltiples problemáticas que corporizan la situación de calle” (Sespede, 2009: S/D).

La intervención debe enfocarse en primera instancia en la situación de salud que la persona posee, posteriormente si la persona tiene un lugar para habitar después de su alta (sea propio o no). Se quiere dar a entender que no se puede dejar de observar, que en cada intervención se está frente a *Procesos Sociales* que se sostiene a partir de la producción y reproducción de la vida cotidiana. Situaciones Complejas que exigen una mirada diacrónica por cuanto hay en el paciente una defiliación de las redes sociales, una exclusión de las políticas públicas y un des-alojada por las instituciones.

Es por eso que se propone hablar y pensar en “situaciones de Calle”: situaciones múltiples, diversas, complejas y cuyo atravesamiento singulares requieren imaginar en cada encuentro un abordaje particular.

La intervención con el paciente en situación de calle se inicia con el encuentro del mismo con el Trabajador Social. La particularidad general del encuentro es que ese Otro generalmente no ha solicitado la intervención y si lo ha hecho es puntualmente por algo que necesita de inmediato... (Una frazada, un plato de comida, dinero, etc.). Habitualmente el profesional es llamado a intervenir por el Médico de Guardia, quien considera que es necesaria cuando no imprescindible la presencia del mismo en el área de emergencias.

Además ante el sistema de Guardia de emergencia de un Hospital, la persona en situación de calle, se presenta ante la Institución, como un sujeto *inesperado*. Generalmente el hospital trabaja frente a un “*otro normalizado*”, que posee vivienda, que tiene documentación, que está inserto en redes, que transita su aparente cotidianeidad en un espacio y tiempo estereotipado. La persona en situación de calle, ingresa “*de la nada*”, sin cumplir con requisitos solicitados, no se adecua a las lógicas instituidas ni a los protocolos normalizados de accesibilidad a la institución. Y muchas veces estos sujetos *inesperados* se transforman así en sujetos *no deseados*.

Cuando hablamos de *sujeto inesperado*, inevitablemente se debe hacer referencia a Carballada, cuando analiza éste término, como fundamental para la comprensión de la intervención en Trabajo Social: “Hay cambios en la Intervención en lo social, cambios

que dan cuenta de un conflicto de los espacios cerrados como lugares de construcción de subjetividad, de transmisión de pautas, códigos, identidades y pertenencia. La crisis de incertidumbre que atraviesan nuestras sociedades, acompaña una distribución de nuevos contextos, donde lo que sobresale es una gran diversidad de cuestiones que van construyendo un sentido de diferentes palabras y construcciones discursivas ligadas a la noción de educación, familia, trabajo, futuro, sociedad, donde el común denominador en estos nuevos discursos muestra la emergencia del mercado como un nuevo ordenador de la sociedad.” (Carballeda, 2008: S/D)

Hoy se plantean sociedades donde, la desigualdad marca, nuevas formas de terror al fracaso, a la frustración, convertidos en formas metafóricas y reales de la “caída” en los oscuros espacios de la exclusión. La desigualdad social se transforma en un nuevo elemento de control, que no requiere en muchos casos de instituciones especializadas sino que se ejerce desde el cuidado de “uno mismo”, de la propia disciplina del yo. La desigualdad disciplina a la sociedad.

Es en este contexto y en la singularidad de cada situación de intervención, donde el sujeto que emerge no es el esperado por los viejos mandatos institucionales. Ese otro, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. Irrumpe en ese contexto, ese sujeto inesperado, constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de opresión que se expresa en biografías donde sobresalen los derechos vulnerados.

Emerge allí, donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos, en expresiones transversales de la cuestión social que supera muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones. Así, el sujeto es solo individuo precario, temporal, donde se obtura su posibilidad de ser en relación con otros” (Carballeda, 2008: S/D)

“Así, dice Carballeda, si la intervención, significa transformación, en los escenarios actuales, la misma se relaciona con las Problemáticas Sociales desde sus posibilidades de resolución pero también a partir de su inscripción como tales tanto a nivel societario como subjetivo y el padecimiento que se expresa en los mismos. O sea desde su complejidad. (Carballeda 2008, 4)

Tradicionalmente la intervención del Trabajador Social se inicia con una demanda y en éste sentido Bibiana Travi, sostiene que “cuando un sujeto solicita la intervención

profesional... ya ha atravesado un proceso de elaboración acerca de su situación”
(Travi, 2004: 65)

De manera contraria, al ser el Trabajador Social quien va en busca de la persona para saber que “le sucede”, se sale al encuentro con ese otro, a un encuentro que puede ser incluso resistido. Es por eso que el desafío es la *Construcción de la Demanda* junto al Otro. Aquello que se busca propiciar y acompañar a lo largo del proceso de intervención. (Trevi 2004, 67)

Para ello el primer paso es el de visibilizar que allí, en la consulta, hay otro que debe ser mirado, escuchado, que tiene una historia, y que seguramente a desplegado múltiples estrategias de subsistencia en su vida cotidiana.

Es la confianza la que posibilita el mutuo reconocimiento y la re-valorización de la potencia creativa del sujeto. La estrategia será “establecer el vínculo” (Travi 2004,68). El vínculo aparece como un recurso en sí mismo, el primer lugar son alojar al “Otro”. La puerta de acceso a su singularidad, a sus tiempos.

Paralelamente a la entrevista con el paciente, se deben realizar las “Intervenciones Indirectas” (De Robertis, 1992:88), aquellas que se llevan a cabo en pro de “averiguar” datos sobre ese paciente, ingresos anteriores al nosocomio, entrevistas no estructuradas con colegas y profesionales que son parte del equipo de salud, clarificar datos que el paciente haya dado sobre su situación actual, sea en el ámbito vincular, habitacional, familiar, económico, de salud o de alcance administrativo (pensión, jubilación, seguro social, etc.).

En éste contexto, es que a nivel del espacio público fundamentalmente, la tarea también continúa enmarcando el *tiempo como recurso*. Cuando la demanda de atención se multiplica, los tiempos se acortan y es necesario por parte de todo el equipo de salud, encuadrar las problemáticas intentando dar el lugar que cada caso requiere, aunque a veces la realidad supere a la ficción.

El rol fundamental del Trabajador Social dentro del ámbito de salud, no es solamente, asegurar la atención a la salud, los controles de los tratamientos médicos, la articulación de los recursos con los centros de albergue de pacientes en situación de calle o el encuentro y fortalecimiento con su red familiar, la gestión de Documentos de Identidad, pensión, etc. Todos éstos constituyen hitos concretos dentro de un largo proceso de *Efectivización en el acceso derechos vulnerados*. La lógica no es la

asignación de los recursos sino el *fortalecimiento de la persona a través de los procesos de habilitación como así también lograr la deconstrucción de estereotipos y la formación de redes de apoyo social.*

A lo largo de la experiencia en la sede institucional, se pudo inferir mediante observación y acompañamiento, que tanto en el área de emergencia como en la demanda espontánea, hubo una impronta del modelo sistémico en las estrategias de abordaje del servicio social del hospital

Según José Carrillo el funcionalismo lo podemos ver desde dos perspectivas: “una como doctrina que pretende explicar las normas y roles, las interacciones y las consecuencias de estas en las instituciones y otra, como análisis sociológico, estrategia empírica para estudiar los fenómenos de los sistemas sociales”(Carrillo R. 1974. *Teoría del Hospital. Obras Completas I. Arquitectura y administración*". Capítulo III. *EDT universitaria de Buenos Aires*). Es decir; por momentos con plena adherencia a los requerimientos institucionales, resumiendo su intervención en el llenado de planillas, y encuestas a fin de dar una respuesta asistencialista a la persona que demanda, no complejizando en la particularidad de cada caso específico o construyendo con el otro un plan de acción.

Dicha supervisora toma contacto con los casos fundamentalmente desde la interconsulta y a partir de la demanda espontánea, durante la guardia pasiva que realiza el servicio social de manera rotativa (según lo estipulado por la jefa del Servicio Social).

En lo referente a la problemática relevante seleccionada en el presente trabajo, “Pacientes en Situación de Calle” es necesario plantear que la misma fue elegida por la alumna, por iniciativa propia, ya que la supervisora no intervenía en forma específica con esos casos (como así tampoco ningún miembro del Servicio Social). Al no poder observar una modalidad (con objetivos específicos) en el abordaje, iniciamos un camino de construcción a modo de proyecto para trabajar con estos casos.

Técnicas de abordaje:

- Entrevista como cuestionario
- Entrevista de orientación

- Interconsulta con el equipo médico
- Gestión de recursos (pensiones, alimentos, turnos, etc.)

Durante el proceso de práctica en la institución no se pudo observar a nivel del conjunto de profesionales que componen el servicio social, reuniones de equipo que pudieran mostrarnos el trabajo interdisciplinario. La interconsulta de casos, se vio reducida al “comentario informal”.

XIV. Recursos para la intervención con pacientes en situación de calle desde el equipo de salud

Dentro del equipo de salud, el Trabajador Social que intervenga con pacientes en situación de calle, debe tener como eje, un proceso que se relaciona con la creciente vulnerabilidad de los lazos y prácticas a través de las cuales las personas forman parte de una sociedad, donde cada forma de habitar la calle se encuentra conformada por el conjunto de conductas, hábitos, conocimientos, relaciones, estrategias con que se vive en un espacio que representa diferentes valores, funciones, negociaciones y disputas.

El profesional en cuestión, debe tener conocimiento teórico y un marco referencial que lo represente (ya descrito como ECRO), para poder tener plena conciencia de que cada caso es particular y único, más allá de que a posteriori, los recursos con que se cuenten se aplicaran a los distintos casos. Con esto se quiere dejar en claro, que la intervención no debe ser encasillar a cada paciente en un recurso, sino tomar el recurso y analizarlo de acuerdo a las necesidades de “ese” paciente.

Se considera importante resaltar que cada situación vivenciada por los pacientes debe ser visualizada desde la singularidad de cada sujeto, desde un contexto socio-histórico y cultural, en el cual están inmersos. La práctica profesional se realiza como eje teniendo una mirada integral, intentando abarcar los diferentes aspectos involucrados y dando lugar a la complementariedad, la tensión y el antagonismo que generan entre lo individual y lo social.

Ante los recursos a tener en cuenta se deben considerar en primer término, que el paciente que ingresa a la guardia de un hospital, en situación de calle, padece además de una situación de salud a resolver, toda una situación de carencia, vincular, habitacional y quizás educacional, con lo cual una vez tomado el primer contacto con el paciente y una vez resuelta su situación de emergencia a nivel de salud, se debe mirar el contexto global de la persona.

Desde ahí la intervención, directa e indirecta. Se comienza buscando “datos”, si es posible desde lo que la propia persona confidencia: lazos familiares, directos o políticos, vecinos, persona de referencia y de confianza para el paciente: un médico, un Trabajador Social, un cura, Siempre existe “alguien” en quien el paciente confía, nunca la persona está sola. También puede ser una institución, un lugar de albergue

para personas en situaciones similares, la iglesia, la sociedad de fomento de la zona donde el paciente se encontraba, un comercio, una sala de salud, entre otros. Paralelamente en base a la documentación con la que se cuente, se investigan aquellos datos que puedan ser importantes para el avance de la intervención: historias clínicas, que permitan dar a conocer anteriores ingresos al nosocomio, patologías que se deban tener en cuenta, registros del equipo de salud, y fundamentalmente datos personales, domicilio, teléfono, DNI.

Es esencial indagar su situación previsional: si es jubilado, pensionado, si tiene algún beneficio social, obra social, entre otras.

Seguidamente es importante, poder conocer aquellas instituciones donde se puedan derivar al paciente. Para esto es fundamental que el hospital en cuestión, tenga un registro con datos específicos de admisión, de aquellas instituciones que centren su atención que cuenten con lo necesario para el ingreso de éstos sujetos. . Es imperiosa la articulación de las diferentes instituciones a partir de sus referentes. La comunicación debe ser la herramienta de base, más cuando hablamos de un hospital de agudos, en donde el objetivo fundamental no es justamente el seguimiento de estos casos, sino un primer contacto de emergencia si se quiere. Pero para eso es importante el trabajo en equipo de las diferentes instituciones en pro del logro de la satisfacción de las necesidades de la persona.

XV. Descripción y análisis del proceso de intervención:

En este capítulo se presentarán una serie de apartados que darán cuenta del proceso de intervención llevado a cabo por la tesista. Se tomarán como ejes una caracterización de la problemática central abordada y sus protagonistas (personas en situación de calle) y una descripción y análisis de las diversas instancias, procesos, técnicas y definiciones que configuraron la complejidad de la intervención.

XV.I Caracterización de los pacientes en situación de calle⁴

El primer contacto de la autora de la presente tesis con el área de Guardia de Emergencia del Hospital Interzonal General de Agudos, tuvo como objetivo la observación de dicho espacio, así como el funcionamiento de todo el equipo de atención en general y con la Trabajadora Social a cargo, en particular.

De lunes a viernes a partir de las 8:30hs se llevaba a cabo la recorrida, por los pasillos de la guardia y posteriormente la lectura de las Historias Clínicas para conocer la situación de todos los pacientes ingresados durante la noche anterior y cuáles tenían derivación al Servicio Social. También se llevaba a cabo el intercambio interdisciplinario con el resto del equipo de salud, médicos, enfermeros, camilleros y administrativos, todos referentes necesarios sobre la situación de algunos pacientes.

Dentro del HIGA se utiliza el término “paciente Social” como una forma de diagnosticar a determinados pacientes que según el criterio médico no poseen una patología biológica.

Este tipo de diagnóstico que realizan algunos profesionales de la salud podía verse no solo en las portadas de las Historias Clínicas sino además en los carteles pegados a las camillas de dichos pacientes. Pareciera significar esto, que ese paciente es distinto y que solo pertenece a la intervención del Trabajador Social del área. Es un criterio usado continuamente para definir las situaciones de las personas que tienen conflicto a nivel familiar, vincular o legal, donde la patología de base es acompañada por otras problemáticas que están directamente relacionadas con lo “social”.

⁴ Esta caracterización de los pacientes en situación de calle es el resultado del trabajo de análisis cualitativo realizado a partir del ordenamiento de la información recabada por procesos de registro durante la práctica. Los mismos surgieron de las técnicas previamente descriptas. Para su sistematización se elaboró una matriz de datos cualitativa, construyendo una serie de categorías de análisis para recuperar (en un proceso de deconstrucción-reconstrucción) los datos y las experiencias recogidos en la práctica. Del análisis de la matriz surge este apartado.

Resulta difícil aproximar una definición de paciente social ya que todos los sujetos que ingresan al hospital pertenecen a un entorno de relaciones sociales, con una historia particular en la que han desarrollado su vida.

Esta situación llevó a delimitar que había un determinado tipo de pacientes que ingresaba a la guardia, no solo en situación de emergencia en cuanto a su patología sino en situación de “emergencia social”

Personas adultas, en su mayoría hombres, sin domicilio estable o sin techo, sin trabajo permanente que deambulaban de un lado a otro. Personas que llegaban a la Guardia de Emergencia del HIGA, con el desgaste y enfermedad que produce la vida a la intemperie. Varices y úlceras en las piernas, trastornos bronquiales y resfríos asociado a largas caminatas e inevitables mojaduras, problemas dermatológicos, tuberculosis, alcoholismo, depresión y desnutrición, son algunas de las patologías que presentaban. Otros ingresan sin ninguna patología clínica, simplemente en busca de un lugar donde resguardarse en épocas de intenso frío o lluvia o por necesidad de alimento e higiene.

Como ya se detalló anteriormente, el Servicio Social del HIGA no contaba con profesionales de dedicación exclusiva en el servicio de Guardia de Emergencia del hospital. A partir del año 2009 se inicia desde el Servicio Social un proyecto para la atención de éste servicio en el área de emergencia.

Se pudo visualizar que no se había tenido en cuenta en dicho plan, una delimitación de pasos específicos que ayudaran para el trabajo conjunto con el tipo de pacientes que ingresaban en situaciones de vulnerabilidad social, como así tampoco estaban claros los recursos con los que se contaba, ya sea para una derivación o traslado.

El interés que generó ésta problemática hizo posible que se comenzara a intervenir específicamente con aquello “pacientes en situación de calle” que ingresaban al nosocomio y eran derivados directamente al Servicio Social.

Algunos de ellos se encontraban sin criterio de internación clínica, pero con criterio de internación social. Es decir sin patología alguna pero sin lugar estable donde vivir, sin familia aparente y con una suma de factores que imposibilitaban su alta. Así mismo aquellos pacientes que por padecer alguna patología eran derivados para su control a las áreas del cuadrilátero o al tercer piso B clínica médica donde se llevaba a cabo su seguimiento.

Con la gran ayuda de la trabajadora Social supervisora de campo de la alumna y con la capacidad que otorga la experiencia, es que junto a dicha profesional se determinaron seis casos que pueden plasmar el rico trabajo que se puede alcanzar con personas, en el trabajo conjunto con ellas, con el equipo de salud y con el resto de las instituciones paralelas.

De los seis casos tomados, todos fueron hombres, tres se habían divorciado ante situaciones familiares determinadas y se habían ido de su casa, por problemas económicos o peleas con sus hijos y habían tomado la decisión de quedarse en la calle en busca de "libertad".

Dos habían enviudado hace algunos años y la forma de rehacer la vida fue en la calle, buscando contención con otros pares. Uno solo era soltero.

Algunas veces ésta situación genera dificultad para recomponer lazos familiares ya que pasan mucho tiempo sin comunicarse o informar donde se encuentran. La mayoría de los casos manifestaron no saber donde están sus hijos y que no habían tenido contacto desde la separación o pérdida de la mujer. Aquellos que tenían hijos, éstos habían quedado con su madre.

Al ingreso al nosocomio solo dos estaban documentados, los cuatro restantes desconocían si lo habían perdido o si alguna vez lo habían tramitado.

Hay un gran desconocimiento acerca del derecho que les incumbe como ciudadanos y la pertenencia que brinda el tener un documento para ser parte de la sociedad toda.

Con respecto a la composición familiar, solo contaban con algún hermano que hacía años no veían, un amigo que ayudaba con la comida o que por ejemplo lo trasladaron al nosocomio. Otro vivía con su ex mujer, el hijo de ambos y el nuevo marido de la Sra., lo que significaba una situación de total soledad, ya que aceptaba la idea de vivir con ambos para que no lo sacaran de su casa.

En el total de los casos, la situación familiar estaba rota y se debía rearmar los vínculos para poder recomponer y construir lazos perdidos u olvidados.

Al ingreso solo dos habían tenido acompañantes, uno traído por un vecino que lo había encontrado alcoholizado y con frio en una de las calles del barrio y otro por un amigo, que paradójicamente manifestó no tener tiempo para quedarse al cuidado del paciente.

Estos datos que expresan una red vincular desmembrada y débil, y un escaso soporte relacional, nos permiten inferir una falta de interés sobre éstos pacientes por parte de la sociedad y la ausencia de políticas que puedan trabajar mancomunadamente con la

sociedad en la rehabilitación, tratamiento y albergue de las personas en situación de calle.

Si bien hay instituciones y muchas de éstas se conocieron a lo largo de las intervenciones y trabajaron juntamente con el paciente y el equipo de salud todo en busca de respuestas, hay una escasez de lugares de tránsito para éstas personas ya que muchas se encuentran colapsados principalmente en los meses de invierno, donde se incrementa el número de personas con afecciones que deambulan y pernoctan en la ciudad.

El motivo de inicio de la intervención, fue en cuatro casos por derivación de clínica médica, que una vez evaluado el paciente, se vio la necesidad de la intervención por parte del servicio social.

Todos los casos estaban en situación de calle, tres sin criterio de internación (es decir sin patología clínica aparente que determine la necesidad de una internación del paciente), dos con derivación desde el tercer piso B de internación y uno que deambulaba por los pasillos de la Guardia de Emergencia y que fue detectado directamente por la Trabajadora Social y la pasante.

Con respecto a las derivaciones, se trabajó mucho intentando dar la importancia que requiere el trabajo interdisciplinario ya que se hizo en mucho de los casos, difícil lograr que los médicos pudieran hacer una derivación consciente al servicio social, teniendo en cuenta que algunos casos simplemente se avisaba a la pasante, con un cartel en la camilla de los pacientes.

El diálogo entre profesionales es fundamental en aquellos pacientes que por su situación actual, no están en condiciones de verbalizar exactamente qué les sucede, de dónde vienen o cómo ingresaron a la guardia.

En algunos casos, el referente fue el ambulanciero del nosocomio o el camillero que relataba si lo habían llamado de algún lugar en especial o lo había traído algún vecino que simplemente lo dejó a la espera de atención.

Tres de los seis casos tenían Historia Clínica previa en el hospital. En este punto es necesario destacar la importancia de llevar a cabo una descripción clara de datos personales, situación del paciente, seguimiento y alta en las historias.

Debemos darle el respeto que merece un encuadre del paciente que ha ingresado a un nosocomio, en términos de qué diagnóstico tiene y qué pasos se han establecido para el tratamiento.

Fue difícil recurrir a las historias ya que poco se decía de los datos de los pacientes. En los tres casos, había una reincidencia de situación de calle, dos habían sufrido ACV y habían sido dados de alta con tratamientos y seguimientos pero que por

razones de comprensión o desconocimiento había quedado trancos y volvían a ingresar al nosocomio.

Así es como la trabajadora social y la pasante, organizaron un dispositivo especial para el Servicio Social dentro de la Historia Clínica, ya que hasta el momento no había un apartado donde el profesional pudiera describir la intervención y solo se detallaba a continuación del médico o el especialista tratante. Así es como se vio reorganizada la historia clínica en intervención clínica médica e intervención del Trabajador Social.

Esto además suma al lugar que los profesionales debemos exigir como parte fundamental de un equipo de salud.

En relación a la situación previsional y de tenencia de Obra Social, se conoció que tres de los casos tenía la Obra Social PAMI, pero solo uno estaba con la cobertura.

Esto hacía entender que algunos tenían una pensión o jubilación debido a la existencia de dicho beneficio, para lo cual se trabajó conjuntamente con las oficinas de PAMI en el nosocomio.

Había trámites realizados sin la finalización de los mismos ya que en los casos en que la cobertura está restringida, se debía a la falta del certificado de supervivencia.

Esto vuelve a poner en el tapete la falta de conocimiento por parte de las personas sobre los trámites de afiliación y también una paradójica ausencia de éstas por parte de sus familiares y vecinos. Son personas para quienes la identidad, los derechos y las obligaciones han sido perdidos u olvidados, elementos estos fundamentales como parte de la sociedad.

De los seis casos, solo uno tenía vivienda estable, y estaba ocupada por su ex mujer y el nuevo marido de ésta.

De los cinco restantes, uno estaba internado dentro del nosocomio sin criterio de internación desde hacía seis meses, a la espera de una derivación a una institución que pudiera albergarlo.

Los restantes vivían en la calle, debajo de un puente, en una plaza y uno de ellos vivía en una "pieza" sin baño y sin cobertura de las necesidades básicas, que los vecinos le habían construido para que viviera.

Con respecto a la ocupación, tres de los casos eran jubilados, de los cuales dos, no habían cobrado el beneficio hacía varios meses. Uno de ellos, poseía entre sus pertenencias un papel con todos los datos necesarios para el cobro, lo que hace pensar que alguien lo había estado ayudando para lograr realizar el trámite.

El resto de los pacientes eran cuidadores de coche, pedían donaciones o juntaban cartones.

Estamos frente a personas con trabajo inestable, temporario, que durante los meses de verano producto del clima y de mayor presencia de gente, por ser una ciudad turística, se trabaja mejor; y en invierno, ante las inclemencias del tiempo son más sensibles a caer ante enfermedades y entrar en el área de guardia.

Es de destacar en cuatro de los casos, la presencia de algún papel que hacía referencia a algo: un domicilio, un teléfono, un dato que fue tomado como clave en la intervención.

Esto hace pensar lo maravilloso de ésta profesión, la investigación que se lleva a cabo con el otro, las conjeturas y los posibles por qué y para qué, que se suman en cada dato que se busca con el otro.

En cuanto al motivo de cierre de la intervención, tres de los caso derivados, fallecieron, dos por virus intrahospitalarios y uno sin diagnostico preciso con paro cardio-respiratorio.

Uno de los pacientes fue derivado después de una serie de requisitos a cumplir, a un hogar municipal de ancianos, para lo cual se llevaron a cabo entrevistas con el Servicio Social de dicha institución, cumplimiento de todos los requisitos solicitados al ingreso como ficha clínica, análisis de laboratorio, entrevista con el propio paciente para ver qué era lo que la persona quería y con todo el equipo de salud del hospital que estaba involucrado.

En otro de los casos, se logró conjuntamente con la persona, la reconstrucción del vínculo con un hermano, que hacía más de cinco años no se veían.

Aquí es donde es importante los datos con los que cuenta la Historia Clínica ya que gracias al dato de la existencia de ésta persona, se pudo trabajar con un paciente que tenía ACV isquémico y que se encontraba en situación de calle, que rearmara el vínculo con su hermano, que trabajaran juntos con el Trabajador Social y la pasante, el vivir juntos, el conocerse y que el paciente iniciara un trabajo de recuperación de su afección junto al equipo de Terapia Ocupacional. También se lo documentó y se realizó el trámite de pensión por discapacidad.

El último de los casos, fue uno de los más complejos, ya que durante toda la estadía como pasante de Servicio Social, se trabajó conjuntamente con el equipo de salud, en la búsqueda de datos sobre la persona, algún amigo, familiar, sujeto que pudiera conocerlo. Y hasta el fin de la práctica se trabajó con la persona en mantener su situación de salud estable, trabajar su afección de ACV conjuntamente con clínica médica y terapia Ocupacional. Según se sabe, la intervención continuó por parte de la Trabajadora Social a cargo posterior a la finalización de la práctica.

XV.I Caracterización de la intervención⁵:

Todos los casos analizados, responden a la importancia del trabajo interdisciplinario que se necesita para reconstruir junto al paciente y el equipo de salud la situación clínica, médica y social de cada uno de los procesos.

Se trabajó enfatizando este punto, con clínica médica, neumonología, traumatología, neurología y terapia ocupacional.

Dentro de las intervenciones se llevaron a cabo intervenciones directas con entrevistas focalizadas para obtener datos de las personas al ingreso a la guardia de emergencia o en aquellos casos que están en internación en el tercer piso del hospital.

Se observó poca resistencia por parte de los pacientes en el trabajo conjunto, construyendo una relación con la pasante y la Trabajadora Social que se fue optimizando con el pasar del tiempo y de las intervenciones.

Con algunos de los casos era difícil la comunicación ya que tenían dificultad en el habla producto de patología de ACV, para lo cual se recurrió a la escritura, la actividad lúdica con armado de palabras y la pintura de mándalas que fueron analizados conjuntamente con el servicio de psicología del hospital.

En líneas generales el vínculo profesional-sujeto fue positivo, comprendiendo que la persona busca estar mejor, solicita la ayuda a veces sin saber cómo pedirla y colabora como agente principal de su historia.

Permanentemente las intervenciones fluyen entre directa e indirectas, en la lectura de historias clínicas, en la interconsulta con otros profesionales y con los Trabajadores Sociales de otras áreas, que habían visto al paciente en alguna oportunidad y tenían alguna referencia.

Por éste motivo es que se vuelve a reivindicar la técnica de plasmar en las Historias Clínicas, los procesos de atención de los pacientes, ya que en muchas ocasiones se tenían más datos por lo que los profesionales recordaban que por lo que las historias clínicas dejaban mostrar.

Se trabajó arduamente con la oficina de PAMI en el nosocomio, quienes asesoraban en la situación que se encontraban los pacientes a nivel previsional, como así también los trámites de ingreso para centros de atención de ancianos, o beneficios que brinda

⁵ Al igual que en ítem anterior, esta caracterización responde a los datos obtenidos en los registros y organizados en la matriz de datos elaborada para tal fin.

la institución, como la entrega de pañales para aquellos casos que estaban internados y la entrega de un oxígeno portátil, para uno de los casos que se evaluaba el alta médica y social con diagnóstico de edema pulmonar.

En este caso en particular también se llevó a cabo visita domiciliaria, para evaluar y asegurar el post alta del paciente, los requisitos que debían tenerse en cuenta para el alta y la organización de los controles.

También se llevaron a cabo intervenciones con profesionales de otras instituciones

Con respecto a la supervisión de la intervención, se tuvo pleno el acompañamiento del equipo de Supervisión de la Universidad, tanto en la visita de la docente a la institución como del acompañamiento en los casos que se llevaban a las aulas todas las semanas.

Esto permitió que cada caso tuviera su análisis particular, la lectura de teoría acorde a cada caso, el desglose de la problemática en cuestión y la contención ante situaciones de desborde.

Dentro de la supervisión en sede, si bien se tuvo el acompañamiento, desde el primer contacto con la Guardia de Emergencias, la pasante se manejó de manera independiente y se supervisaban los casos en las reuniones semanales con la supervisora. Obviamente en casos particulares todo el equipo de Servicio Social acompañó y colaboró con el seguimiento de las intervenciones en cuestión.

Desde el Servicio Social del HIGA, el espacio de práctica pre-profesional estuvo signado por diferentes momentos, mutuamente interrelacionados:

En principio, lograr la inserción en la institución de salud del HIGA de la estudiante de pregrado de la Universidad Nacional de Mar del Plata, de la carrera de Servicio Social. Se realizó un recorrido institucional, observaciones en ventanilla con el objetivo de conocer la demanda, y el conocimiento de instrumentos: como encuestas, historias clínicas etc.

Luego se realiza la incorporación en el servicio de Guardia de Emergencia del hospital con el conocimiento del funcionamiento, y profesionales a cargo, y se comienza a facilitar la autonomía del estudiante, con su correspondiente supervisión. Con respecto a éste punto en particular, es de destacar que desde el primer contacto con la institución y con la supervisora, se vivenció la independencia en sede. Esto por momentos generó dudas e incertidumbres (se tuvieron acceso a los diferentes casos derivados, desde los inicios de la experiencia).

A su vez se comienza a tener contacto con otras instituciones, y profesionales. Logrando así autonomía en la intervención de los casos, con su debida investigación e intervenciones.

XV.II Protocolos de intervención en salud

El motivo de la presente propuesta, apunta a la elaboración de una serie de ideas para una futura producción de un Protocolo de Intervención con pacientes en situación de calle, que por diversas razones ingresan a la Guardia del Higa. Una serie de pasos a seguir, que si bien jamás podrán ser estrictos en su puesta en práctica, si dará la posibilidad de una atención más rigurosa si se quiere, para estos pacientes que en condiciones de vulnerabilidad ingresan con la urgencia de la atención.

Estos pasos pretender, detectar la situación inicial en la cual una persona en situación de calle ingresa, que aspectos de su realidad (clínica, social) tiene mayor urgencia de atención y que parte del equipo de salud tiene mayor referencia en cada caso en particular.

Se denomina Protocolo de Intervención a “la respuesta profesional del TS, a los problemas y necesidades que frecuentemente se plantean a nivel hospitalario, sin menoscabo de elaborar otros, partiendo del análisis de las características y necesidades de la población adscrita al departamento sanitario de cada hospital” (*Fernández y Otros, 2012: S/D*)

La universalización de los derechos humanos que persiguen las sociedades democráticas requiere la adopción de medidas especialmente dirigidas a reforzar la situación de los colectivos más vulnerables

El Trabajador Social, como parte del equipo, aporta el diagnóstico social que acompaña el diagnóstico médico y facilita adecuar el tratamiento del paciente, aportándolo en la Historia Clínica, que en el hospital tiene la característica de organizarse por episodios, que constituyen bloques de información (de hospitalización, de consultas externas de urgencias...) que lo diferencia del ámbito de atención primaria donde la Historia Clínica es única y continuada.

“es real que el proceso de hospitalización, es un período crítico para el paciente y su familia, vivenciado con angustia e incertidumbre. Muchas veces coincide con un cambio brusco e importante de su calidad de vida tras la hospitalización, debido a secuelas o al cambio de pasar de ser una persona autónoma a una persona dependiente temporal o permanentemente”. (*Fernández y otros, 2012:S/D*)

En este contexto, el Trabajo Social, vive la demanda de recursos de forma inmediata por parte del paciente y la presión de la institución sanitaria para el alta del mismo. Esto se refleja en la necesidad sentida por todos los profesionales que trabajan en los hospitales de crear mecanismos de urgencia ante la necesidad de inmediatez de recursos en el ámbito socio-sanitario.

Existe otra modalidad de intervención que podemos denominar puntual, que viene condicionada por la organización hospitalaria en la que; ante una situación concreta, se precisa de una respuesta inmediata. A criterio del profesional se toman decisiones y se opta por determinados recursos sin haberse hecho una valoración completa ni haber llegado al diagnóstico social, por ejemplo en la atención de pacientes en puertas de urgencias sin ingreso. Así mismo con pacientes que ingresan en situaciones de vulnerabilidad social, acompañados de “alguien” que por solidaridad (un vecino), investidura (un policía, un médico, etc.) o simplemente solos llegan a la guardia para que alguien “los atienda”. Una persona de la cual no se sabe absolutamente nada y para la cuál es necesario intervenir para poder llevar a cabo estrategias y acciones que hagan una rápida atención y/o derivación del paciente frente a un Hospital General de Agudos

Pero ¿es viable un protocolo estructurado de atención para pacientes en situación de calle? ¿Es posible cumplir con todos los aspectos que infiere seguir los mínimos de un protocolo? ¿Sabemos exactamente qué aspectos tienen en común todas las personas en situación de vulnerabilidad social que ingresan a la guardia de emergencia de un hospital público? ¿O es que podemos tener una base de atención, que se irá reformulando todo el tiempo con el paciente en acción?

El ingreso de una persona en situación de calle, implica encontrarse con alguien con quien conjuntamente se va a tener que deconstruir y reconstruir su situación para poder brindarles las herramientas para su atención. Es real que siempre habrá un chequeo inicial por parte de la guardia de clínica médica, para su observación y detección de alguna situación que requiera atención inmediata. Luego en las intervenciones tanto directas como indirectas, el protocolo será aquel que construyamos con el propio paciente.

Ni la ausencia absoluta de un ordenamiento que guíe los pasos de atención, ni un formulismo de pasos a seguir y completar, son lo sugerido para la atención de éstos pacientes, según la autora de la presente tesis.

Poder contar con una red institucional, que sostenga la intervención, con un trabajo interdisciplinario que nos permita debatir sobre cada caso en particular, sobre cada paso a seguir, es la manera de avanzar en torno a ésta problemática.

Es importante incidir en la intervención específica del Trabajador Social en las Unidades de Media Estancia y los Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia con pacientes que por su cronicidad, fragilidad, situación de vulnerabilidad social, o por estar en el proceso del final de la vida precisan de cuidados paliativos. Necesitan de un gran apoyo psico-social, tanto para ellos como sus familias durante la hospitalización, y la garantía de una buena planificación al alta, para disponer de los recursos necesarios de tipo sanitario y social para su permanencia en el domicilio, ya que en muchos casos suelen estar en una situación de gran dependencia.

La finalidad del protocolo hospitalario es proporcionar a los Trabajadores Sociales una guía de pasos a seguir en pro de la atención del paciente en situación de calle. Es fundamental para la institución de Salud donde se trabaje y para el equipo de salud toda, la presencia de proceso de Intervención, en éste caso de pacientes que ingresan al servicio de guardia, sin una red vincular aparente, con un conocimiento precoz en primera etapa.

Para ellos es necesario la articulación de una serie de espacios que tengan como objetivo mejorar la situación clínica, psicosocial y ambiental del paciente.

Un Protocolo a entender del presente trabajo debe servir como una guía de tratamiento de situaciones específicas o patologías relevantes. Además este formulismo, ordenará al profesional de Guardia que reciba en el caso que ocupa, a un paciente en situación de calle, a llevar a cabo determinadas estrategias que se adecuaran a la especificidad de cada situación, esto muy propio del Trabajo Social, donde la realidad hace a cada instante q la intervención se reevalúe todo el tiempo y para nada deba ser rígida.

A continuación se presenta una guía de pasos a seguir para la atención de pacientes en situación de vulnerabilidad social que ingresan a la Guardia de Emergencia. Por supuesto, debe ser acorde a la necesidad hospitalaria, planteada por un profesional de la salud o su equipo, evaluada por la dirección del nosocomio y el equipo de salud todo.

Mínimos de una guía de atención base a Pacientes en Situación e Calle

El protocolo en concreto como mínimo ha de responder a las preguntas siguientes, tomando como referencia la Guía de intervención llevada a cabo por el grupo de Intervención de Trabajo Social Sanitario durante el año 2012. (Fernández y Otros, 2012: S/D).

Es necesario dejar en claro que el presente es un ante proyecto de protocolo, es decir una serie de lineamientos a modo de propuesta, no a un protocolo cerrado. Para la elaboración del mismo, se tomo como base la sistematización de las intervenciones realizadas, y la lectura del marco teórico referencial.

¿Qué?

Pacientes en situación de calle, que ingresan a la Guardia del Hospital Interzonal General de Agudos, en situación de vulnerabilidad social.

Objetivo genérico

Favorecer la calidad de atención de los pacientes en situación de calle que ingresan a la Guardia del Hospital y favorecer la atención por parte del equipo de salud, de estos pacientes priorizando aquella situación de mayor atención, que la persona requiera.

Objetivos específicos

- Optimizar recursos existentes
- Modernizar recursos existentes
- Profundizar el trabajo en equipo de salud en el ámbito de la Guardia de emergencia y del hospital todo.
- Favorecer la articulación de centros de atención para pacientes en situación de calle, instituciones de atención primaria de Salud, comedores, sociedades de fomento, centros barriales que pueden colaborar conjuntamente con el hospital y los grupos que aquí trabajan (Damas Rosadas, Alcohólicos Anónimos, etc.) en pro del bienestar del paciente.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario
- Construcción de propuestas superadoras para la situación de éste tipo de pacientes.
-

Aquí se centraría en una serie de pasos generales que permitan una intervención adecuada con pacientes en situación de calle, teniendo en claro que la recolección de datos es fundamental para conocer a quien tenemos al lado.

Se necesita conocer como llegó el paciente al nosocomio, si estuvo acompañado por alguna persona, conocida, propia del hospital o ajena.

En qué situación propia de salud se encuentra el paciente, y se organizara su ingreso de manera que la espera sea mínima y acorde a la situación particular.

Se elaborara una ficha de ingreso donde de tomen en cuenta los datos personales que se puedan recabar y el proceso de atención urgente o no que se llevara a cabo.

¿A quién va dirigido?

Profesionales Implicados

Pasos a seguir

Dirigido a pacientes en situación de calle que ingresan a la Guardia de Emergencia del hospital, en condiciones de vulnerabilidad social con la atención que requiera de todo el equipo de salud de emergencia, médico de guardia, enfermero, Trabajador Social y aquellos profesionales que sean necesarios para atender la emergencia. A su vez se registrara la evaluación diagnostica correspondiente en la Historia Clínica, si la hubiere o la apertura de la misma sin distinciones de ningún tipo.

Conclusión

La realización de la presente tesis, tuvo como objetivo fundamental sistematizar la práctica pre profesional en el Servicio de Urgencias del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Allende (HIGA) con personas en situación de calle. La misma se llevo a cabo durante el Mayo a Noviembre del 2010.

Y además de cumplir con el plan de Estudios de la carrera en Servicio Social, la realización de la presente tesis, tuvo la necesidad de transmitir los conocimientos, alcances, logros y fracasos que se tuvo a lo largo de todo el proceso tanto de práctica institucional en sí misma, como lo aprendido dentro del armado del presente trabajo. La posibilidad de ir relacionando la teoría de base con cada etapa de intervención que se llevo a cabo en el hospital, permitió plantear modos futuros de abordaje y de interpretación, es decir, que se volvería a hacer, que no y que se replantearía.

Para la comprensión y el análisis de la sistematización se desarrollo una primera parte con un marco teórico en los capítulos del I al X.

Se explicito el enfoque metodológico para la realización del proceso de sistematización y se planteo la descripción de seis casos para el análisis de los mismos, que se desarrollan en la segunda parte en los capítulos X a XV. Finalmente se esboza un prototipo de Protocolo para el trabajo con pacientes en situación de calle que ingresan a la Guardia de Emergencias del HIGA.

Como se refirió más arriba, todo el proceso de elaboración, intervención y sistematización, como así la redacción de la presente tesis hizo emerger una serie de reflexiones que a modo de cierre se quiere compartir:

Cuando se trabaja en espacios hospitalarios es frecuente que el Trabajador Social se le asigne la misión de conectarse con los familiares del paciente, provea pasajes, resuelva la cuestión de los medicamentos, reinserte en “algún lugar” al que fue dado de alta, realice diversos trámites frente a la justicia, entre otros.

Desde el punto de vista de la presente tesis, y sin desconocer las particularidades de haberse desempeñado desde el dispositivo de practica pre profesional, se ha tratado de revisar (porque se está aprendiendo constantemente) las estrategias de intervención para tener en claro la especificidad del Trabajador Social, a fin de

expresar con claridad esa mirada particular, que permite decir y hacer con vos propia y desde allí dialogar con otros saberes u otras disciplinas.

La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica, la intervención responsable, posiciona de otra manera y otorga condiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir. Son las prácticas sociales diferentes las que logran remover las representaciones sociales negativas, por lo que las prácticas profesionales fundadas y coherentes permitirán recuperar desde otro lugar el Trabajo Social en un equipo de salud.

Por eso reivindicar esta profesión que se ha de poder definir por la autora como aquella indispensable cuando hablamos de Salud, de promoción de la Salud, de derechos de las personas, de obligaciones, de reconstrucción de la situación de una persona, de personas en situación de calle.... es una de los elementos más importantes a tener en cuenta.

Personas que llegan a la guardia de emergencia de un hospital, con una bolsa que contiene en su interior, un rompecabezas, construido alguna vez, quizás de joven, quizás de mas grande, pero que en un momento, por una situación esperada, inesperada, se ha desordenado y se anda en busca de rearmarlo.

Así llegan a la guardia de un hospital, con resfrió, con espasmos, con dolores, del cuerpo y del alma, con frio, con hambre, con ropa o desnudos, sucios, con la cabellera y la barba larga, con úlceras en la piernas, con ampollas de caminar, también con los ojos rojos del alcohol... pero sobre todo con una vida que deconstruir para reconstruir....

Y en la Guardia del hospital, un médico, que corre de un lado para otro con las urgencias que surgen, con un léxico por momentos difícil de entender, con enfermeras que entran y salen, con tubos de ensayos que esperan para ser analizados...

Y en una camilla.... Espera una persona en situación de vulnerabilidad social, que necesita que lo atiendan pero como no parece tener una afección de gravedad, es preferible atender a otro... de todas maneras el paciente "espera"....

Y entre léxicos e Historias Clínicas, un Trabajador Social, aparece a intentar con el otro deconstruir y reconstruir una historia, otorgar herramientas para el cambio, ayudar

a que esa persona ponga sobre la camilla ese rompecabezas, arreglar los pedazos que estén rotos, entender aquellos que no encajan, saber porque? Cómo? Cuando?

Y los Trabajadores Sociales, capaces de ser enlaces como parte de un equipo de salud, entre éste y la persona.

Trabajadores Sociales capaces de ayudar a la interdisciplina, a trabajar todos los profesionales con el permiso de la persona, juntos por una situación.

Todos los trabajadores de un hospital, forman parte de una cadena en la cual el extremo es el paciente y su familia relacionándose en los puntos críticos de contactos.

El estímulo a la participación activa de los recursos humanos, al desarrollo de su sentido de pertenencia y al compromiso con la gestión y sus objetivos resultan imprescindibles para que el Hospital pueda ofrecer una atención integral y de excelencia a la comunidad a la que debe servir.

Este trabajo ha posicionado a las personas en situación de calle, como aquellas capaces de poder cambiar su situación. Y por eso también analizar lo que faltó por hacer...

Quizás trabajar con algunos pacientes en la situación que los afectaba, bucear en las condiciones con las cuales se presentaban.

Analizar en qué parte del proceso no hubo un análisis más profundo, porque algunos de los pacientes fallecieron. ¿Qué hubiera pasado si al paciente le hubiéramos permitido que volviera a la calle, hubiera muerto? ¿No? ¿Porque?

Profundizar aun mas en la articulación con otras instituciones, teniendo en claro que se ha realizado la práctica dentro de un hospital de agudos, donde la atención debe ser atender la emergencia, tener pasos que nos permitan intervenir adecuadamente para lograr que las personas no vuelvan a la calle, completar las Historias Clínicas, de tal manera que puedan ser un registro del paso del paciente por el nosocomio. Una lectura capaz de interpretar por qué esa persona tuvo determinada afección, cómo se intervino, qué se logro, a dónde se lo derivó, etc.

Planificar, que es pensar con método, sistemáticamente, es proponerse objetivos y proyectar y por ello, es una herramienta para explorar posibilidades y escoger. Es un

instrumento de gestión para desarrollar las funciones con éxito, constituyendo así una articulación entre el conocimiento y la acción.

Es necesario también, , sistematizar... profundizar éste tipo de prácticas, hacerse el tiempo para estos procesos, indispensables para el Trabajo Social, poder unificar cada parte de la práctica diaria conjuntamente con el ECRO que nos forma, con nuestro paradigma, nuestra forma de trabajar, para poder construir nuevos procesos de intervención.

- Almeida Filho N, *Epidemiologia sin números*, OPS, 1992. Serie Paltex.
- (Bertaux, Daniel. *Los Relatos de vida: perspectiva etnosociologica*. 2005 Editorial Bellaterra.
- Carballada Alfredo, *Revista Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición digital, n° 48- verano 2008 "la intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social*.
- Carballada J. *La interdisciplina como dialogo. Una visión desde el campo de la salud*. Septiembre de 2011. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Bs As. La Provincia.
- Carillo R. *Teoría del Hospital. Obras Completas I. Arquitectura y administración*. 1974. EDT universitaria de Buenos Aires
- Castellano P. "Concepto Actual de la Salud Publica". 1998 Mcgraw Interamericana. España
- Castel R. "Las metamorfosis de la cuestión social. Crónica del salariado". 1997. E. Paidós. Bs As.
- Caceres I oblitás b parra I "la entrevista en trabajo social". 2000 Editorial Espacio
- (Cetrángolo, Oscar, Devoto, Florencia, ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual, CEPAL – Naciones Unidas, Junio 2002. Disponible en <http://economicas2.unlam.edu.ar/unlam100/biblioteca/cepal/OD78.pdf>)
- Clovis de Olivera, Rogelio. *Medico Director del Hospital Privado de San Pablo, Brazil. Ponencia presentada al Congreso de Psicología de la Vejez. Facultad de Psicología UNMDP. Mar del Plata, Argentina 5 y 6 de noviembre de 2010*.
- Czeresnia, C. 2006. "Promoción de la Salud. Concepto reflexiones tendencias". 2006 Editorial Lugar.
- De Robertis C. *Metodología de la Intervención en Trabajo Social*. Bs As. 1992 E. Ateneo
- Elichiry Nora E. "La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias", del libro "El niño y la escuela". 1987. E. Nueva visión Bs. As

- (Fernandez Herrero. M. de los Angles y otros. *Protocolo de Intervencion de Trabajo Social Hospitalario*.2013 Departamento de Salud de Valencia. La Fe. *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario 2*
- Follari, Roberto. *Apuntes Seminario Epistemología*. 1992. Facultad de Ciencias de la Educación. UNER. Paraná.
- Foucault Michel traducción es de Roberto J. Fuentes Rionda, de la edición en francés: Giorgio Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif?* 2007. Éditions Payot & Rivages, París.
- Foucault M. "El nacimiento de la clínica". Mexico, DF 1966. Siglo XXI Editores S.A.
- Giraldo Díaz, Reinaldo, *Poder y Resistencia en Michel Foucault, Tábula Rasa*. 2006. Revista de Humanidades, Bogotá, Colombia.
- *Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo social, Dirección General de Atención Inmediata, Encuesta a personas sin hogar alojadas en Hogares de Tránsito y Paradores Nocturnos*, 2008.
- González Saibene, Alicia "Una lectura Epistemológica del Trabajo Social". 1996. *Revista Temas y Debates*, Rosario: UNR.
- Ituarte, Amaya. "Perfil profesional y competencias del Trabajador Social en el campo de la salud" IV congreso de Estudiantes. *Perfiles profesionales del Trabajador Social en el marco del capitalismo actual*. 2004. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Kisnerman Natalio. *Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo*. 2005. Editorial Lumen Hvmanitas. Bs As.
- Kisnerman Natalio. "Reunión de Conjurados" (conversaciones sobre supervisión).1999. E. Lumen-Hvmanitas.
-
- "La interdisciplina como dialogo. Una visión desde el campo de la Salud". <http://www.margen.org/catedras.html>. *Revista Virtual Margen*. Año 2002. Edición 27.
- (Menéndez, Eduardo, *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?*. 1994 E. Alteridades.
- (Nación y Salud. *Definición de hospital según la organización mundial de salud*. (2013). Recuperado el 13/05/2013. Disponible en: <http://nacionysalud.com/node/1354>).
- Navarro Lopez y otros. *Perfil del personal de salud que participa en el desarrollo de la función esencial en Salud Publica*. 2010. España. E. Universalud

- *Richmond Mary. Caso Social Individual. El diagnostico Social. 1995. (1991).Editorial Talassa.*
- *Saizar María Mercedes (Doctora y Magíster en cultura y sociedad. UNACAEA/CONICET, Argentina .Licenciada en Servicio Social y se especializa en el estudio de terapias alternativas y la complementariedad terapéutica entre individuos de grandes centros urbano*
- *Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estandares y recomendaciones. 2010. Paseo del Prado.*
- *Sespede Agustina P. Trabajadora Social. (UBA). Operadora de calle del Programa Bs As Presente del GCBA. Mas allá de los muros: reflexiones sobre la Intervención Social con personas en Situación de Calle-Diciembre 2009. Revista Margen. Carballeda. Edición N°56.*
- *(Schein, E. Psicología de la Organización, Prentice Hall International. 1970. New Jersey.*

Travi Viviana. El Diagnostico Social. Editorial Espacio.2004. Buenos Aires

- *Troiani, María Josefina, La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias. Diciembre de 2011. Revista Margen N° 63. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen63/troiani.pdf>*
- *ZINO TORRAZZA J. La estructura social, Murcia, Universidad Católica San Antonio.2000. <http://www.aui.es>. Asociación española de usuarios de Internet.*
- *Zito lema, Vicente Conversaciones con Enrique Pichon Riviere sobre el Arte y la Locura. 1970. E. Cinco*

