

2017

Modelos de intervención del Trabajo Social en la guardia de emergencias de un Hospital de Alta complejidad. Los modelos dominantes en la intervención del Trabajador Social en el espacio de la guardia de emergencias del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende, de la ciudad de Mar del Plata en el período junio/ noviembre 2014.

Aguilá, María Luz

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/183>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

TESIS DE GRADO

Título: Modelos de intervención del Trabajo Social en la guardia de emergencias de un Hospital de Alta complejidad.

Subtítulo: Los modelos dominantes en la intervención del Trabajador Social en el espacio de la guardia de emergencias del Hospital Interzonal General de Agudos – Dr. Oscar Alende, de la ciudad de Mar del Plata en el período junio/noviembre 2014.

Autora: María Luz Aguilá

Directora: Lic. María Cristina Álvarez

Co-directora: Lic. María Victoria Tasca

Mar del Plata, Junio 2017

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ÍNDICE | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| Estructura y organización..... | 8 |
| PARTE I: MARCO TEORICO | 11 |
| Capítulo 1: Salud..... | 12 |
| 1.1)Salud, diversas concepciones..... | 12 |
| 1.2)Proceso salud/enfermedad/atención..... | 15 |
| 1.3)Salud y complejidad..... | 18 |
| 1.4)Modelos de intervención en salud..... | 19 |
| 1.5)Modelo Médico Hegemónico o Biomedicina..... | 21 |
| Capítulo 2: Sistema de salud en la República Argentina..... | 26 |
| 2.1) Salud Pública..... | 27 |
| 2.2) Subsistema Público..... | 28 |
| 2.3) Niveles de atención en salud..... | 29 |
| 2.4) Hospitales de alta complejidad..... | 31 |
| 2.5) Urgencia y emergencia: definiciones..... | 32 |
| Capítulo 3: Trabajo Social e intervención..... | 33 |
| 3.1) Surgimiento del Trabajo Social..... | 33 |
| 3.2) ¿Qué es la intervención?..... | 38 |
| 3.3) Intervención en lo social..... | 39 |
| 3.4) La intervención en el campo de la salud..... | 43 |
| 3.5) Salud como derecho..... | 46 |
| PARTE II: MARCO INSTITUCIONAL | 48 |
| 4.1)Características del HIGA “Dr. Oscar Alende”..... | 49 |

| | |
|--|------------|
| 4.2) Servicio Social del HIGA: Estructura y Funciones..... | 50 |
| 4.3) Descripción de la estructura de la guardia..... | 52 |
| 4.4) Servicio Social en el Servicio de Emergencia..... | 53 |
| PARTE III: METODOLOGÍA..... | 58 |
| Aspectos metodológicos..... | 59 |
| ANÁLISIS DE DATOS..... | 61 |
| CONCLUSIONES..... | 88 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 96 |
| ANEXOS..... | 101 |
| Guión de entrevistas..... | 102 |
| Entrevista TS 1..... | 104 |
| Entrevista TS 2..... | 109 |
| Entrevista TS 3..... | 124 |
| Entrevista TS 4..... | 134 |
| Entrevista TS 5..... | 141 |
| Entrevista TS 6..... | 150 |
| Entrevista TS 7..... | 159 |

INTRODUCCIÓN

De junio a noviembre del año 2014, desarrollé mi práctica de pre-grado correspondiente a la cátedra Supervisión del último año de la carrera Licenciatura en Servicio Social, en el Servicio Social de la guardia del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Alende; bajo la supervisión de la Lic. María José Ullúa.

En el servicio de emergencias del HIGA “Dr. Oscar Alende”, si bien hay un Trabajador Social asignado, éste solo está en horario matutino; la tarde y los días sábados son cubiertos con profesionales de planta y residentes que aportan diferentes perspectivas de atención.

Las personas ingresan al servicio de emergencias por los consultorios de las diferentes especialidades, o por el shockroom, dependiendo de la gravedad. El modo en que se toma contacto con las mismas desde el Servicio Social es por interconsulta derivada de los médicos, o por relevo de sala.

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos la modalidad de intervención del Trabajador Social en la guardia se realiza a través de la interconsulta de otro miembro del equipo de salud, resulta central tener presente que en muchos casos el motivo de consulta no coincide con el motivo que da lugar a la posterior intervención.

La intervención del Trabajador Social se direcciona en un principio a conocer al paciente y su situación a partir de: lectura de historia clínica, diálogo con los médicos que intervienen, y fundamentalmente mediante una primera entrevista con el paciente.

Las estrategias de intervención son definidas por Margarita Rozas Pagaza (1998) como un conjunto de acciones generadas desde un referente teórico y metodológico. Dicho referente teórico metodológico adquiere un contenido particular

a partir de los datos de la realidad, al mismo tiempo esa realidad, debe ser entendida como el escenario en el que se interrelacionan, interactúan e intercomunican los sujetos respecto a sus necesidades.

Este proceso debe comprenderse dentro del contexto particular que significa la guardia, mostrándose la misma como un espacio convulsionado, donde transita gente constantemente dificultando el diálogo con el paciente; y donde los tiempos de permanencia son relativamente cortos.

En la guardia del HIGA, se genera una situación problemática cuando determinados sujetos no poseen criterio de internación desde el aspecto biológico, sujetos que no tienen dadas las condiciones sociales que aseguren el cuidado de su salud y que lo exponen a situación de fragilidad y en ocasiones de riesgo en el empeoramiento en el proceso de la salud, los mismos quedan excluidos de atención hospitalaria adecuada a estas condiciones.

Se observa que en la intervención en la guardia impera lo que se conoce como modelo médico hegemónico¹; el saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos contruidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas. Eso además orienta a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud (Menéndez, 2005).

El modelo médico hegemónico excluye la variable histórica del proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1988). Las características de éste modelo son: la asimetría en la relación médico-paciente, el individualismo, la ahistoricidad, el

¹ El MMH es el conjunto de saberes, prácticas, teorías e ideologías generadas por la medicina científica desde finales del siglo XVIII que logra la secundarización de otras prácticas y saberes, hasta identificarse como la práctica legitimada tanto por el estado y la sociedad civil

biologicismo, una concepción de sujeto pasivo, donde prevalecen los criterios mercantiles y la racionalidad científica.

Se considera pertinente citar aquí a Emiliano Galende (2004), ya que él expresa que por mucho que se ha trajinado la fórmula de integración bio-psico-social como criterio para el abordaje de los problemas de salud y la enfermedad, ésta no se encuentra realizada en las prácticas concretas de los actores de este campo.

Esto se visualiza en el servicio de guardia, ya que el médico es quien decide si el paciente continúa o no internado en la misma dependiendo de si se ha resuelto o no su situación de salud desde el aspecto biológico, no contemplando en dicha decisión si están dadas las condiciones de alta social.

Galende (2004) agrega que suelen creer algunos médicos que debe des-subjetivarse ese cuerpo para captar en su esencia lo biológico, lo cual consiste en des-historizarlo de sus relaciones múltiples con el otro y con experiencia existencial del mismo sujeto. Pero se trata sólo de un ideal médico reduccionista, orientado por una idea simple de discernir y aislar la causa para la explicación del síntoma, lo cual empobrece la comprensión médica de la enfermedad al fijarla exclusivamente a mecanismos etiopatogénicos que nunca están discernidos ni aislados de la existencia singular del individuo que padece.

El médico a través de su saber acerca de las causas de la enfermedad, ocupa una posición valorada socialmente ya que se supone que ese saber se extiende a un "saber hacer" para anular la enfermedad y controlar la muerte. Ese saber requiere de una objetividad que consiste en discernir las causas de la enfermedad para actuar sobre ellas. En ese proceder todo lo demás de la existencia toma un carácter secundario de los "síntomas objetivos", como reacción y comportamiento

del sujeto frente a la enfermedad, o de los contextos sociales de vida del sujeto que rodean su padecimiento.

Para este modo de pensar la única objetividad precisa está en el cuerpo, al que puede observarse, explorar. En ésta práctica, la objetividad depende de dejar afuera a la influencia del entorno natural, excluir los aspectos de la subjetividad del enfermo, hasta es posible y necesario poner aparte al organismo como sistema para centrar la observación en el tejido u órgano alterado, la función perturbada, el mecanismo biológico descompuesto.

Considerar al paciente en su condición de objeto es una necesidad parcial de la atención del paciente, pero cuando esa necesidad se absolutiza genera errores y sufrimientos innecesarios (Testa, 1993).

Aparece entonces el primer desafío de nuestra intervención profesional: incorporarse a un dispositivo institucional donde la hegemonía médica siempre ha reinado, construyendo un espacio desde una lógica de intervención que apunta a impulsar: una mirada integral, lo que implica no escindir al sujeto de su historia, de los acontecimientos vividos y de su relación con el contexto global y las nuevas condiciones de exclusión y vulnerabilidad social, y; donde la urgencia no implica dar respuestas “ya”, sino tomarse el tiempo de escuchar cómo a cada sujeto le impacta esa situación de urgencia, poder construir con el otro esa forma particular de entender la realidad que lo atraviesa y evaluar las posibilidades de reducir su padecimiento (Madeira, Fernández Vecchio, Grondona, Ismach & Riqué, 2011).

Desde la intervención en lo social se trata de buscar una forma discursiva diferente, ahora signada por el sujeto, construida en su vinculación con los otros y no a partir de atribuciones elaboradas previamente. Así planteada, la intervención en lo social muestra la necesidad de un trabajo de elucidación, de indagación

alrededor de la lógica del acontecimiento que se origina en el momento de la demanda hacia ella, y en el camino de reconocer la presencia de la historia en el presente, confiriéndole así historicidad al acto de intervenir (Carballeda, 2012).

La visión del otro plantea la necesidad de nuevos acercamientos donde la palabra de este, su cotidianidad, y su historicidad sugieren caminos posibles en la dirección de la intervención en lo social. Dicha intervención, permite descubrir que el actor se ha transformado en una figura importante, ya que de su desenvolvimiento van a surgir la trama y el desenlace de la obra.

Los modelos de intervención predominantes en la guardia son antagónicos entre sí, por lo tanto me interesa llevar a cabo una investigación para determinar de qué forma el Trabajador Social interpela el MMH, analizando las prácticas de intervención que se instalan permitirá el presente trabajo realizar una construcción crítica para que ayude a generar espacios de trabajo donde se tenga como horizonte el respeto por los sujetos y la defensa de sus derechos.

Como se expresó anteriormente, considero que el Trabajador Social debe interpelar el MMH para garantizar que no se vulneren los derechos de todas las personas que concurren a la guardia hospitalaria; por ello es que me propongo indagar qué modelos dominan la intervención del Trabajador Social en el servicio de urgencias, qué estrategias de intervención utiliza y cómo es su modalidad de trabajo con el resto de los profesionales de la salud.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

La presente investigación utiliza una metodología cualitativa. El tipo de diseño que se aborda en la investigación es exploratorio de corte cualitativo descriptivo. Entendiendo por investigación exploratoria aquella en la que el objetivo de la misma

es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.

Siendo los objetivos propuestos a saber:

Objetivo general

- Identificar los modelos de intervención desde el cual interviene el Trabajador Social en el servicio de emergencias del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA).

Objetivos específicos

- Indagar las estrategias de intervención que implementa el Trabajador Social en el servicio de emergencias del HIGA.
- Analizar las matrices conceptuales que orientan la intervención de los Trabajadores Sociales en el servicio de emergencias.
- Conocer la modalidad de trabajo que el Trabajador Social realiza junto con el resto de los profesionales de la salud en la guardia de emergencias del HIGA.
- Describir las funciones del Trabajador Social en el servicio de emergencias del HIGA.

Los datos serán obtenidos mediante entrevistas a los distintos referentes. Se entrevista un total de siete Trabajadoras Sociales del HIGA “Dr. Oscar Alende”, entre ellas, la Jefa del Servicio Social, la Trabajadora Social asignada al servicio de emergencias en la franja horaria de la mañana, y cinco Trabajadoras Sociales que realizan guardias generales, por lo tanto se ven afectadas al servicio de emergencias cuando finaliza el horario de trabajo de la Trabajadora Social asignada al mismo.

El presente trabajo está estructurado en:

- Introducción: dónde se expone el problema objeto de conocimiento y los objetivos a investigar.
- Primera parte: dónde se desarrolla el Marco Teórico, dividido en tres capítulos: Salud, Sistema de salud de la República Argentina y Trabajo Social e intervención.
- Segunda parte: dónde se presenta el Marco Institucional; partiendo de la caracterización del HIGA “Dr. Oscar Alende”, y del Servicio Social dentro de la institución en general, para luego dar una descripción de la estructura del espacio de guardia y el Servicio Social dentro del servicio de emergencias.
- Tercer parte: dónde se desarrollan los Aspectos Metodológicos; se expresa el tipo de metodología empleada, el tipo de diseño, cómo se conforma el universo y muestra de dicha investigación.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Conclusiones a las que se arriba y propuestas realizadas para implementar en el espacio de emergencias.

Al finalizar se citan las referencias bibliográficas, y los anexos del guión de entrevista utilizado y las entrevistas transcritas de cada de las siete Trabajadoras Sociales.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Salud

1.1) Salud, diversas concepciones

El concepto de salud ha ido modificándose a lo largo del tiempo, surgiendo así múltiples definiciones, a continuación se destacan las consideradas más relevantes. Las mismas permitirán hacer un recorrido que llegue a aquellas concepciones que guían la realización del presente trabajo.

Una acepción, hace referencia a la salud como ausencia de enfermedad manifiesta, es decir, como una condición opuesta a enfermedad. La Real Academia Española define la salud como el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones. En ambos casos la salud se reduce a cuestiones bio-fisiológicas. Se considera que este es un enfoque reduccionista, en el que predomina una visión mecanicista.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1948 la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones.

Si bien esta definición es significativamente más integral que la definición anterior, la misma tiene algunas limitaciones, tales como:

- Mostrar a la salud como un estado. La salud no es algo que se alcanza hoy y para siempre sino que está en continuo cambio. Está influenciada por determinantes sociales, biológicos, ambientales y culturales, por lo tanto, requiere una constante adaptación y transformación del individuo a su medio. Por este motivo, es que actualmente se habla de la salud como proceso y no como estado.
- El bienestar no es un concepto universal. Su significado es diferente para los distintos grupos sociales, según sus condiciones concretas de vida y también

puede ser diferente para cada persona. El bienestar es por lo tanto de carácter subjetivo y difícil de identificar y cuantificar. Por esta razón, muchos consideran que esta definición presenta dificultades operativas y es poco realista para ser utilizada como marco conceptual del trabajo en Salud.

Milton Terris (1975) propuso definir la salud como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solamente ausencia de enfermedades o invalidez.

Siguiendo esta línea, es importante pensar que la salud - enfermedad no son puntos extremos de una recta. Uno no está totalmente sano o totalmente enfermo. La salud-enfermedad podrían considerarse como diferentes grados de adaptación y transformación del hombre a su medio social, los modos y estilos de vida. En este constante cambio y dinamismo, se habla de proceso salud-enfermedad, pues no hay un límite exacto entre ambos conceptos.

Se entiende por salud el estado de las personas resultante del proceso de interacción de distintos factores entre los que se cuentan la biología humana, las incidencias del medio ambiente, los diferentes estilos de vida que desarrollan y experimentan las poblaciones y los servicios de salud que son prestados por el Estado y otros agentes (Lalonde, 1974).

Para comprender mejor la definición citada anteriormente, se definirán los cuatro componentes del campo de la salud:

- Biología humana: incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del

organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos.

- Medio ambiente: incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales.
- Estilo de vida: representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.
- Organización de la atención de salud: consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios como, por ejemplo, la optometría, la quiropráctica y la pediatría. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud.

La OMS (1978), frente a la estrategia de “Salud para todos en el año 2000”, matiza su clásica definición proponiendo como objetivos que los habitantes de todos

los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.

La Salud por tanto abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un paradigma médico-biológico hasta un concepto más global, el paradigma socio-ecológico, que engloba al anterior y lo supera. Esta nueva forma de concebir la salud reemplaza la doctrina determinista de la causalidad simple en el binomio salud-enfermedad por la de un marco de proceso multicausal, de acuerdo con el pensamiento científico actual.

El paradigma socio-ecológico, por tanto, plantea un escenario para entender las condiciones y las causas de la salud y la enfermedad e incorpora las actividades relacionadas con la salud como parte de las políticas sociales. Obviamente este paradigma debe integrar las perspectivas biomédicas y psicosociales y ecológicas.

Este planteamiento supone una revisión del concepto tradicional de la atención de la salud, superando los esquemas meramente asistenciales para potenciar más las intervenciones preventivas relacionadas con la mejora del medio ambiente y con el desarrollo de políticas sectoriales de índole socioeconómico.

1.2) Proceso salud/enfermedad/atención (PSEA)

Como se expresó anteriormente, la salud no puede ser pensada como un estado sino como un proceso. La salud está influenciada por determinantes sociales,

biológicos, ambientales y culturales, por lo tanto, requiere una constante adaptación y transformación del individuo a su medio.

Floreal Ferrara (1985) sostiene: la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social.

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina.

Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.

Como señalan Kornblit y Mendes Diz el fenómeno enfermedad involucra distintos aspectos; no se limita exclusivamente al hecho de estar enfermo por sufrir algún tipo de alteración. La percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este aspecto depende fundamentalmente de los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como del lugar que ocupe la salud en su vida cotidiana.

La representación social que el paciente tenga de su problema determinará qué acciones y procedimientos realizará. Esta representación está construida socioculturalmente y tiene implicancias no sólo cognitivas o racionales, sino también valorativas y actitudinales.

Es en este sentido que se toma el concepto de PSEA, definido como un conjunto de representaciones, saberes y prácticas que generan los grupos sociales para entender, explicar, enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos (Menéndez, 1994).

El PSEA constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales que la integran. Aun cuando ésta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables, que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales.

La respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/o padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

El PSEA es de vital importancia en la práctica del Trabajador Social, ya que respecto a cómo entienda, enfrente o solucione el problema la persona, es que se tomarán los lineamientos a seguir, siempre en pos de la defensa de los derechos del sujeto.

1.3) Salud y complejidad

Para el desarrollo de la presente tesis, es importante abordar el concepto de complejidad en lo que concierne a la salud. El concepto de salud no puede comprenderse desde enfoques reduccionistas, es primordial comprenderlo dentro del campo de la complejidad.

Denise Najmanovich es quien orienta la producción del presente trabajo; ella sostiene que para entrar al reino de la complejidad es necesario, buscar puntos de vista diferentes al de la perspectiva de la ciencia clásica que privilegiaba la simplicidad y forjar otras formas de interacción, de producción de sentido y de experiencias que nos permitan pensar la salud como una problemática del vivir humano como "sujetos entramados" en lugar de concebirla como un desperfecto mecánico.

Al concebirse el cuerpo como un sistema cerrado, compuesto de subsistemas (los diversos "aparatos" estudiados de forma separada) se fue aislando a las personas de sus entornos afectivos, emocionales, cognitivos, relacionales y culturales. Al mismo tiempo que se facilitó la especialización que llevó al desarrollo de concepciones y prácticas desacopladas entre sí.

La salud, desde una perspectiva de la complejidad, no puede pensarse si no es en referencia al itinerario que la misma vida fija, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido, a las configuraciones de acciones colectivas que le dan vida.

Najmanovick (2007) expresa que no es el cuerpo el que enferma sino el ser humano. Más aún, la persona humana dotada de emoción y conciencia, afectiva y capaz de conocer, imaginativa y social, inconciente y entramada, es la que enferma o sana, la que vive o muere. Y esta "persona humana" no pertenece al campo de la

biología solamente, sino que adviene y deviene "sujeto", porque no nace como tal, sino que se hace en y por los intercambios sociales en los que participa y en cuyo ambiente está embebida. Si aceptamos que existen tantas formas de ser "personas" como culturas humanas, si convenimos en que no existe una "naturaleza humana" ni un "estructura psíquica" abstracta ni universal, no podemos aceptar la existencia de parámetros o criterios de salud fijos y eternos.

En la actualidad, se atraviesa un período de transición en el cual si bien es cierto que muchos "declaman" estar abiertos a un punto de vista que supone a la "Salud como bienestar físico, psicológico y social", son muy pocos los que han desarrollado enfoques específicos que hagan de esta mirada de la salud algo más que un mero slogan.

Si la vida es flujo y tensiones activas en co-evolución con el ambiente (humano, animal y cósmico), y no un mecanismo estático y regular, los criterios respecto a qué es normal y qué es patológico así como las metáforas que estructuran las prácticas médicas dominantes resultan en el mejor de los casos pobres y limitadas (aunque puedan ser local y puntualmente eficaces) y en el peor peligrosas e iatrogénicas (Najmanovich & Lenni, 2001).

1.4) Modelos de intervención en salud

Eduardo Menéndez (2003) expresa que cuando desde una perspectiva antropológica se habla de modelos de atención, se hace referencia no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

Se asume que en las sociedades latinoamericanas actuales existen muy diferentes formas de atención de la enfermedad que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación. Pero además de reconocer esta diversidad, no se piensa en términos de eficacia, eficiencia y/o calidad, sino en términos de reconocer su existencia, dado que desde la perspectiva del Sector Salud y de la biomedicina, toda una serie de actividades de atención de los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población.

Lo que domina en las sociedades actuales es lo que se conoce como pluralismo médico, término que refiere a que en nuestra sociedad la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.

Las formas de atención existentes son:

- a) De tipo biomédica referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Estas se expresan a través de instituciones oficiales y privadas.
- b) De tipo popular y tradicional expresadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, shamanes, yerberos, etc.
- c) Alternativas, paralelas o new age que incluyen a sanadores, bioenergéticos, etc.
- d) Devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina mandarina, medicina ayurvedica, etc.

e) Centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, padres de niños con Síndrome de Down, etc.

Esta clasificación no supone que se consideren como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, dado que se asume la existencia de un proceso dinámico entre las actividades devenidas de diferentes formas de atención.

1.5) Modelo Médico Hegemónico o Biomedicina

Dentro de los modelos de atención de la salud referidos anteriormente se encuentra el Modelo Médico Hegemónico (MMH) o Biomedicina. En los contextos desarrollados y subdesarrollados denominados occidentales, y pese al incremento de medicinas paralelas y alternativas, la forma de atención que más se expande, directa o indirectamente, sigue siendo la biomedicina.

A continuación se caracterizará el mismo, siendo relevante su comprensión para la presente tesis, porque es el modelo que impera en las instituciones de salud pública, como lo es el hospital. Se llevará a cabo una investigación para determinar de qué forma el Trabajador Social interpela el MMH, ya que se considera que el MMH vulnera los derechos de los sujetos que acuden a los hospitales en busca de atención de determinada alteración en su salud.

La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención.

Este proceso de expansión se da en dos niveles: por una parte a través de las actividades profesionales que se realizan y que refiere a los niveles de cobertura de

atención alcanzados, al número de profesionales, al número de camas de hospitalización, al número de partos atendidos, etc., comparados con los indicadores de otras formas de atención.

Pero además la expansión opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos.

Son características del MMH: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficiencia pragmática, orientación curativa, relación médico paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica.

El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituyen el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. El aprendizaje se hace a través de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención.

La relación médico/paciente se caracteriza por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico. La anamnesis médica casi ha desaparecido pese al reconocimiento técnico de su utilidad.

Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el “ojo” y “mano” clínicos, sino en los signos producidos por los diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico/paciente sino para la identificación profesional del médico consigo mismo. Esta situación de exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico/paciente, es decir la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos (Menéndez, 2003).

La doctora Pilar Vargas (2003), da las siguientes características del modelo biomédico:

- Concepción patologista: las enfermedades se estudian como entidades existentes, con vida propia, se les puede establecer una causa, predecir una determinada evolución y resultados. En el consultorio de un médico es la enfermedad la que suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre médico y paciente.
- Reduccionista: fenómenos complejos (por ejemplo, diabetes) se reducen a sus componentes más elementales en otro nivel (por ejemplo, alteraciones bioquímicas de la diabetes) y se va delimitando una entidad independiente del sujeto que la padece y del contexto socio-cultural en el cual vive y enferma.
- Curativo: la competencia o éxito profesional de un médico se define en función de curar enfermedades y salvar vidas.
- Objetivo: la relación médico paciente para ser científica debe ser objetiva.

- Mente/cuerpo: la idea cartesiana de la división mente cuerpo determina que la tarea curativa se divida, los médicos se ocupan del cuerpo, lo somático y los Psi se ocupan de lo psicológico.
- Diagnóstico biológico: el diagnóstico se hace en base a procedimientos de tipo biológico que pueden incluir una amplia gama de instrumentos de tecnología sofisticada.
- Territorios: se establecen barreras disciplinarias (especialidades) y el paciente humano queda fragmentado en partes que pertenecen a cada especialidad.
- Tratamiento: el médico es la autoridad, el experto en enfermedades y los pacientes son o deberían ser pasivos. Las enfermedades se estudian descontextualizando los aspectos del vivir de los pacientes.

Este modelo, se reproduce y mantiene a través de: la enseñanza en las escuelas de medicina donde el proceso de aprendizaje es totalmente fragmentado, los textos de medicina, la transmisión de modelos internalizado del quehacer y status profesional, la organización de los sistemas de salud y la demanda de los usuarios que necesitan manejarse con certezas (Vargas, 2003).

Durante la década de 70, surgen toda una serie de cuestionamientos respecto de este modelo:

- Aumento del costo de la atención de la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipos, y secundariamente en el costo del personal.
- Aumento correlativo del consumo de equipos y de fármacos, careciendo gran parte de dicho aumento de justificación técnica o costo-efectiva.

- Aumento correlativo de la intervención médica, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que, en algunos casos se están convirtiendo en formas estandarizadas de atención (cesáreas).
- Aumento correlativo de iatrogenia, así como de la ineficacia.
- Predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica en detrimento de la calidad de la misma.
- Ampliación ideológico y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización) y reducción real de las áreas de eficacia.
- Carencia de relación entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y el control del mismo (Menéndez, 1985)².

² Virgolini, M. (1995). Modelos médicos y alternativas de atención de la salud.

Capítulo 2: Sistema de salud en la República Argentina

El sistema de salud argentino según Acuña y Chudnovsky (2002) está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. En el presente trabajo sólo se hará referencia al subsistema público. El mismo dispone de relevancia porque el HIGA "Dr. Oscar Alende" forma parte de él.

El muy utilizado concepto "sistema de salud" expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Pero dicha idea proviene del funcionalismo y se entiende como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo.

Es por ello que Spinelli (2010) propone el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.

Los principales capitales en juego en un campo son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima).

Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas, donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales.

El campo de la salud (tanto en Argentina como en otros países), se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital

económico; los problemas de financiamiento; la corrupción (macro y micro); la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/ gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.

2.1) Salud Pública

El sujeto básico y permanente de la Salud Pública es la misma población organizada en la Sociedad. El Público no es solamente el objeto central de la Salud Pública, sino, que es su principal actor.

Ahora bien, la conceptualización y alcances de la Salud Pública tal como se la considera en la actualidad es producto de una evolución histórica. Así en 1920, Winslow definió la salud pública como: la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

Más recientemente Milton Terris, propone en 1990 una adaptación contemporánea a la definición de Winslow, la salud pública queda definida como: La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y

fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto supone que organizaciones, grupos o instituciones deben asumir un rol, decisivo en el cuidado de la salud de la población y que esta no puede recaer solamente en la responsabilidad de cada individuo en particular.

La salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad (OMS, 1998)

2.2) Subsistema público

Este subsector cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores (Acuña & Chudnovsky, 2002).

2.3) Niveles de atención en salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se denominan Niveles de Atención a las formas de organizar los recursos en calidad y cantidad para producir un determinado volumen y estructura de servicio de salud de diversos grados de complejidad, destinados a satisfacer el conjunto de necesidades y demandas de la población.

Es por ello que según el grado de complejidad de las enfermedades y de los medios de diagnóstico y tratamiento, los servicios de atención sanitaria se clasifican en los siguientes niveles de atención:

- Primer nivel de atención: Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta -demanda espontánea de morbilidad percibida-. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud -demanda oculta- que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, pero también revisa las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad.

Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios y los CICs. En nuestro país, también se ha incluido en algunos casos a los consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática.

- Segundo nivel de atención: Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel. Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc. Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando se deriva a una persona al segundo nivel se habla de referencia y se hace con el acompañamiento correspondiente, personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad. Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.
- Tercer nivel de atención: Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras)

infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

El HIGA “Dr. Oscar Alende” se encuadra en el segundo y tercer nivel de atención.

2.4) Hospitales de alta complejidad

La OMS (1957) 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. Es también, un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y campo de investigación bio-social.

Para comprender las incumbencias del HIGA “Dr. Oscar Alende” es que se analizarán los conceptos que lo componen en forma desmenuzada.

- Hospital Interzonal: Es aquel con una capacidad de más de 300 camas con un perfil de equipamiento que le permita cumplir cualquier acción de atención médica. Su área de influencia sobrepasará al de una zona o región sanitaria, pudiendo llegar, en ciertos casos, a ser de influencia Provincial. Se trata de hospitales de alta complejidad, únicos dentro de la zona de influencia y alcance.
- Hospital General: Es aquel que se encuentra en condiciones de recibir pacientes con riesgo de sufrir diversos tipos de patología. 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.

- Hospital de Agudos: Es aquel destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve. Se considera agudo al enfermo que necesita a lo sumo 6 meses de internación en un hospital (Carrillo, 1974).

2.5) Definiciones de Urgencia y Emergencia

Urgencia: es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS).

Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.

Emergencia: es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Algunos autores americanos promovieron el concepto de hora dorada como la primera hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales.

Capítulo 3: Trabajo Social e intervención

3.1) Surgimiento del Trabajo Social

Según Andrea Oliva (2006) la “intervención en lo social” o las “formas de asistencia” ya existían mucho antes de que se iniciara la formación profesional del trabajo social. La institucionalización del trabajo social no puede explicarse únicamente por la influencia del pensamiento europeo, ni se desprende directamente de la constitución del Estado moderno, sino que fue necesaria la configuración de un campo ocupacional asalariado con atribuciones particulares.

El espacio ocupacional del trabajo social, desde el origen, se fue estableciendo en torno a las funciones de asistencia, gestión y educación, presentándose simultáneamente y con distintos grados de articulación.

En forma sintética se puede señalar que la asistencia implica la atención de la demanda y la provisión de los recursos-prestaciones. La gestión involucra la consecución y administración de distintos tipos de recursos, ya sean prestaciones, de funcionamiento, visuales, profesionales, los vínculos y el tiempo. Se plantean diferentes formas de organización, de obtención y registro de información, de planificación y evaluación. En cuanto a la función de educación, se trata tanto de la transmisión de conocimientos e información como de la acción de dirigir. Se considera que la educación siempre es un hecho político, esta función ha sido utilizada para el disciplinamiento o, contrariamente, ha servido para estimular la emancipación de las clases trabajadoras.

Existe un vínculo innegable entre la inmigración, el desarrollo del movimiento obrero y la creación de las instituciones con financiamiento público.

El arribo de los inmigrantes europeos desde mediados del siglo XIX provocó un crecimiento de las ciudades a ritmo acelerado; esta población se fue organizando y

presentando demandas colectivas, lo cual expresa la llamada cuestión social en Argentina.

Las instituciones de la Iglesia católica y de la Sociedad de Beneficencia se desbordaron, ya que no se trataba de asistir mediante sus mecanismos de caridad o filantropía a mendigos, niños huérfanos o enfermos individualizados, sino que eran conjuntos poblacionales quienes demandaban la atención de sus necesidades.

Las demandas de fines del siglo XIX y principios del XX en los principales centros urbanos del país se expresaron en la constitución de una gama de organizaciones del movimiento obrero.

La inserción de las mujeres en el mercado de trabajo (establecimientos industriales, talleres, comercios, empleadas domésticas, etc.) no fue una cuestión menor, y se evidenció en su participación activa en las huelgas y manifestaciones, así como en la aparición de organizaciones y publicaciones específicamente femeninas.

Ciertas demandas de la reproducción de la fuerza de trabajo quedaron indiscutidamente vinculadas al salario y a las condiciones de trabajo que eran reclamadas en la acción directa hacia las patronales o en los pedidos de intervención estatal, ya sea mediante las leyes obreras o la creación de organismos de control. Pero las respuestas del Estado a la “cuestión social” tomarán otro rumbo, mediante la cobertura de las necesidades disociadas del salario.

Tal como explica Topalov, partiendo de la premisa de que en el modo de producción capitalista los productores sólo existen para el capital en la medida que éste los necesita para producir valor y plusvalía, el financiamiento público de equipamientos de uso colectivo surge de las contradicciones del mantenimiento de la fuerza de trabajo. El salario es el precio de la fuerza de trabajo, que nunca se

corresponde con la satisfacción del conjunto de necesidades. Emerge la necesidad del suministro público de equipamientos colectivos y, en forma más amplia, de la implantación de un sistema socializado de mantenimiento de la fuerza de trabajo.

La comprensión de ese fenómeno es importante para analizar el surgimiento del trabajo social, dado que existe una relación directa con la creación de instituciones públicas y principalmente con las áreas de salud, educación y vivienda.

Los servicios de salud son un eje de esos valores de uso no fraccionables, donde la aparición del Estado es clave para su desarrollo. Ello se pone de manifiesto, en 1883, en la ciudad de Buenos Aires, cuando se creó la Asistencia Pública, para hacerse cargo de la atención de la salud e iniciar la creación de una serie de instituciones. Con este paso se institucionalizó la intervención del Estado en los hospitales y en materia de salud pública.

En 1883 también se registró el inicio del financiamiento público para cubrir las nuevas demandas en torno a la vivienda. La municipalidad de Buenos Aires comenzó a construir casas para obreros.

Con respecto al financiamiento público de la enseñanza, un primer paso se dio en 1876, cuando, por ley, la Sociedad de Beneficencia se vio obligada al traspaso de la administración de las 100 escuelas de su dependencia. Pero será a partir de 1884 cuando se inicie una nueva etapa con la sanción de la Ley 1420, la cual plantea la obligatoriedad de cursar la escuela primaria para todos los menores de 14 años, y promueve la creación de instituciones estatales de enseñanza laica y acceso gratuito. Con la Ley 1420 se creó el Consejo Nacional de Educación, que entre sus funciones realizaba la distribución gratuita de libros y útiles escolares a quienes no podían afrontar los gastos.

La intervención del Estado en la provisión de escuelas, hospitales, dispensarios de salubridad, viviendas, etc. obedeció a las luchas populares que arrancaron conquistas históricas, logrando el financiamiento público para la cobertura de las necesidades de los trabajadores.

El proceso de respuestas a las demandas colectivas se puso de manifiesto en las formas en que el Estado fue cubriendo las necesidades disociadas del salario, mediante la creación de las formas de consumo no mercantilizadas.

Ya para los primeros años del siglo XX, Argentina tenía cientos de instituciones de tipo asistencial, educativas, sanitarias, mutualistas, vecinales, etc., que pretendían dar respuestas o buscar alternativas de distinto orden para enfrentar la “cuestión social”.

Es clave entender que la urbanización capitalista es un proceso contradictorio, en el cual el capital necesita concentrar mano de obra, pero esa misma mano de obra se vuelve contra los intereses del capital, dado que al estar concentrada se facilita la organización y se potencian sus demandas. De allí, el Estado emerge cumpliendo un papel fundamental en la cobertura de necesidades disociadas del salario. La infraestructura y el equipamiento urbano se expanden al compás de las necesidades del capital, pero también de las demandas de la clase obrera, de los movimientos sociales urbanos y de los nuevos sectores medios.

En el proceso de complejización de las funciones del estado se produce una multiplicidad de actividades en torno a la asistencia, educación y gestión de recursos que comienza a delinear un campo laboral, la visita domiciliaria estuvo asociada a diversos fines desde los orígenes de la profesión, cuatro modalidades:

- El suministro de recursos en las visitas domiciliarias: Existía una clara connotación de la visita de tipo asistencial, la provisión de recursos es la base

material que abre la puerta a la función educativa, estas formas de asistencia a domicilio se fueron desbordando en la medida que crece la población y se producen cambios cualitativos en las demandas, comienzan nuevas modalidades de asistencia dando paso a las prestaciones institucionales.

- Las visitas de control: obtención de información sobre la vida cotidiana con fines de control, las damas inspectoras por ejemplo realizaban visitas domiciliarias para comprobar el estado del niño en casos de adopción, la comisión de inmigración también por ejemplo realizaban visitas de control.
- Visitas para la defensa de los trabajadores: las visitas para la obtención de información no eran solo de control, sino que el conocimiento de las condiciones de existencia de la clase trabajadora es un móvil para establecer reclamos por mejores niveles de vida.
- Visitas de profilaxis e inspección domiciliaria: en 1903 se declara obligatoria la vacunación antivariólica, si bien existía la ley la población no concurría a vacunarse por lo tanto se plantea la necesidad de llegar a los hogares con un plan de vacunación domiciliario. Los médicos en cada visita enfrentaban situaciones derivadas de las deplorables condiciones de vida por lo tanto se plantean la necesidad de contar con apoyo, surgen las visitadoras sociales de higiene.

La obtención y sistematización de información se fue desarrollando al compás de las necesidades de la práctica, fichas individuales, fichaje de beneficiarios, elaboración de estadísticas. Se crearon instituciones desde donde se llevó a cabo la asistenta y educación sanitaria para controlar y evitar enfermedades, los médicos iban percibiendo que su modalidad de asistencia individualizada poco modificaba las condiciones generales y se planteaban otras acciones de orden colectivo. Los lazos

que atan a los distintos aspectos de la vida cotidiana se manifiestan como *refracciones de la cuestión social*. La prevención solo se efectuaría si se modificaban las condiciones objetivas del hábitat, en tal sentido se expande la función educativa.

Según Di Lisia la creación de las visitadoras responde a la lógica de transmitir los preceptos de la higiene a los pobres urbanos, mediante una relación amistosa y familiar se ejerce una influencia directa en los hogares, es decir utilizando el vínculo como recurso, la prevención no puede asimilarse a la transmisión de conocimientos desvinculando la situación material, con lo cual en TS se requiere combinar asistencia con la tarea educativa.

Se ha intentado captar las determinaciones socio-históricas particulares tratando de superar los antecedentes europeos o estadounidenses, la existencia de condiciones objetivas en Argentina provocó la creación de instituciones y la apertura de un espacio socio-ocupacional que sería ocupado por visitadoras y asistentes sociales. En síntesis, el vínculo entre la inmigración masiva y el desarrollo de instituciones es fundamental en la comprensión del proceso que dio origen al trabajo social en Argentina.

3.2) ¿Qué es la intervención?

Susana Cazzaniga (2001a) entiende por intervención profesional la puesta en "acto" de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional. Vista de esta manera, la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social.

Por otro lado es importante rescatar otro aspecto de la intervención profesional: la intervención no es un episodio natural, sino una construcción artificial de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (desde aquellos que solicitan la intervención -instituciones, sujetos individuales y colectivos- y desde el propio sujeto profesional).

Estas consideraciones remiten a destacar dos dimensiones relevantes de la intervención:

- La demanda, que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto histórico particular.
- La intervención como proceso artificial, como un venir entre, que exige desde el sujeto profesional la capacidad para comprender e interpretar esa demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce la intervención. Nos estamos refiriendo a la producción de sentido específico que realizamos respecto de los sujetos de la acción profesional: nuestro accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas.

La intervención profesional, en tanto trabajo, quehacer o práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que le es presentada, se expresa en una construcción metodológica, en un conjunto de mediaciones que darán cuenta de la intencionalidad de transformación y de sus cómo particulares.

3.3) Intervención en lo social

Alfredo Carballada (2012) plantea que la intervención en lo social se presenta como una vía de ingreso a la modernidad dirigida a aquellos que cada época construye como portadores de problemas que pueden disolver al todo social.

La intervención en lo social surgirá en relación con diferentes planos: en la detección de lo anormal y su clasificación; en la aplicación de formas de disciplinamiento, y por último en la articulación de ambas para dar una señal a la sociedad, en definitiva para construir a ese “otro” sobre el cual se intervendrá.

La intervención elabora los primeros “contratos”, proponiendo desde la pedagogía formas de cohesión, preparando a los “otros” para un futuro que el clima de época visualiza como promisorio. Para esto debe “entregarse” la soberanía a alguien que pueda manejar el desconcierto o el padecimiento. El espacio de la intervención se va naturalizando progresivamente, incorporando lo cotidiano como una necesidad para acceder a una vida mejor.

Tal vez la intervención en lo social implica hacer ver, aquello que el contexto, el escenario, el clima de época impiden visualizar. Y acaso permita hacer que ese otro recupere historicidad, ubicándolo en el lugar de la verdad, corriéndolo del banquillo de la sospecha, entendiendo que se es en tanto efecto de la cultura, que es imposible pensarse separado de los otros, y que la diferenciación estriba en lo singular de las inscripciones de cada cuerpo.

Desde la intervención en lo social se trata de buscar una forma discursiva diferente, ahora signada por el sujeto, construida en su vinculación con los otros y no a partir de atribuciones elaboradas previamente. Así planteada, la intervención en lo social muestra la necesidad de un trabajo de elucidación, de indagación alrededor de la lógica del acontecimiento que se origina en el momento de la

demanda hacia ella, y en el camino de reconocer la presencia de la historia en el presente, confiriéndole así historicidad al acto de intervenir.

La intervención en lo social se transforma en una herramienta de trabajo, en tanto pueda definir una secuencia de acciones, pero especialmente un horizonte.

La visión del otro plantea la necesidad de nuevos acercamientos donde la palabra de este, su cotidianidad, y su historicidad sugieren caminos posibles en la dirección de la intervención en lo social. Dicha intervención, nos permite descubrir que el actor se ha transformado en una figura importante, ya que de su desenvolvimiento van a surgir la trama y el desenlace de la obra.

La intervención en lo social surgió fuertemente marcada por una tradición normativa, signada por el propósito pedagógico como forma de mantener la cohesión del “todo social”. Lo social en términos de intervención remite, entonces, a la idea de conjuntos de dispositivos de asistencia y de seguros en función de mantener el orden o la cohesión de lo que denominamos sociedad. En definitiva, la intervención se relaciona con la problemática de la integración.

Reconocer lo artificial de la intervención implica básicamente tender a su desnaturalización, entenderla como dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. De ahí que la demanda sea el acto fundador de la intervención. En este aspecto, la demanda proviene de los sujetos que acuden a las instituciones, los organismos, etcétera. Pero también la demanda es generada desde las instituciones, la agenda de políticas públicas, los medios de comunicación, etcétera. En definitiva, de la visión de problema social que una sociedad tiene.

Por último, la intervención en lo social expresa la búsqueda, de una construcción, de una modalidad discursiva diferente, determinada ahora por el sujeto, por su

propia palabra, por su singularidad, a la vez que recupera la importancia de los vínculos de ese sujeto con otros, buscando desde allí una resemiotización de aquello que se construyó discursivamente como hegemónico.

Continuando con esta línea de análisis, Claudia Bermúdez Peña (2011) asume la intervención social como un conjunto de acciones y prácticas organizadas bajo la figura de una oferta de servicios alrededor de lo social. Esta oferta es brindada por grupos de individuos organizados (organismos gubernamentales, organismos no gubernamentales, organizaciones de base, etc.), quienes al considerar y calificar algunas situaciones sociales como inaceptables producen, por un lado, “escándalo social”, y, por el otro, acciones que de alguna manera pretenden remediar tales situaciones.

El escándalo social cumple una función al poner en evidencia, un conjunto de necesidades y problemas. La intervención social, por su parte, aparece como producto de un escándalo y propone la creación de dispositivos para la acción, en un intento por buscar soluciones a las necesidades y problemas detectados. La intervención social, entendida de esta manera, implica una alteración en el curso de la vida cotidiana, lo que la hace una acción artificialmente constituida, e implica un juicio de valor que está presente en las acciones realizadas.

Corvalán (1996)³ identifica dos tipos de intervención social: la intervención caritativo-asistencial y la intervención sociopolítica. La primera tiene que ver con un conjunto de acciones de beneficencia que no tienen necesariamente como propósito asumir posturas críticas frente a la dinámica de base de la sociedad, pues “al encontrarse tan fuertemente ligado a una opción personal y al mundo de la vida privada, no existen desarrollos teóricos de tipo político que lo respalden, sino

³ Bermúdez Peña, C. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: un campo de fuerzas en pugna.

alientos ideológicos, a la manera de los manuales de autoayuda: la solidaridad para estar bien con uno mismo” (De Piero, 2005)⁴.

La intervención social de carácter sociopolítico, por el contrario, se define o por la oposición o por el respaldo a las políticas gubernamentales y al modelo de desarrollo que se impulsa desde ellas: el carácter sociopolítico de una intervención social está dado por la concepción de la misma en torno a objetivos sociales mayores y relacionados con el funcionamiento del modelo de desarrollo de una sociedad, especialmente en términos de situarse explícitamente como un apoyo o como una crítica al mismo.

Entendida de esta manera, la intervención social crea un espacio social alrededor del cual se construyen relaciones fundadas en la ayuda a partir de la búsqueda de respuestas a demandas sociales. Tales relaciones no se establecen aleatoriamente ni de manera homogénea. En efecto, como se ha mencionado, en la intervención social convergen instituciones estatales, no estatales, sociedad civil, organizaciones comunitarias, escuelas, universidades, medios masivos de comunicación, artistas, la población identificada como beneficiaria, etc., y el tipo de relaciones que se establecen entre ellas se ordenan de manera diversa. A esta dinámica presente en este espacio, la identificamos como la emergencia del campo de la intervención social. Esto significa que, tal como lo plantea Bourdieu, en cualquier campo encontraremos una lucha, en tanto se encuentran y coexisten posturas y acciones dispares, maneras de interpretar y narrar diferentes, en ocasiones contrarias entre sí, relaciones de poder, controversias, alianzas, etc.

3.4) La intervención en el campo de la salud

⁴ Ídem 2

Adentrándonos ya al campo que compete al presente trabajo, es preciso señalar que, diversos autores concuerdan que la intervención de los Trabajadores Sociales en el campo de la salud debe ser en equipos de salud y de un modo interdisciplinario. Al respecto, la OMS define al equipo de salud como asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es proveer en cualquier ámbito a los individuos y familias la atención más integral posibles.

El objetivo del Trabajo Social en dicho campo es el de lograr un equilibrio de la atención integral, donde el demandante o la población a atender sean tenidos en cuenta como algo más que unidades biológicas.

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. Nora Elichiry afirma que el vocablo "inter" da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad, partiendo del objeto real y no de las disciplinas dadas.

Desde estas consideraciones respecto de lo interdisciplinar, Susana Cazzaniga (2001b) analiza algunas de las dificultades que una empresa como esta presenta:

La fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica, que se traduce en las formaciones académicas de los profesionales. La limitación de los objetos de conocimiento e intervención dificulta el trabajo del "nexo" del que habla Nora Elichiry. Es probable que en el ámbito de la investigación, este nexo tenga mayor experiencia de trabajo, pero en la práctica profesional, el mismo se expresa generalmente como "interconsulta".

La organización administrativa de las instituciones públicas donde en los organigramas, que responden a las lógicas tayloristas (separación y jerarquización) encontramos generalmente la división en departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones (Departamento de Servicio Social, de Psicología, Médico, etc), lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación. El "nexo" aparece entonces como derivaciones.

Las diferentes consolidaciones que las disciplinas y por ende las profesiones presentan en los campos de intervención. Estas diferencias se encuentran en relación con los estatus adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las "presentaciones" que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas. Al interior de los equipos estas diferencias aparecen con verdaderas asimetrías en el ejercicio del poder. Los que deciden y "los chicos de los mandados".

Estos obstáculos, no siempre de fácil remoción, ameritan una fuerte autocrítica entre todos los actores a fin de llegar a diálogos profundos entre los diferentes saberes. Desde todos los espacios se debe contribuir a esto, y especialmente los ámbitos de formación deberán realizar esfuerzos para transferir otros modos de pensar y hacer, respetando las especificidades pero teniendo como objetivo los trabajos en complementariedad.

Por otra parte, es interesante repensar el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito público. Los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales presentan de por sí una gran complejidad, acentuada en la actualidad dadas las transformaciones operadas en el contexto.

Si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una “mirada disciplinar” que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

En síntesis, la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía.

3.5) Salud como derecho

Dado que el rol fundamental de los Trabajadores Sociales en los equipos de salud es construir una modalidad de trabajo que tenga por horizonte el respeto de los sujetos y la no vulnerabilidad de sus derechos, es que se considera relevante hablar de la salud como un derecho.

De acuerdo a la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la salud es un bien público esencial, y por lo tanto el Estado debe asegurarla a todos los habitantes del país y financiarla a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a toda la población. Estos conceptos expresan la legalidad existente. Pero la

ausencia de ciudadanía –por parte de numerosos sectores sociales– expresa los límites de esa legalidad (Spinelli, 2010).

La salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos, implica que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los medios económicos que disponga una persona para pagar los servicios (Tulio, 1998).

La Constitución de la OMS afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud abarca libertades y derechos.

- Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).
- Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

PARTE II: MARCO INSTITUCIONAL

Parte II: Marco institucional

Con el fin de alcanzar de manera integral lo planteado dentro de los objetivos, es indispensable caracterizar la institución en dónde se presentan los modelos de intervención del TS y su situación actual a fin de comprender las implicancias dentro del tema a investigar.

Si bien en la presente tesis se analizan los modelos dominantes de intervención del TS en el servicio de emergencias, las estrategias de intervención y la modalidad de trabajo con el resto de los profesionales de la salud; es preciso caracterizar a la institución como un todo.

4.1) Características del HIGA “Dr. Oscar Alende”

El Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA) se encuentra ubicado en la calle Juan B. Justo y 164, delimitado por las calles, Juan B, Justo, Estado de Israel, Tres Arroyos y Rodríguez Peña de la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón, 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 Pública de La Provincia de Buenos Aires.

La provincia de Buenos Aires se divide en 12 regiones sanitarias, y el HIGA “Dr. Oscar Alende” es cabecera de partido y hospital de referencia de la Región Sanitaria VIII, conformada por 16 partidos: Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

El HIGA “Dr. Oscar Alende” es el único de alta complejidad en la Zona Sanitaria VIII. Es, por lo tanto, la única instancia de atención gratuita de alta complejidad, en su zona de influencia.

Por su cualidad de hospital Interzonal General de Agudos (Nivel VIII – Perfil D), recibe derivaciones y consultas de instituciones de baja y mediana complejidad de la zona, así como la afluencia de numerosas consultas del área urbana y suburbana del Municipio de General Pueyrredón.

Está destinado a la atención de los usuarios mayores de 15 años y con padecimiento de enfermedad en estado agudo.

Sus objetivos constan en brindar asistencia en el momento agudo de su enfermedad (social y sanitaria) y en la formación profesional por medio de pasantías, residencias y concurrencias.

4.2) Servicio Social del HIGA: Estructura y Funciones

El Servicio Social se ubica en la planta baja del hospital, contando con dos oficinas. Una de ellas se ubica a la izquierda del hall de entrada; allí se atiende la demanda espontánea por ventanilla, se realizan las entrevistas programadas y seguimiento de casos de pacientes ambulatorios. Se realizan además interconsultas 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 (INAREPS, Centros de Salud, etc.), ya que en su interior dispone de cuatro compartimentos. La otra oficina es de uso privado para los profesionales, sin acceso al público.

Las áreas que cubre el Servicio Social son: Salud Mental, Cardiología, Neurología, Traumatología, Neumología, Oncología, Clínica Médica, Infectología,

Terapia Intermedia e Intensiva, Guardia (área de Emergencias), Cuidados Paliativos e Internación Domiciliaria. Existen dos programas para lo que es internación domiciliaria, uno para cuidados paliativos y otro denominado PRID, que es un convenio entre el municipio, la zona sanitaria VIII y el hospital.

La Jefa del Servicio Social, Lic. Gabriela Ré, agrega al respecto, que dada la falta de profesionales quedan áreas de importancia sin cubrir cómo son por ejemplo Nefrología, Hematología, entre otras.

Los TS son de planta y residentes, cada uno tiene asignado un servicio o varios en el turno vespertino; durante la tarde hay un sólo TS de guardia para todos los servicios. Cabe aclarar que está la guardia como servicio, a la cuál María José Ullúa está abocada, y la guardia general a la tarde; que si bien se denominan igual, la idea es que el profesional que esté de guardia, lo esté para cualquier situación que surja en ese período de horas de la tarde.

Son objetivos del Servicio Social del HIGA “Dr. Oscar Alende” según la Lic. Marta Martino (2010):

- 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.

Concordante con dichos objetivos son funciones del Servicio Social:

- Mediatizar los intereses de la institución, de los pacientes y de su grupo familiar.
- Participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas implementados en la institución.
- Coordinar las acciones intra e interinstitucionales.
- Gestionar y aplicar los recursos existentes.
- Formar parte de la red institucional de la comunidad.

4.3) Descripción de la estructura de la guardia

El servicio de emergencias del HIGA “Dr. Oscar Alende”, dispone de diez consultorios externos con las especialidades de: clínica médica, ortopedia y traumatología, ginecología y medicina general; un shockroom, con cuatro camas; el cuadrilátero, con ocho camillas; y dos habitaciones, cada una de ellas con seis camas; pero dada la elevada demanda es frecuente encontrar camas ubicadas en los pasillos. También se encuentra en el servicio de emergencias, la sala de yesos, procedimientos, un quirófano (que no funciona como tal, sino como habitación para pacientes aislados), dos baños, la pecera y la sala de médicos.

La sala de estar del servicio de emergencias cuenta con dos baños, y un destacamento policial.

Respecto de los recursos humanos, el servicio de emergencias del HIGA “Dr. Oscar Alende” cuenta con un médico generalista, cuatro de clínica médica, tres de cirugía, dos de ortopedia y traumatología, y uno de ginecología; los médicos son de planta y residentes. Las especialidades con guardia pasiva por su parte son: neurocirugía, oftalmología, cirugía vascular, infectología y neurología.

El servicio de enfermería dispone de 34 enfermeros, distribuidos en turnos de 8 horas. También cuenta el servicio de emergencias con personal de limpieza y vigilancia las 24 horas.

La guardia del HIGA está saturada, según la Lic. Gabriela Ré, porque el hospital es el único hospital de Mar del Plata que atiende a pacientes sin obra social, con obra social, por ejemplo ahora a PAMI con la poca cobertura que tiene, y además a pacientes de los 16 partidos que abarca la zona sanitaria VIII. Agrega además que se tiene una deuda pendiente con éstos partidos, porque un 70% de los pacientes que atiende el HIGA son de Mar del Plata, al no tener la ciudad un hospital intermedio, o al no funcionar adecuadamente la interrelación entre las salas de primer nivel, el CEMA y el hospital.

Otro de los motivos por los cuáles la guardia se encuentra satura, que alude la Lic. Gabriela Ré, es la falta de recursos para pacientes dados de alta, para aquellos pacientes crónicos que necesitan cuidados. Para ellos únicamente está el Hogar de Ancianos que recibe a partir de los 60; pero existe una franja etaria entre 40 y 60 años, es decir, de jóvenes envejecidos, que realmente no se tiene a dónde derivar, porque no hay ningún lugar en la ciudad.

4.4) Servicio Social en el Servicio de Emergencias

En este punto resulta relevante citar el proyecto denominado “Inserción del Servicio Social en el área de Emergencia del HIGA. Dr. Oscar Alende”, presentado en 2010 por las Licenciadas en Servicio Social: María José Ullúa y Marta Martino a la dirección del hospital.

El objetivo del proyecto fue que se establezca la permanencia de dos Trabajadoras Sociales en el área de emergencia, 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 requirió 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.

Cabe recalcar que actualmente el Servicio Social no dispone de oficina propia dentro del Servicio de Emergencias, lo cual constituye una barrera en el ejercicio profesional. Mientras que sólo hay un Trabajador Social asignado al área de emergencias en horario matutino; siendo la tarde y los días sábados cubiertos con profesionales de planta y residentes, pero dichas guardias, no son exclusivas, si no que el Trabajador Social está de guardia para todos los pisos.

El Servicio Social promueve 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”. Siendo objetivos específicos del mismo:

- 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.

Dentro de sus funciones se destacan:

- Evaluación diagnóstica social de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (cuadrilátero y shockroom) 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.

Por último es preciso mencionar los ejes de intervención del Servicio Social en el Servicio de emergencias; los mismos son:

- 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.

PARTE III: ASPECTOS METODOLÓGICOS

Aspectos metodológicos

La presente investigación utiliza una metodología cualitativa. La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos (Vasilachis, 2006).

Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural.

El proceso de investigación cualitativa supone: a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos, y c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios (Vasilachis, 2006).

La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor y Bodgan, 1987).

El tipo de diseño que se aborda en la investigación es exploratorio de corte cualitativo descriptivo. Entendiendo por investigación exploratoria aquella en la que el objetivo de la misma es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio (Sampieri, 1997).

El universo de la investigación lo constituye el Servicio Social del HIGA; mientras que la unidad de análisis serán los Trabajadores Sociales que intervienen en el

servicio de emergencias. Si bien hay un Trabajador Social asignado al servicio de emergencias del HIGA “Dr. Oscar Alende”, éste solo está en horario matutino; la tarde y los días sábados son cubiertos con profesionales de planta y residentes que aportan diferentes perspectivas de atención.

Los datos serán obtenidos mediante entrevistas a los distintos referentes, y por el análisis de documentos (historias clínicas, registros del Trabajador Social).

Se entrevistó un total de siete Trabajadoras Sociales del HIGA Dr. Oscar Alende, entre ellas, la Jefa del Servicio Social, la Trabajadora Social asignada al servicio de emergencias, y cinco Trabajadoras Sociales que realizan guardias generales, por lo tanto se ven afectadas al servicio de emergencias cuando finaliza el horario de trabajo de la Trabajadora Social asignada al mismo.

Según Grele (1990) citado por Alonso (1994) la entrevista de investigación es una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental (no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo) del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación.

El registro en Trabajo Social alude a las diversas modalidades a través de las cuales se documenta y comunica la actividad profesional. A través del registro se recupera la memoria del accionar profesional; se enumeran categorizan, relacionan e interpretan datos que posibilitan la reconstrucción del entramado de los hechos en los cuales se interviene (Pérez, 2011).

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis de datos

Para poder realizar una interpretación de los datos obtenidos, éstos se ordenaron de acuerdo a dimensiones que se determinaron teniendo en cuenta los objetivos propuestos a saber:

Objetivo general

- Identificar los modelos de intervención desde el cual interviene el Trabajador Social en el servicio de emergencias del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA).

Objetivos específicos

- Indagar las estrategias de intervención que implementa el Trabajador Social en el servicio de emergencias del HIGA.
- Analizar las matrices conceptuales que orientan la intervención de los Trabajadores Sociales en el servicio de emergencias.
- Conocer la modalidad de trabajo que el Trabajador Social realiza junto con el resto de los profesionales de la salud en la guardia de emergencias del HIGA.
- Describir las funciones del Trabajador Social en el servicio de emergencias del HIGA.

Un primer eje de análisis son las **estrategias de intervención**, el mismo está conformado por las formas que adquiere la demanda, las características del sujeto que demanda, el tipo de demanda y las estrategias y herramientas que implementa el trabajador social para dicho abordaje.

Es necesario destacar la modalidad de organización que adquiere el Servicio Social del Higa en el espacio de la guardia, como surge en la pág. 3 hay una trabajadora social asignada al área específica durante las horas de la mañana; toda

aquella situación que emerge por fuera de la franja horaria mencionada es abordada por el trabajador social que se encuentra de guardia en el Servicio Social.

A partir de ésta característica se establecen algunas diferencias que marcan la relevancia de estar asignada a un servicio específico y conocer a los actores de ese espacio, como así también la de sostener una rutina en la organización cotidiana.

“Formo parte del equipo de salud en la guardia, entonces la interconsulta no es escrita, como podría ser en una guardia pasiva, sino que estoy en el mismo lugar” (TS 3)

Los trabajadores sociales que acuden al momento de ser convocados por los diferentes actores de la guardia dejan en claro que la “DEMANDA” está sujeta a la observación que realizan fundamentalmente los médicos. Se observa que la demanda en éste espacio la realiza el profesional médico o enfermeras, a través de un llamado telefónico.

“Como yo no estoy inserta en ese servicio como parte del equipo, la demanda siempre me surge a través del médico o del enfermero... generalmente del médico” (TS 6)

“La interconsulta generalmente la hacen médicos o enfermería de la guardia, pero puede ser a veces que te llamen del SAE, alguien que percibió alguna situación que no debería darse” (TS 2)

Los médicos etiquetan como “sociales” a los pacientes con reiterados ingresos, y solicitan la intervención del trabajador social sin previa evaluación clínica, es decir, que toda persona con una problemática se constituye en caso social y al constituirse en tal no es observada.

“Suenan el teléfono y te dicen acá hay un caso, y no les importa si ya fue trabajado, no leyeron la historia” (TS 4)

“De la guardia te llaman por teléfono, te puede llamar la enfermera, te puede llamar la doctora... lo tachan, le ponen en la frente social, no lo

miran... alcohólico ¡tuc! social, llévenlo. A veces tienen criterio, a veces ni siquiera son evaluados” (TS 5)

Como surge en la pág. 5, el médico es quien decide si el paciente continúa o no internado en la guardia dependiendo de si se ha resuelto o no su situación de salud desde el aspecto biológico, no contemplando en dicha decisión si están dadas las condiciones de alta social. Por tanto, las demandas por las que se realiza interconsulta al trabajador social son aquellas dónde el sujeto que requiere la atención de su salud es definido por el médico como “paciente sociales”, es decir, personas en situación de calle, pacientes con enfermedad crónica con reingresos frecuentes, pacientes en listas o con consumo de otras drogas, pacientes sin familiar referente, ausencia de vivienda dónde regresar al momento del alta.

“Personas en situación de calle, personas que no se constata identidad, o que no pueden ser interrogables, personas mayores que están sin documentación y no recuerdan algunas cuestiones” (TS 2)

“El paciente en situación de calle, lo que ellos llaman enolista crónico, paciente con enfermedad crónica con reingresos frecuentes por problemas de adhesión al tratamiento, paciente politraumatizado NN, que no está identificado” (TS 3)

“Los pacientes que ellos (médicos) denominan social, que nosotros no denominamos social, sino que es un paciente con una enfermedad crónica, un paciente abandonado, un paciente que llega a lo mejor sin ningún dato porque lo trajeron de la calle, o están mal tomados los datos, y cuando uno empieza a investigar (...) te das cuenta que tiene familia, que tiene PAMI, que tiene dónde vivir” (TS 7)

En el espacio de guardia queda a merced de la observación del médico el sujeto con el que interviene el trabajador social; excepto en el horario matutino, ya que el servicio de guardia cuenta con una trabajadora social asignada al mismo durante dicha franja horario. Las entrevistadas expresaron que son sujetos diversos,

hombres, mayores de 30 años, con o sin obra social, desvinculados de su red familiar, sin empleo estable, con alguna adicción (generalmente alcohol), con reingresos frecuentes.

“Podríamos decir que la mayoría son hombres, adultos, pero son: con o sin obra social. Si hablamos de personas en situación de calle, podemos decir que son adultos, mayores de 35 años, generalmente con alguna adicción, más relacionada a lo que es el alcohol (...) que no han podido por sus condiciones materiales tener una relación con sus familias” (TS 2)

“Podríamos hablar que son varones (persona en situación de calle), mayores de 30 años, hablando un promedio, entre 30 y 60 años, desvinculados de su red familiar, con un aspecto laboral, o bien desocupado o bien de trabajo informal, muchas veces desprovistos de todo tipo de documentación personal, ligado al uso de sustancias” (TS 3)

Se observa que quien demanda es el profesional médico, porque el sujeto tiene naturalizadas las situaciones planteadas con anterioridad; pero no todas las entrevistadas concordaron con ello, algunas entrevistadas expresan que los sujetos demandan desde los quince años, y que son tanto mujeres como hombres.

“Perfil a grandes rasgos que son adultos, de más de quince y que no tienen obra social. Hay tantos varones como mujeres” (TS 1)

Respecto a las estrategias utilizadas por el trabajador social para dicha intervención, se vislumbra que no existe una única estrategia, sino que la misma está dada por la modalidad de cada trabajador social, y por los objetivos propuestos ante cada situación.

La modalidad de trabajo en general consiste en entrevistar al paciente y su familia, dialogar con los diferentes profesionales de la salud intervinientes, realizar una lectura comprensiva de la historia clínica, y en caso de continuar la intervención

una vez que el paciente es dado de alta en el servicio de guardia, continuar su seguimiento por consultorio externo.

“Lo que más me gusta es la entrevista con el paciente, y luego, si él no puede, voy al familiar, y si el familiar no está, directamente a la historia clínica. Luego para interiorizarme del caso dialogo con el médico, para saber qué plan hay, si corresponde que se interne se sigue en el piso. El médico explica que hay, que riesgo de vida tiene, que no, y si necesita seguimiento clínico o por consultorio externo” (TS 1)

“En mi caso particular con pacientes que se llamaría crónico, trabajar el seguimiento de lo que llamamos ambulatorio. El paciente hizo la consulta en guardia, estuvo internado, vuelve a su casa y nosotros poder seguirlo, entonces aprovechamos el turno médico para rever y evaluar estas cuestiones que hacen a su contexto social, que a veces es el que está incidiendo en la patología” (TS 3)

Como se expresa en la pág. 6 el desafío de la intervención del trabajador social es incorporarse a un dispositivo donde siempre ha reinado la hegemonía médica; y si bien es cierto que muchos "declaman" estar abiertos a un punto de vista que supone a la "salud como bienestar físico, psicológico y social", son muy pocos los que han desarrollado enfoques específicos que hagan de esta mirada de la salud algo más que un mero slogan.

Por tanto, las estrategias son utilizadas en primera instancia para constatar que los pacientes hayan accedido correctamente a la atención de su salud, que los médicos intervinientes escriban en las historias clínicas. Debido a que se solicita la intervención del trabajador social para el egreso del paciente, pero el mismo aún no ha sido evaluado clínicamente, estigmatizándolo por sus reiterados ingresos.

“Al principio nosotros tenemos como el rol asignado y también asumido en esto de ver si el paciente accedió correctamente a la atención de guardia,

sobre todo en los pacientes en situación de calle, o los pacientes que son percibidos como sociales para ellos, que tiene el estigma negativo” (TS 2)

Otra de las entrevistadas no puntualiza una estrategia, para ella siempre la intervención es un acto creativo, sustentado desde la teoría. Esto se encuentra relacionado con lo expresado anteriormente; no hay una única estrategia, dependen de la modalidad de trabajo y de los objetivos planteados en cada situación.

“Una de las estrategias más grandes que tenemos es la imaginación de pensar qué hacemos con este paciente, y cuando digo imaginación no es que uno lo saca de la galera y se olvida de la teoría; es la teoría la que nos hace pensar y poder imaginar cosas que sean superadoras para esa persona” (TS 7)

Se observa en el servicio de emergencias del hospital, que las trabajadoras sociales utilizan todas las herramientas de la profesión en la intervención profesional dependiendo de cada situación particular; siendo de uso más frecuente en una primera instancia: la lectura de los registros escritos (historias clínicas), entrevista al médico tratante y posteriormente al paciente y su familia.

“Utilizo todas las herramientas de la profesión, las entrevistas, las encuestas, las interconsultas, las interconexiones con otras instituciones, recursos” (TS 1)

“En general la entrevista como instrumento básico, y la observación del documento de diálogo básico entre las disciplinas, que es la historia clínica, como de la situación del paciente. El informe también si corresponde. Básicamente creo que todos usamos todo, depende de la situación en particular” (TS 2)

“La entrevista, la realización del informe, el registro, la sistematización en la historia clínica, la lectura documental y la historia de vida” (TS 3)

“Todas, nosotros hablamos de los aportes táctico-operativos, siguiendo en consecuencia con el paradigma que tenemos. Digamos lo vemos como parte de las estrategias de abordaje, entonces mientras vos haces una

entrevista estas observando. La entrevista domiciliaria también es importante, aunque sea en un caso de un servicio de emergencias” (TS 2)

“La entrevista con el paciente lo primero... bueno no, depende el caso... a veces miras la historia clínica para ver por qué ingresó, hablas con el paciente. Después, de acuerdo a por qué haya ingresado y cómo esté, la entrevista se direcciona. Ver en esa entrevista datos que puedan servir de red, primaria, secundaria, lo que sea. Las visitas domiciliarias son necesarias” (TS 5)

También se considera relevante registrar todo lo actuado en las historias clínicas, ya que es el instrumento de diálogo entre las disciplinas; es responsabilidad de todos los profesionales de la salud la sistematización en dichos registros escritos. Además la realización de informes y visitas domiciliarias son de uso frecuente para el trabajador social.

“La entrevista y el informe, pero en general lo primero la entrevista (...) Es importante que todo el trabajo que nosotros hagamos lo registremos en la historia clínica, no en un registro nuestro interno, que lo tengamos en nuestro servicio. Tiene que estar en su historia clínica, porque es su historia (...) Nosotros nos quejamos ¡ay el médico no escribe!, y nosotros tampoco lo hacemos, por el tiempo... Es una autocrítica, por eso exijo mucho a los residentes que escriban en la historia clínica” (TS 4)

Otro eje a analizar es la **modalidad de trabajo**; el mismo se conforma por las siguientes dimensiones: actores con los que se interviene, formas de vincularse, trabajo en equipo, espacio asignado al Servicio Social en el sector de urgencias, realización de interconsultas a otras profesiones por parte del trabajador social y pertinencia de las interconsultas.

Como surge en la pág. 44 la OMS define al equipo de salud como asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un

objetivo común que es proveer en cualquier ámbito a los individuos y familias la atención más integral posibles.

Trabajar en equipo dentro del servicio de emergencia es una tarea difícil, ya que el personal médico rota cada tres meses, y si bien en la guardia como servicio se encuentra la Lic. Ullúa asignada, esto es sólo en horario matutino, durante la tarde hay un sólo trabajador social de guardia para todos los servicios, que intervendrá ante cualquier situación que surja en ese período.

Las entrevistadas expresan que no existe trabajo en equipo y coinciden en que la urgencia es un gran obstáculo a la hora de llevarlo a cabo, así como la rotación del personal de la salud, lo cual hace que a la hora de intervenir, cada uno lo haga desde su disciplina.

“Yo creo que no existe el trabajo en equipo en el servicio de urgencias (...)

Yo voy lo evalúo, le cuento al otro lo que vi y me fui, o le digo hay que esperar tal cosa, si tengo más relación con un médico que con otro, con un enfermero que con otro, establezco una pequeña estrategia mínima para esa situación, pero no podría considerar que hay un equipo” (TS 2)

“Es muy difícil trabajar en la guardia, porque cada guardia tiene personas diferentes, y el trabajador social es uno, entonces todos los días te vas encontrando con vínculos diferentes, con personas que piensan diferente”

(TS 7)

Lo enunciado anteriormente, como se expresa en la pág. 45, se debe a que la organización administrativa de las instituciones públicas responden a las lógicas tayloristas (separación y jerarquización), entonces encontramos división en departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones (Departamento de Servicio Social, de Psicología, Médico, etc), lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación.

Como ya se ha podido visualizar en el anterior eje de análisis, aquí también marca una diferencia crucial el hecho de formar parte del servicio; se observa que quién forma parte del mismo, define como imprescindible el trabajo en equipo y advierte que a pesar del imperio del MMH, el mismo se logra.

“El trabajo en equipo es imprescindible en la guardia. Quizás la triada es enfermería, clínica y nosotros, que somos quienes tenemos presencia continua. Por ahí otras especialidades van y vienen por guardia y específicamente a evaluar a un paciente por el que se los llama. Cuesta... el modelo médico es muy fuerte. Lo hemos logrado, pero siempre hay una resistencia cuando se trata de seguir sosteniendo una internación de un paciente que clínicamente ya estaría de alta” (TS 3)

En el espacio de emergencias del HIGA 'Dr. Oscar Alende', el Servicio Social no cuenta con un lugar físico propio, lo que dificulta el accionar del trabajador social. El ámbito de la guardia no es propicio para la realización de las entrevistas, en él no puede respetarse la privacidad del paciente y las entrevistas deben realizarse en las habitaciones o en el cuadrilátero donde hay más pacientes internados, y por donde circula gente constantemente. Ante esta situación las entrevistas a los familiares u otros referentes de los pacientes se realizan en la oficina de Servicio Social que se encuentra en el hall del hospital.

“En la guardia, donde puedas. En lugares que no están aptos para tener entrevistas. Esto del encuadre que estudiamos en el hospital en general es difícil encontrarlo, y en la guardia es como algo impensado. Debería haber un consultorio para los pacientes que se pueden movilizar. Es como tratar de armar algo pequeño de respeto al otro, por eso es muy importante qué voy a entrevistar, qué es lo que voy a preguntar. Porque a veces también se preguntan boludeces que no van con la entrevista y re victimizas a la persona todo el tiempo” (TS 2)

“Las entrevistas se realizan con la persona si o si en un lugar compartido con otros, no hay un espacio individual, ni siquiera yo tengo una oficina, comparto la sala de médicos que es un espacio muy reducido donde entra y sale gente constantemente. Las entrevistas por eso, a los familiares, la hago en la oficina, para hablar de cuestiones más privadas, y con el paciente generalmente en cuestiones que son de mucha privacidad prefiero seguirlos en otro momento en una consulta ambulatoria en un espacio privado, porque la verdad es que no hay privacidad” (TS 3)

“Si el paciente se puede movilizar acá, en el espacio del servicio social. Si no se puede, en el espacio en dónde esté. Pero si hay posibilidad de movilizarlo aunque sea mínima, yo acá. O en alguno de los consultorios externos, si hay sillas, si el espacio lo permite. Si hay un paciente que no se puede movilizar bajo ningún punto significa que no va a poder ser dado de alta en ese contexto básicamente. Y si no va a ser dado de alta, yo no lo voy a entrevistar porque significa que va a seguir estando en el hospital” (TS 6)

“Las entrevistas se realizan en la guardia, que no hay un espacio físico para el trabajador social, y que nunca se consiguió. Está bien que la guardia es un lugar muy acotado, y no todos tienen un lugar para hacer entrevistas, pero también nunca se consideró la posibilidad de la importancia del servicio social en la guardia como para hacerle un lugar. Las entrevistas que le haces al paciente se las haces al lado de la cama, y las que haces a los familiares en el servicio” (TS 7)

Existe un proyecto, citado en pág. 55 que expresa que 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, es imprescindible.

Se observa en las subjetividades de las trabajadoras sociales que conforman el Servicio Social que el modelo dominante en el área estudiada es el MMH; lo cual

implica que las interconsultas sean realizadas por médicos bajo sus criterios. Se considera que dicha demanda se realiza sin evaluar clínicamente a los pacientes con ingresos reiterados, en ocasiones no escribiendo en su historia clínica o directamente sin abrirles historias clínicas. Según las trabajadoras sociales, se solicita la externación del paciente cuando aún no se ha garantizado el acceso a su atención.

“Yo de hecho ayer fui a ver un paciente y tenía un papelito nada más, no le habían abierto historia y querían que se vaya. Los apuras desde lo legal, pero en realidad es para asegurarte que al paciente lo vean” (TS 2)

“El paciente, la persona que ingresa, traída de la calle (...) a mí me costó mucho que evaluaran a esa persona, porque generalmente lo que se hacía era llamarnos, porque había un social, no tenía historia clínica... entonces la dimensión de la evaluación es médica es fundamental, que tenga registro en la historia clínica, que estén sus datos completos, todo lo que hace a la formalidad del hecho de que una persona este internada” (TS 3)

“Estigmatizan a la gente por la recurrencia, por el estado en que se encuentra, entonces ahí determinan, paciente social. La estigmatización es el diagnóstico” (TS 4)

“(...) se solicita una intervención como si fuera una única disciplina la que debería intervenir, y no desde un equipo” (TS 6)

Como surge en la pág. 3 teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos la modalidad de intervención del trabajador social en la guardia se realiza a través de la interconsulta de otro miembro del equipo de salud, resulta central tener presente que en muchos casos el motivo de consulta no coincide con el motivo que da lugar a la posterior intervención. Susana Cazzaniga (2001a) expresa que vista de esta manera, la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social.

Se observa al respecto que los médicos desconocen cuál es la función del trabajador social; solicitando su intervención cuando surgen situaciones de carácter asistencial únicamente.

“Las interconsultas son muy graciosas, ellos creen que uno es como una Dama Rosada, no entienden. Te pueden pedir cualquier cosa. Las interconsultas solamente las hacen para sacárselo de encima al paciente, ese es mi punto de vista” (TS 5)

“En general toda cosa que no se sabe, va a parar al servicio social. Entonces está en nosotros desde la profesión poder poner los límites. Muchas veces las consultas son pertinentes y muchas veces son impertinentes” (TS 7)

Por otra parte, se vislumbra preocupación de los trabajadores sociales que forman parte del servicio social respecto de ésta situación de desconocimiento para con el rol de los mismos, y se sostiene que se debe trabajar diariamente, con permanencia en el servicio para que el otro comprenda cuál es su función y su rol.

“Hay mucho desconocimiento del médico hacia el trabajo nuestro, hay confusiones, a cerca de nuestro perfil disciplinar, entonces cambia cuando uno está trabajando en el lugar con ellos, y te ven trabajando, cuál es tu objetivo, hasta te escuchan en una entrevista” (TS 3)

“Cada vez se va aceitando más, no son tan ajenas las interconsultas. El trabajo en equipo se construye y ellos van entendiendo cual es la función y el objetivo del trabajador social. No podría decir que no son pertinentes en un todo, me parece que falta aceitar el trabajo en conjunto, para que todos podamos entender el rol del otro. No todas, pero gran parte si, son pertinentes” (TS 6)

Al respecto es interesante resaltar que la demanda proviene de los sujetos que acuden a las instituciones, los organismos, etcétera. Pero también la demanda es generada desde las instituciones, la agenda de políticas públicas, los medios de

comunicación, etcétera. En definitiva, de la visión de problema social que una sociedad tiene.

Una de las trabajadoras sociales entrevistadas más allá de expresar que a veces son pertinentes las interconsultas y otras veces no, reflexiona sobre la interconsulta escrita cuando uno forma del servicio. La misma sostiene que no debería existir si uno forma parte del servicio, ya que debe tener presencia en el mismo, y de ese modo, la interconsulta sería de modo verbal. Surge aquí la importancia del trabajo en equipo e interdisciplinario en el servicio de emergencias.

“Algunas si y otras no, el tema es que, a mí me parece que es necesario que exista la interconsulta, también es importante replantearse o problematizarse si debería haber interconsultas (escritas) en un servicio en el que uno forma parte” (TS 2)

Si bien las interconsultas al trabajador social por parte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras) son frecuentes en el espacio de urgencias, suscitan opiniones encontradas respecto a si el trabajador social puede o no, realizar interconsultas a otras especialidades cuando considera que un paciente no ha accedido correctamente a la atención de su salud.

En el espacio de guardia no existe la interconsulta escrita a otra especialidad, sino que se realiza de modo informal; se dialoga con los médicos intervinientes para que atiendan al paciente de un modo integral o se realiza implícitamente escribiendo en la historia clínica lo que el paciente refiere en relación a determinada dolencia, para que de ese modo, el médico al leerlo revea su atención. Éstas son las estrategias que implementa el trabajador social para lograr que las personas reciban la atención adecuada, para garantizar el acceso al derecho a la salud.

“Lo charlo con los médicos porque no existe esa vía de hacer una interconsulta solicitando revisión. Hago una sugerencia informal para no herir susceptibilidades” (TS 1)

“Se discute. Hay cuestiones que no podemos discutir porque no tenemos formación y somos otro saber, pero yo diría que podemos discutir en cuanto a cuestiones de evaluar al paciente y por ahí evaluar que tiene que ser visto por salud mental, esas interconsultas las podes hacer vos, pero yo no puedo hacer una interconsulta al traumatólogo” (TS 2)

“En general, lo que se exige en la guardia es que se le hagan los estudios que necesita y que el médico, basado en eso escriba en la historia clínica que el paciente está en perfectas condiciones, que está de alta. Lo que hago por ahí, es escribir que el paciente expresa seguir teniendo tal dolor, y tal vez, sea la manera de exigir que se lo siga estudiando. Ellos ven escrito eso, y no se animan a no hacérselo” (TS 5)

Mientras que algunas trabajadoras sociales expresan que realizan interconsultas a otras especialidades, ya que se trata de que el paciente acceda a su derecho de atención de la salud.

“Sí, porque se trata de que la persona acceda como parte de sus derechos a una atención de salud” (TS 3)

Otro eje de análisis son las **matrices conceptuales**, el mismo se conforma teniendo en cuenta cómo definen el servicio de urgencias, qué les significa intervenir en el campo de la salud, y cuál sería su ideal del servicio de urgencias.

Con respecto a la definición del servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad, se hace alusión a que es la puerta de entrada al sistema de salud. Los pacientes concurren por demanda espontánea, o son traídos por la ambulancia, por ejemplo cuando hay un accidente en la vía pública. En teoría debe atender eventos de salud agudos que requieren atención inmediata, ya que es un servicio de emergencia y trauma.

“Es el servicio que se dedica a la urgencia, llamado como aquel evento que puede ser un trauma, un accidente o evento agudo de una patología que requiere atención inmediata” (TS 2)

“El servicio de emergencias de un hospital de alta complejidad, debería ser el servicio por el que ingresaran realmente situaciones de extrema gravedad, que pudieran ser solucionadas en este nivel. Este es un hospital de alta complejidad y de trauma, entonces cualquier accidente, cualquier cosa de salud que pase y a vos te pase en la calle, vos el primer lugar por el que sí o sí vas a pasar es el hospital, después te podrán derivar a dónde vos quieras, pero el primer lugar dónde tiene que traerte la ambulancia es el hospital” (TS 7)

Se observa además como relevante la situación de saturación actual de la guardia. Situación a la que se llega por ser el HIGA, hospital de referencia de la Región Sanitaria VIII, y no contar la ciudad de Mar del Plata con un hospital de mediana complejidad, sumado esto a que las salas barriales muchas veces no cuentan con recursos materiales y humanos para dar una atención adecuada, por lo que los pacientes terminan concurriendo al HIGA, saturando de éste modo el servicio de emergencias.

“Es la entrada a la salud en una urgencia. ¿Cómo lo defino en este hospital? Un caos. Como también a veces los sistemas de salud no dan respuesta, las salas por ejemplo... acá entran y salen con una atención, con una respuesta, se hacen los análisis, los estudios” (TS 4)

“Si ingresaran solamente lo que es de agudos, sería otra cosa la guardia también. Al no tener en Mar del Plata un hospital de mediana complejidad, que pueda tener internación, todo, entra acá... y todo lo que es urgente, o sea de shockroom, accidentados o cualquier enfermedad que tenga una crisis aguda... hace que la guardia explote” (TS 5)

Por su parte, la trabajadora social asignada al servicio de guardia, da una definición teórica y práctica de la misma; esto es posible por los beneficios que conlleva el hecho de formar parte del servicio, dando una visión global del mismo.

“Tiene una definición en teoría, es un servicio de emergencia y trauma, donde el perfil del paciente es justamente toda patología aguda, que tiene que ver desde lo que es accidente en vía pública, hasta el evento cardíaco, y también incluye en este hospital la de Salud Mental, porque generalmente el médico de guardia evalúa en la guardia, no es que el paciente ingresa a la guardia de Salud Mental. Pasa en éste hospital en particular que el servicio de emergencias, atiende también patología crónica o no relevante que por ahí, no coincidiría con lo que en definición es el servicio de emergencia y trauma. Conviven las dos situaciones” (TS 3)

Respecto a qué significa para las trabajadoras sociales que conforman el Servicio Social intervenir en el campo de la salud, muchas lo relacionan con trabajar en el PSEA. Como surge en la pág. 15, el PSEA es un conjunto de representaciones, saberes y prácticas que generan los grupos sociales para entender, explicar, enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos (Menéndez, 1994).

La respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/o padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

“Nosotros estamos atravesados por diferentes políticas, somos llamados a ejecutar diferentes políticas públicas que en otros campos; pero el sujeto es el mismo, con las mismas condiciones materiales de existencia, pero nuestra mirada está puesta en su PSEA” (TS 2)

*“Intervenir en el campo de la salud es favorecer el PSEA, movilizar los recursos necesarios para que ese proceso sea más corto y más eficiente”
(TS 3)*

Se observa a su vez, respecto de qué significa para las entrevistadas intervenir en el campo de la salud, que hablan de cómo un evento de salud modifica la vida del paciente. Como surge en la pág. 15, aun cuando ésta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables, que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales.

“Personalmente sería que se comprenda la situación, muchas veces porque hay secuelas de alguna patología, integrar una situación que le viene impuesta, que es juzgada como desfavorable y que tienen que integrarla para seguir viviendo” (TS 1)

“Yo intervengo en la salud, viéndolo como un todo, en forma holística, no sólo es una patología, sino es un todo, y cómo afecta un diagnóstico en la vida de una persona” (TS 4)

“Para mí es fundamental intervenir en el campo de la salud, no concibo que en determinadas problemáticas sociales nosotros no intervengamos. Creo que es como un eslabón fundamental en lo que es el hospital público. Lo social atraviesa la cotidianeidad de la vida de las personas. Porque un paciente que socialmente le cambia toda su vida, toda su situación, no hace adherencia a los tratamientos, falla, falla la medicación, hay una cadena de frustraciones que hace que no se pueda trabajar de otro modo que no sea interdisciplinariamente” (TS 7)

Mientras que una de ellas, hace referencia a que intervenir en la salud es garantizar el derecho al acceso a la salud, no sólo cuando el paciente está internado, sino también una vez que el mismo egresa. Como surge en la pág. 47, la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos, implica que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los medios económicos que disponga una persona para pagar los servicios. Cumplir con dicho derecho se ve dificultado porque la guardia del HIGA se encuentra saturada.

Como se expresa en la pág. 54, la guardia del HIGA está saturada, según la Lic. Gabriela Ré, porque es el único hospital de Mar del Plata que atiende a pacientes con y sin obra social, y a pacientes de los 16 partidos que abarca la zona sanitaria VIII. Un 70% de los pacientes que atiende el HIGA son de Mar del Plata, al no tener la ciudad un hospital intermedio, o al no funcionar adecuadamente la interrelación entre las salas de primer nivel, el CEMA y el hospital. Sumado esto a la falta de recursos para pacientes dados de alta, pacientes crónicos que necesitan cuidados.

“En este momento político del hospital, y en éste momento donde el derecho a salud está en cuanto a la política pública, amenazado, nosotros en lo que estamos focalizando la intervención es en garantizar el derecho al acceso a la salud, en garantizar la continuidad del tratamiento, en viabilizar todos los medios necesarios para que la persona pueda si o si, transitar su internación en el hospital accediendo a todo lo necesario, y sobre todo la articulación una vez que se va para que eso quede garantizado” (TS 6)

Respecto a cómo imaginan la organización ideal del servicio de urgencias, en su mayoría las trabajadoras sociales hablan de la importancia de trabajar en equipo, de que sea posible el arribo de las situaciones a través de la interdisciplina, contando

con guardias de trabajadores sociales las 24 horas, dónde exista un pase formal, un relevo de lo trabajado entre uno y otro trabajador social.

La interdisciplina se considera central; para ello son necesarios espacios no sólo de tiempo, sino también físicos; cuestión que ya se arribó anteriormente porque el Servicio Social no dispone de espacio físico en el sector de urgencias.

Como se plantea en la pág. 47, la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes y creativas.

“Con espacios de tiempo y físicos para poder charlar, porque si te pones ahí a charlar algo, te tocan la puerta y llega la ambulancia. Que la interdisciplina se tenga en cuenta, que se tenga en cuenta la mirada de todos. Porque de hecho me hago cargo que yo no sé bien la mirada de todos” (TS 1)

“Con un equipo que todos los días se reúna. Tendría que no faltar nada, y trabajar ahí con un buen equipo administrativo, porque se necesita para la toma de datos y actualización; enfermería, médico y trabajador social; para conocer al paciente que ingresa en el primer momento, y dar una respuesta, que evitaría muchísimas internaciones. Bueno, y un lugar que sea digno, la guardia del hospital no me parece digna, ni digna para el paciente, ni para el personal, ni para los familiares. Ojala algún día se dé” (TS 4)

Un obstáculo para lograr éste ideal planteado lo impone, el MMH predominante en el servicio de urgencias, modelo cuyo rasgo estructural dominante es el

biologicismo. El aprendizaje se hace a través de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos.

Como surge en la pág. 17, en la actualidad se atraviesa un período de transición en el cual si bien es cierto que muchos "declaman" estar abiertos a un punto de vista que supone a la "Salud como bienestar físico, psicológico y social", son muy pocos los que han desarrollado enfoques específicos que hagan de esta mirada de la salud algo más que un mero slogan.

“En un hospital donde predomina lo médico a veces es muy difícil abordar esto desde los distintos espacios; el médico decide y te busca cuando las cosas se le complican, en vez de trabajar desde el principio juntos” (TS 7)

Se observa que es de vital importancia que el personal de Servicio Social asignado al servicio de urgencias tenga una formación específica en el mismo. Condición que haría un trabajo más efectivo.

“Me parece que los trabajadores sociales que estamos asignado a otro servicio, mi recomendación sería que no hicieran la guardia, que la guardia tuviera trabajadores sociales asignados a ese servicio. Que sea más de uno, para que siempre haya alguien (...) Tendría que estar especializado en lo que es la atención del paciente crítico. Y por ahí en lo que tiene que ver con la contención del paciente y su familia” (TS 2)

“Debería haber un espacio, un poco más consolidado de trabajo adentro del equipo, tendría que estar articulado con los pisos también, a veces se hace el pase, pero no da continuidad a la intervención (...) Y los trabajadores sociales de la guardia deberían estar formados específicamente en lo que es un espacio como la guardia, la lógica, la dinámica que tiene, no es lo mismo intervenir en ese espacio, la manera de pensar la intervención cambia, porque los tiempos son otros” (TS 6)

Se observa que las situaciones problemáticas en el espacio de urgencias no pueden encararse de la manera adecuada ya que las condiciones laborales no son

óptimas, teniendo en la práctica diaria que improvisar buscando soluciones alternativas que no resuelven el problema base, es decir, no se puede llegar a los desencadenantes del problema. No se puede abarcar el problema desde un enfoque interdisciplinario como ya se expresó con anterioridad.

“No es la situación laboral como para poder tener un espacio de equipo para poder planificar cuestiones que hagan a mejorar el sistema de atención en la guardia, no, la verdad que no, parece que nunca llegará ese momento, porque se está todo el tiempo apagando incendios” (TS 3)

El último eje de análisis es el relacionado con las **funciones** que ejerce el trabajador social en el servicio de emergencias. Este eje no fue interrogado específicamente, pero sí en forma indirecta, y a través de las preguntas formuladas se infieren las funciones.

Como ya se expresó anteriormente, el trabajador social en el servicio de emergencias toma contacto con los pacientes por interconsulta derivada de un miembro del equipo de salud (médico o enfermera) o por relevo de sala. En una primera instancia es función del mismo, como surge en pág. 56, la evaluación diagnóstica social de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia y recibimiento de interconsultas por los pacientes de consultorio externo de emergencia.

“En el servicio de urgencias el trabajador social toma contacto con los pacientes que ingresan, sobre todo por derivación. La principal función del trabajador social de la guardia es conocer la situación del paciente, conocer su grupo familiar, conocer con que red cuenta, y ver si se lo puede egresar estando en la guardia con un cuidado por consultorio externo, si necesita una internación, y seguirá siendo trabajado por otro trabajador social” (TS 7)

“Se realiza una evaluación preliminar, que nos deje poder obtener los datos de esa persona, y luego cuál es la situación socio ambiental en la que vive. Si son casos dónde ya van a requerir una intervención nuestra, (...) ahí ya es una evaluación un poco más profunda” (TS 3)

Una vez realizada dicha evaluación diagnóstica, como surge en pág. 56, se deben aplicar los recursos disponibles según las necesidades sociales que se puedan derivar de la atención en el servicio de emergencia tanto para los pacientes como sus familiares y/o allegados.

“Intervenir en el campo de la salud es favorecer el PSEA, movilizar los recursos necesarios para que ese proceso sea más corto y más eficiente desde el punto de vista de un logro, del reintegro de la salud en la persona, y en su situación ambiental, familiar” (TS 3)

Otra función del trabajador social es estudiar los factores y problemas sociales en relación con las atenciones de emergencia tales como violencia de género y urbana, intentos de suicidio, etc.; aquí se observa, al igual que en otros ejes de análisis, una diferencia entre quién forma parte del servicio de emergencias y quiénes sólo realizan guardias en el horario de tarde.

La trabajadora social asignada al servicio de emergencias expresa que desde la creación de la oficina de derechos humanos, lo que es violencia, rata de personas, abortos no punibles, etc. se trabaja en conjunto con la trabajadora social que forma parte del equipo interdisciplinario que cuenta dicha oficina.

“Si bien cuando comienza la oficina de derechos humanos lo que es violencia de género, trata de personas, aborto no punible, abusos, sería de su competencia, en realidad lo trabajamos en conjunto porque ellos tienen una trabajadora social y entre las dos acordamos bueno... no someter a la persona a que dos personas tengan que entrevistarla, entonces por ahí hacemos el seguimiento, nos combinamos nosotras” (TS 3)

Mientras que el resto de las trabajadoras sociales, expresan no ser convocadas para intervenir en dichas situaciones de violencia desde que el hospital cuenta con la oficina de derechos humanos.

“Antes, como yo hace bastante que estoy, vos atendías otras cosas también (en el servicio de guardia), lo que era violencia, violencia de género; eso ahora no nos llaman porque está el equipo de derechos humanos” (TS 2)

Es también función del trabajador social dentro del servicio de emergencias la contención emocional, acompañamiento, información, y asesoramiento a los pacientes y sus familiares y/o allegados; se observa que el trabajador social es un nexo entre el paciente y su familia con los médicos, ya que en ocasiones no se les explica o no logran comprender determinadas indicaciones emanadas por éstos.

“Una intervención de un gran trauma, vos imagináte que toda una familia queda desubicada en tiempo y espacio, entonces es contener a la familia, porque de ahí vos sabes que entran, no saben cómo entran, son situaciones dramáticas y tenes que estar con la familia... a veces el médico no informa tanto, la familia no entiende algunas cosas, y en ese caso por ahí, no es que vos seas la vocera de... sino que vos veas a la familia para tratar de calmar, o ver qué trabajar. Y después trabajar con el paciente porque también queda asustado” (TS 5)

Como ya se expresó en pág. anteriores, las entrevistadas expresan al respecto que los trabajadores sociales que intervienen en el servicio de emergencias deberían tener una formación específica en lo que es la contención del paciente crítico y el acompañamiento a sus familias, ya que difiere el trabajo que se realiza en los diferentes servicios del nosocomio del que se realiza en el servicio de emergencias.

“Tiene que ser alguien formado en lo que es atención de pacientes críticos. Y pensando también que muchos fallecen en la guardia, entonces tiene que estar preparado para la contención de esa familia, en esa situación” (TS 2)

"Y los trabajadores sociales de la guardia deberían estar formados específicamente en lo que es un espacio como la guardia, la lógica, la dinámica que tiene, no es lo mismo intervenir en ese espacio, la manera de pensar la intervención cambia, porque los tiempos son otros" (TS 6)

Es preciso mencionar que dentro de las funciones principales del trabajador social se encuentra ver si el paciente accedió correctamente a la atención de su salud. Se observa que la intervención se focaliza en garantizar el acceso a la salud de aquella población que accede al servicio de guardia, ya que en muchas ocasiones los médicos derivan los pacientes al servicio social sin haber realizado una atención adecuada, estigmatizando a los pacientes por sus ingresos reiterados.

"Al principio nosotros tenemos como el rol asignado y también asumido en esto de ver si el paciente accedió correctamente a la atención de guardia, sobre todo en los pacientes en situación de calle, o los pacientes que son percibidos como sociales para ellos. Es medio como de vigilancia y control, pero hay que buscarle la parte copada de eso y enmascararlos en una restitución de derechos. Hablar con los miembros del equipo de salud y programar mínimamente la externación de ese paciente, y ver si es posible articular alguna cuestión de seguimiento, si es necesario" (TS 2)

"En este momento político del hospital, y en éste momento donde el derecho a salud está en cuanto a la política pública, amenazado, nosotros en lo que estamos focalizando la intervención es en garantizar el derecho al acceso a la salud, en garantizar la continuidad del tratamiento, en viabilizar todos los medios necesarios para que la persona pueda si o si, transitar su internación en el hospital accediendo a todo lo necesario, y sobre todo la articulación una vez que se va para que eso quede garantizado" (TS 6)

Continuando con el análisis, el trabajador social se encarga de 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. Al respecto se

observa, como surge en la pág. 4, que en la guardia del HIGA, se genera una situación problemática cuando determinados sujetos no poseen criterio de internación desde el aspecto biológico, sujetos que no tienen dadas las condiciones sociales que aseguren el cuidado de su salud y que lo exponen a situación de fragilidad y en ocasiones de riesgo en el empeoramiento en el proceso de la salud. Ante dichas situaciones, se continúa con la internación de las personas que clínicamente están de alta, pero no desde un aspecto social. Se vislumbra que cuesta mantener esas internaciones por imperar en el servicio de emergencias, y en el hospital en general lo que se conoce como MMH.

“Siempre hay una resistencia cuando se trata de seguir sosteniendo una internación de un paciente que clínicamente ya estaría de alta. Se respeta, pero el objetivo sería que podríamos acordarlo todos desde la misma ética y misión como sector público. Pero cuesta la integralidad, la mirada, es un desafío diario” (TS 3)

“Como servicio social, puedes tener un paciente por su vulnerabilidad, por un caso extremo, porque evalúas que no puede volver a dónde estaba” (TS 5)

Por último, otra de las funciones que se identifica en los discursos de las entrevistadas es, como se encuentra en pág. 56 intervenir en la resolución y/o disminución de los obstáculos socio-sanitarios que producen las reinternaciones en pacientes con patologías crónicas. Se observa que se realiza un seguimiento por consultorio externo una vez egresado de la internación en guardia para poder trabajar en aquellas cuestiones que inciden de su contexto en la adhesión al tratamiento.

“Si es un paciente que tiene una patología crónica descompensada, bueno ver, como es su tratamiento, si tiene acceso, si no, que recursos cuenta, dificultades y potencialidades en ese tratamiento, que eso es también muy parecido a lo que se hace en el piso” (TS 2)

“En mi caso particular con pacientes que se llamaría crónico, trabajar el seguimiento de lo que llamamos ambulatorio. El paciente hizo la consulta en guardia, estuvo internado, vuelve a su casa y nosotros poder seguirlo, entonces aprovechamos el turno médico para rever y evaluar estas cuestiones que hacen a su contexto social, que a veces es el que está incidiendo en la patología” (TS 3)

CONCLUSIONES

En relación a los objetivos planteados en el presente trabajo y el cuerpo teórico desarrollado, se puede pensar como lo expresa Denise Najmanovich (2007), que muchos "declaman" estar abiertos a un punto de vista que supone a la "salud como bienestar físico, psicológico y social", pero son muy pocos los que han desarrollado enfoques que hagan de esta mirada de la salud algo más que un mero relato.

La guardia es un espacio en el que asoma descarnadamente la complejidad, que exige poner en juego este pensamiento que Najmanovich plantea en relación a la salud. Pero es aquí donde comienzan a surgir contradicciones; ya que el espacio de urgencias se presenta como un dominio del modelo médico hegemónico (MMH) - excluyendo otras perspectivas que puedan interpelar las características instituidas desde estas prácticas.

Otros actores que circulan en la demanda son desconsiderados en la intervención médica - debido a que, desde el MMH, ese cuerpo no se presenta en una situación de enfermedad física sino que prevalece las marcas de la indigencia, y es ahí donde aparece lo social desde la subjetividad de las disciplinas que no adhieren a conceptos de salud más amplios y se plasma en la organización y prácticas institucionales.

En el caso que nos compete - la guardia del HIGA - esto se demuestra en la conformación de los equipos de salud que integran el espacio de la guardia hospitalaria, donde el Trabajador Social no es considerado para la conformación de los mismos, sino que se integra sólo ante la demanda del profesional médico; y es en función de esta demanda que el Servicio Social del HIGA, en su organización interna, ha determinado la asignación de un Trabajador Social que planifica en ese

espacio la intervención específica, limitándose sólo a una franja horaria determinada.

Afirmo, a partir de lo analizado en el capítulo precedente, considerando los aspectos teóricos desarrollados y desde la perspectiva del modelo de los derechos humanos (MDH), el Trabajador Social debe integrar los equipos de salud del sector de la guardia. Entiendo esta conformación como la tríada: médico, enfermera y trabajador social, considero que todas las demandas que en ese espacio se generan requieren de un protocolo de intervención donde puedan ser evaluadas las diferentes dimensiones que contempla el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y así considerar las diversas situaciones que requieren de un plan de acción determinado.

El trabajo en equipo, integrado por los profesionales en mención, contribuiría a instalar otras perspectivas de intervención, surge con claridad en el desarrollo de la presente tesis, que las prácticas que dominan en el espacio de urgencias remiten al MMH que asigna el poder al saber médico, y determina cuáles son las intervenciones que se deben realizar sobre esos sujetos en situación de demanda. El trabajo en equipo - considerado desde la interdisciplina - contribuye a la horizontalidad de los saberes de las diversas disciplinas y a la circulación del poder, pudiendo interpelar los modelos dominantes para lograr las transformaciones que el MDH desarrolla.

Si bien la designación de un Trabajador Social al servicio de emergencia constituye una apertura para instalar estrategias de intervención que interpelen al modelo dominante se observa que la modalidad de incorporación es insuficiente para la ruptura del modelo instituido, ya que sólo cubre una franja horaria – turno

mañana – y no se constituye como un espacio de asignación para lograr la construcción de un trabajo en equipo.

El hecho de que el MMH domine las prácticas instituidas en el ámbito de la guardia se observa en que es el profesional médico quien realiza interconsulta al Servicio Social desde su propio criterio; siendo las demandas más frecuentes aquellas donde el sujeto que requiere la atención de su salud es definido por el médico como “paciente sociales”, es decir, personas en situación de calle, pacientes con enfermedad crónica con reingresos frecuentes, pacientes en listas o con consumo de otras drogas, pacientes sin familiar referente y ausencia de vivienda donde regresar al momento del alta.

El desafío del Trabajador Social en el sector de emergencias es incorporarse a un dispositivo donde siempre ha reinado la hegemonía médica, donde los derechos de los pacientes se ven vulnerados por prácticas instituidas desde ese modelo; por tanto, las estrategias implementadas por las Trabajadoras Sociales en un primer momento se dirigen a verificar si el sujeto accedió correctamente a la atención de su salud.

Dichas estrategias son variadas, no hay una única, sino que dependen de la modalidad de trabajo y de los objetivos planteados en cada situación, y por cada Trabajadora Social.

Lo mismo sucede con las herramientas que se implementan en la intervención profesional. Se utilizan todos los instrumentos tácticos operativos, siendo los de uso más frecuentes: las entrevistas y los registros escritos.

Cuando el Trabajador Social toma conocimiento de determinada situación que requiere de su intervención, ya sea por relevo de sala o por interconsulta de otro miembro del equipo de salud, debe realizar lectura de la historia clínica y dialogar

con el médico tratante en primera instancia; posteriormente procede a entrevistarse con el paciente, si su situación de salud lo permite, y con sus familiares.

Es importante resaltar que se debe registrar todo lo actuado en las historias clínicas, ya que es el instrumento de diálogo básico entre las diferentes disciplinas que conforman los equipos de salud, y es responsabilidad de todos los profesionales de la salud la sistematización de lo actuado en la misma. Si bien resulta lógica dicha enunciación, es un punto de fricción entre las Trabajadoras Sociales y los médicos, ya que en reiteradas ocasiones no se lleva a cabo ningún tipo de registro en las historias clínicas de los pacientes mal denominados "sociales".

Los problemas sociales presentan en la actualidad una gran complejidad, por lo que diversos autores recomiendan que la intervención de los Trabajadores Sociales en el campo de la salud sea en equipos de salud y de un modo interdisciplinario. La conformación de un equipo de trabajo, implica sostener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal.

Nora Elichiry afirma que el vocablo "inter" da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad, partiendo del objeto real y no de las disciplinas dadas; y señala cuáles son los obstáculos en la práctica para que se lleve a cabo éste trabajo interdisciplinario, viéndose los mismos, reflejados en el sector de emergencias del HIGA, dónde según la subjetividad de las entrevistadas no existe el trabajo en equipo y coincidiendo en que la urgencia es un gran obstáculo a la hora de llevarlo a cabo, así como la rotación de los profesionales médicos.

En la práctica profesional, el “nexo” se expresa generalmente como “interconsulta”, debido a la fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica.

La organización administrativa del HIGA “Dr. Oscar Alende” responde a las lógicas tayloristas (separación y jerarquización) se encuentra dividido en departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones (Departamento de Servicio Social, de Psicología, Médico, etc), lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación. El "nexo" aparece entonces como derivaciones.

Las diferentes consolidaciones que las disciplinas y por ende las profesiones presentan, al interior de los equipos aparecen como verdaderas asimetrías en el ejercicio del poder.

Considero que el trabajo en equipo que integra las concepciones que hemos desarrollado implica que el sujeto sea evaluado por todo el equipo de profesionales y luego acordar cómo continuar, qué lineamientos adoptar; sino es únicamente el médico quien evalúa al paciente y lo deriva, y dichas interconsultas las realiza según su criterio, es decir, es el médico quién realiza la interconsulta al servicio social cuando considera que la persona que accedió a la atención en guardia es un “paciente social”.

Otra cuestión a replantearse es: si existe una sola Trabajadora Social asignada al espacio de guardia qué sucede cuando la misma está de vacaciones; cómo se cubre el servicio, ya que el mismo tiene una dinámica diferente al resto, y las propias entrevistadas expresaron que debería tener una formación específica quien intervenga en el mismo.

En la guardia hospitalaria no se dispone de espacios físicos, ni de tiempo para realizar trabajo en equipo desde una mirada interdisciplinaria. Así como tampoco cuenta el Servicio Social con un espacio físico propio para el ejercicio de la profesión. El ámbito de la guardia no es propicio, ya que se realizan las entrevistas dentro del cuadrilátero o las habitaciones, en dónde circula gente constantemente y se dificulta respetar la confidencialidad de las mismas.

Tendría que habilitarse un espacio pequeño de consultorio para entrevistas con la familia de quienes permanecen internados en guardia o aquellas personas que puedan trasladarse dadas sus condiciones de salud. Por ejemplo, las personas consideradas en situación social, requieren de espacios diferentes y de implementación de estrategias de intervención diferentes, para que el hospital no se transforme en un lugar de cobijo. Se debe trabajar en pos de la consumación de estos espacios.

Como ya se hizo mención anteriormente, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos la modalidad de intervención del Trabajador Social en la guardia se realiza a través de la interconsulta de otro miembro del equipo de salud, resulta central tener presente que en muchos casos el motivo de consulta no coincide con el motivo que da lugar a la posterior intervención.

Por tal situación es que, desde Trabajo Social deberíamos replantearnos por qué las interconsultas no son pertinentes, qué estamos dejando de la función del Trabajador Social al resto de las disciplinas con las que trabajamos, por qué el médico desconoce cuál es nuestra función.

Como expresa Susana Cazzaniga (2001a), la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social.

En el espacio de guardia no existe la interconsulta escrita por parte del Trabajador Social a otra especialidad; se utilizan diferentes estrategias para lograr que el sujeto acceda a una atención de su salud integral, las mismas consisten en el diálogo de manera informal con los médicos tratantes o la escritura en historia clínica de determinada información para que el médico revea su atención.

Las matrices conceptuales que circulan entre las profesionales que integran el Servicio Social están relacionadas a los conceptos de salud vertidos por los organismos internacionales. Cada Trabajador Social construye su propio marco teórico, no existen lineamientos comunes. Hay una polifonía de enfoques basados tanto desde las perspectivas positivistas como también desde las perspectivas más fenomenológicas. Estas perspectivas se evidencian en las modalidades de intervención, algunas asociadas a prácticas asistencialistas y otras a prácticas donde el sujeto se instala como SUJETO DE DERECHO.

Por tanto, se considera que la formación y capacitación profesional dan ruptura al modelo imperante. Se apunta desde el presente trabajo a la residencia de Trabajo Social en salud, dicha actividad académica está orientada a problematizar y darle una direccionalidad a la actuación profesional, así como a abordar la complejidad de las problemáticas de manera integral concibiendo a los sujetos históricos sociales partícipes del proceso salud-enfermedad-atención. A su vez, los residentes vienen de diferentes universidades, lo que hace que se nutran constantemente.

Si bien se trabaja como servicio desde la perspectiva de derechos humanos, también se debe incorporar al sujeto como sujeto deseante; al respecto Alfredo Carballada (2012) expresa que desde la intervención en lo social se trata de buscar una forma discursiva diferente, ahora signada por el sujeto, construida en su vinculación con los otros y no a partir de atribuciones elaboradas previamente.

La visión del otro plantea la necesidad de nuevos acercamientos donde la palabra de este, su cotidianidad, y su historicidad sugieren caminos posibles en la dirección de la intervención en lo social. Dicha intervención, nos permite descubrir que el actor se ha transformado en una figura importante, ya que de su desenvolvimiento va a surgir la trama y el desenlace.

Es necesario avanzar en las gestiones de los Servicios Sociales Hospitalarios a construcciones que apunten prácticas que favorezcan la conformación de equipos de salud, desde un hacer interdisciplinar en el abordaje de las situaciones complejas que surgen en el espacio de emergencias.

La presente tesis queda abierta para continuar con investigaciones para conocer cómo caracterizan los actores de ese espacio el "caso social".

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C. & Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Documento 60.
- Bermúdez Peña, C. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: un campo de fuerzas en pugna.
- Carballeda, A., Barberena, M., Belzitti, M., Mendoza, M. & Capello, M. (2002). Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación. En: Revista Margen, Edición N°27.
- Carballeda, A. (2004). La intervención en lo social como una de las formas de ingreso a la Modernidad en Buenos Aires. En: Del desorden de los cuerpos al orden en la sociedad. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Carballeda, A. (2011). La interdisciplina como dialogo. Una visión desde el campo de la salud. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social, Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2012). La intervención en lo social / exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Cazzaniga, S. (2001a). El abordaje desde la singularidad. En: Cuadernillo temático Desde el Fondo N°22. FTS. UNER. Paraná.
- Cazzaniga, S. (2001b). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Ponencia desarrollada en las VI Jornadas de Medicina General y 1ª de Equipo de Salud organizada por la Asociación de Medicina General de Santa Fe. Reconquista.

- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: Promoción de la Salud – conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (2013). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires. Editorial Siglo veintiuno.
- Foucault, M. El sujeto y el poder. En: Revista Hoja de Ruta.
- Galende, E. (2004). Debate cultural y subjetividad en salud. En: Spinelli, H. (Comp.). (2004). Salud Colectiva. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- González Saibene, A. (2000). El Objeto de Intervención Profesional: Un Mito del Trabajo Social. Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur, Rosario, Santa Fe. Editado e impreso en Fundación Futuro Solidario.
- Lalonde, M. (2010). El concepto de “campo de salud”. Una perspectiva canadiense. Universidad Nacional del Noroeste. Facultad de Medicina.
- Madeira, S., Fernández Vecchio, M., Grondona, C., Ismach, S. & Riqué, D. (2011). El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero. En: Revista Debate Público: Reflexión de Trabajo Social, Año 1, N°2.
- Mallardi, M. (2011). La entrevista en Trabajo Social. En: Oliva, A. & Mallardi, M. (Coord.). (2011). Aportes táctico operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social. Tandil. Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires.
- Marchiori Buss, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Promoción de la Salud – conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires, Argentina.

- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Ponencia Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. En: Revista Alteridades. Vol. 4, N° 7.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Ciencia y Salud colectiva 8.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Salud colectiva. Vol.1, N°1.
- Montaña, C. (2000). La naturaleza del Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. San Pablo, Brasil. Editorial Cortez.
- Najmanovich, D. & Lennie, V. (2001). Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. En: Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Complejidad. La Habana.
- Najmanovich, D. (2005). El juego de los vínculos: subjetividad y redes: figuras en mutación. Buenos Aires. Editorial Biblos.
- Najmanovich, D. (2007). Complejidad y salud. En: 5to Congreso Internacional de Cardiología por Internet. Federación Argentina de Cardiología.
- Oliva, A. (2006). Antecedentes del trabajo social en Argentina: asistencia y educación sanitaria. En: Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Oliva, A. (2007). Trabajo Social y lucha de clases. Buenos Aires. Editorial Imago mundi.

- Organización Mundial de la Salud (1957) Serie de Informes Técnicos N° 122, Función de los Hospitales en los Programas de Protección de la Salud. Ginebra.
- Pérez, M. (2011). Los registros escritos en Trabajo Social. En: Oliva, A. & Mallardi, M. (Coord.). (2011). Aportes táctico operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social. Tandil. Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires.
- Rozas Pagaza, M. (1998). La actual Cuestión Social y la intervención profesional en el Trabajo Social. En: Revista Boletín informativo.
- Saizar, M. (2008). Acuerdo, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente. En: Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En: Salud Colectiva. Vol. 6 N° 3.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Testa, M. (1993). El hospital visto desde la cama del paciente. En: Salud, Problema y Debate, Año V, N°9.
- Troiani, M. (2011). Intervención con pacientes sociales: La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias.
- Vargas, P. (2003). El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma. En: Cátedra Salud Pública. Escuela Superior de Ciencias de la Salud. UNCPBA.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona. Editorial Gedisa.

- Virgolini, M. (1995). Modelos médicos y alternativas de atención de la salud. En: Cátedra Salud Pública. Escuela Superior de Ciencias de la Salud. UNCPBA.
- Viscarret Garro, J. Modelos de intervención en Trabajo Social.
- Zampani, R. (2005). Trabajo Social y Asistencia: Apuntes para un nuevo (viejo) debate. En: Revista Cátedra Paralela, Año 2005, N°2.

ANEXOS

GUIÓN DE ENTREVISTA

ENTREVISTA JEFA DEL SERVICIO SOCIAL

- 1) ¿Cómo es la organización del Servicio Social en el Hospital para la atención de las diversas demandas y en particular en el Servicio de Urgencias?
- 2) ¿Cuáles son las funciones específicas del trabajador social en dicho servicio?
- 3) ¿Cuál cree usted que sería la organización ideal para ese espacio y por qué?
- 4) ¿Cuáles son los obstáculos para su logro?

ENTREVISTA TRABAJADORAS SOCIALES

Nombre:

Área de inserción:

Fecha de realización:

- 1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste? ¿Desde hace cuánto estás en tu servicio actual?
- 2) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?
- 3) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad? ¿Por qué?
- 4) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?
- 5) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?
- 6) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?
- 7) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?
- 8) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?
- 9) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

- 10) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?
- 11) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?
- 12) ¿Dónde se realizan las entrevistas?
- 13) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?
- 14) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?
- 15) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?
- 16) ¿Cómo cree usted que debería estar organizado este sector? ¿Qué obstáculos observa para lograrlo?

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL 1

Área de inserción: Clínica médica y neurología

Fecha de realización: 2 de junio de 2016

- 1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste?
¿Desde hace cuánto estás en tu servicio actual?**

Ingresé al hospital en el 83. Pasé por todos los servicios, era totalmente diferente las cosas, hacíamos grupo, grupos de amputados, era otro trabajo. Ahora hace varios años que estoy en clínica médica, en la parte de adultos muy mayores, y en neurología en toda esta parte de acompañamiento a los crónicos, epilépticos, esclerosis, y la ventanilla.

- 2) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?**

Como el primer sector donde concurren, por demanda espontánea, personas que tienen algún problema de salud.

- 3) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad?
¿Por qué?**

Sí, sería conveniente porque así se podría determinar ya la complejidad, o derivarlo muchas veces a otro nivel de atención que no sea la guardia de este hospital. Por ejemplo ahora están los UPA (Unidad de Pronta Atención).

- 4) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?**

Personalmente sería que se comprenda la situación, muchas veces porque hay secuelas de alguna patología, integrar una situación que le viene impuesta, que es juzgada como desfavorable y que tienen que integrarla para seguir viviendo.

5) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?

Surge por interconsulta pocas veces, es sobre todo porque ellos ya evalúan que es un caso social y llaman para la orientación. Mi situación es así porque no estoy ahí en la guardia. Es informal, para que hagamos una derivación o básicamente para que los saquemos de ahí. Realizan el pedido médicos o enfermeras.

6) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?

Hay de todo tipo, desde cosas simples hasta cosas de gravedad extrema. Pero no, una estadística yo no tengo. Viene de todo.

7) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?

Si se puede, lo que más me gusta es la entrevista con el paciente, y luego, si él no puede, si no se puede expresar, voy al familiar, y si el familiar no está, directamente a la historia clínica. Luego para interiorizarme del caso dialogo con el médico, para saber qué plan hay, si corresponde que se interne se sigue en el piso.

El médico explica que hay, que riesgo de vida tiene, que no, y si necesita seguimiento clínico o por consultorio externo. Por lo general a mi llega el médico diciéndome no va a quedar internado, tiene que venir tal día, entonces yo tengo que ver que el señor pueda ir a algún lado y estar atendido hasta la próxima consulta.

8) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?

Las herramientas de la profesión; las entrevistas, las encuestas, la interconsultas, las interconexiones con otras instituciones, recursos.

9) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

Perfil a grandes rasgos que son adultos, de más de quince y que no tienen obra social, sino irían a un privado; a no ser que la gravedad del caso, hayas sido traídos de la calle, por ejemplo un accidente. Eso sería a grandes rasgos, hay tantos varones como mujeres.

10) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?

Como a mí me llega el pedido de la guardia (no interconsulta escrita) venga a ver a alguien social. Y ahí social cae situación de calle, el alcohólico que ahora la familia ya no lo quiere volver a recibir, y bueno si puedo hablo con él, veo la historia clínica. No me llega la interconsulta, y como no estoy en el sector tampoco puedo ir a ver las historias clínicas para revisarlas.

11) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?

No, en la mayoría de los casos... Las interconsultas son pertinentes, pero están mal hechas, ellos ya ven una persona y lo ponen como caso social, y muchas veces no están evaluados clínicamente. Entonces vendría nuestra intervención como posterior, pero como ellos ya le ponen la etiqueta de caso social muchas veces no está evaluado previamente y para mí es lo fundamental.

12) ¿Dónde se realizan las entrevistas?

Si la persona se puede trasladar hacia la oficina de Servicio Social yo prefiero que se haga en el Servicio Social, y si no se hacen en la guardia.

13) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?

No, yo no creo que se tenga en cuenta el trabajo en equipo, porque ellos llaman para que yo resuelva lo que ellos quieren, y no que veamos el caso y resolvemos luego.

14) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?

No, las internaciones en éste hospital las ve el médico.

15) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?

Lo charlo con los médicos porque no existe esa vía de hacer una interconsulta solicitando revisión. No existe interconsulta para que vuelvan a ver algo. Desde ellos puede ser que nos den, pero desde nosotros, no, al menos yo no.

Hago una sugerencia informal para no herir susceptibilidades porque ya sé que no tiene solución lo otro, o te lleva a un camino de, tal vez, luchas personales o egos, que no llegamos al objetivo; y no está el espacio aún para sentarnos y ver o analizar el sistema en sí. El sistema está así y si te vas contra el sistema perdes mucho tiempo y yo no tengo ganas.

16) ¿Cómo cree usted que debería estar organizado este sector? ¿Qué obstáculos observa para lograrlo?

Con espacios de tiempo y físicos para poder charlar, porque si te pones ahí a charlar algo, te tocan la puerta y llega la ambulancia... Con equipos interdisciplinarios. Que la interdisciplina se tenga en cuenta, que se tenga en cuenta la mirada de todos. Porque de hecho me hago cargo que yo no sé bien la mirada de todos.

La presión, la urgencia es un gran obstáculo; la falta de personal es mucha, hay cada vez más demanda y menos personal. Veinte pacientes para cada uno,

entonces después no te quedan ni ganas ni paciencia para andar charlando cosas que no están en el mismo nivel, termina siendo para mi gusto catarsis.

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL 2

Área de inserción: Oncología y cuidados paliativos

Fecha de realización: 8 de junio de 2016

- 1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste?
¿Desde hace cuánto estás en tu servicio actual?**

Entré en julio del 2005, entre como residente, fui jefa, becaria, interina y planta. Roté por casi todos los servicios, clínica, infecto, unidad de terapia intensiva, ortopedia y traumatología, ginecología, guardia, internación domiciliaria y cubrí vacaciones del resto, neurología, cardiología, etc.

Estoy en internación domiciliaria y paliativos desde fines del 2009, y en oncología hace 3 años.

- 2) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?**

Es el servicio que se dedica a la urgencia, llamado como aquel evento que puede ser un trauma, un accidente o evento agudo de una patología que requiere atención inmediata.

- 3) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad?
¿Por qué?**

Sí, debería ser parte del servicio. Bueno... acá sería más o menos así. Tendría que estar especializado en lo que es la atención del paciente crítico. Y por ahí en lo que tiene que ver con la contención del paciente y su familia, digamos de alguien que sufrió un evento de esas características. Llámese un accidente, llámese un accidente cerebro vascular, un paro cardíaco.

Para el paciente están los profesionales médicos que le dan la atención en agudos, no sé si nosotros podemos intervenir con el paciente en ese estado, pero sí con lo que tiene que ver con la familia. Y después me parece que es importante evaluar digamos si el paciente no tiene que ser ingresado a internación, a dónde vuelve. Pensar también la externación como un proceso. Por eso digo que tiene que ser alguien formado en lo que es atención de pacientes críticos. Y pensando también que muchos fallecen en la guardia, entonces tiene que estar preparado para la contención de esa familia, en esa situación.

4) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?

La especificidad te la da el campo, pero la intervención del Trabajador Social, para mí, desde mi paradigma, es igual. La intervención del Trabajador Social desde el paradigma histórico-crítico es igual; no hay una especialización en el campo, digamos el sujeto se desarrolla en la misma estructura. Lo que marca por ahí la particularidad es el campo de la salud. Qué quiere decir esto... que nosotros estamos atravesados por diferentes políticas, somos llamados a ejecutar diferentes políticas públicas que en otros campos; pero el sujeto es el mismo, con las mismas condiciones materiales de existencia, pero nuestra mirada está puesta en su proceso salud-enfermedad-atención.

Pensando al sujeto... el TS interviene y median en su intervención en todas las categorías que vamos aprendiendo y que complejizan la intervención... en esa intervención lo que influye, por ahí modifica o diferencia la intervención que pueda hacer yo, que puede hacer un colega en la escuela, o que puede hacer un colega en otro campo es digamos la particularidad de ese sujeto en éste momento histórico. Para mí, Carlos Gómez que está internado en el tercero y que tiene un cáncer renal, en una situación avanzada de su enfermedad, la particularidad está dada por la

información específica en paliativo, pero también porque éste proceso de s-e-a irrumpe en esta vida de este paciente. Pero si yo trabajara con él en otro lado, también vería las mismas categorías.

5) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?

Como yo tengo un servicio a parte, no soy la TS de la guardia, que es María José Ullúa, nosotros lo que es hacemos son guardias durante la tarde. Antes no existía, cuando yo empecé a trabajar acá, entonces el que estaba de guardia a la mañana o a la tarde era el que contestaba las interconsultas de la guardia, o ibas a la guardia y te fijabas si había algo para intervenir. Que es distinto también, si? Que pertenecer a un servicio que se supone que te debería dar una integración al equipo de salud, que se supone que vos podés trabajar otras cosas, que cuando te interconsultan.

Nosotros a la tarde lo que hacemos es la interconsulta de guardia. Por ejemplo, yo ayer estuve de guardia y me llamaron porque había dos personas en situación de calle, que los trajeron por el operativo frío... bueno, vos vas por alguna cuestión muy específica que sucede durante ese horario. Si el paciente está desde la mañana se supone que está trabajado por la colega que está en ese servicio.

La interconsulta generalmente la hacen médicos o enfermería de la guardia, pero puede ser a veces que te llamen del SAE, alguien que percibió alguna situación que no debería darse... que hay un viejito, suponete que lo atendieron a la mañana y persiste ahí, o que no recuerda. Hay veces que los médicos en su intervención no preguntan otras cosas, entonces para ellos está para irse, pero resulta que no tiene dónde irse, no recuerda dónde vive. Pero es muy acotada la intervención que nosotros hacemos durante la tarde, una cuestiones muy específicas.

Y esto que te decía antes, de que si yo fuera la TS de la guardia, me imagino que uno debería trabajar con el paciente y su familia, no se da en las guardias de la tarde; está pensado como una guardia general de todo el hospital; entonces por ahí te llaman de la guardia, pero por ahí te llaman del piso, te llaman de algún otro servicio por algo que hay, y que hay que solucionar en ese momento.

6) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?

Por ahí esto... personas en situación de calle, personas que no se constata identidad, o que no pueden ser interrogables, personas mayores que por ahí están sin documentación y no recuerdan algunas cuestiones, también me llaman de guardia específicamente por mi servicio por algún paciente oncológico que recurre muchas veces a la guardia y es desordenada su atención o su acceso, y ver desde el equipo de paliativos como podemos evaluarlo y contener su atención futura. Entonces muchas veces la guardia tiene que ver con el paciente específico de mi servicio de origen. Después a la tarde te pueden llamar por eso, te pueden llamar porque hay una mamá que tiene niños y, o los dejó en casa o están acá.

Antes, como yo hace bastante que estoy, vos atendías otras cosas también, lo que era violencia, violencia de género; eso ahora no nos llaman porque está el equipo de derechos humanos. Entonces para esas cuestiones que son más clásicas dentro del Trabajo Social, a nosotros no nos llaman.

7) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?

Al principio nosotros tenemos como el rol asignado y también asumido en esto de ver si el paciente accedió correctamente a la atención de guardia, sobre todo en los pacientes en situación de calle, o los pacientes que son percibidos como sociales para ellos, que tiene el estigma negativo. Por ahí tiene que ver con asegurarnos que ese paciente haya recibido la atención; es medio como de vigilancia y control, pero

bueno, hay que buscarle la parte copada de eso y enmascararlos en una restitución de derechos. Hablar con los miembros de equipo de salud, con respecto a esas cuestiones y programar mínimamente la externación de ese paciente, y ver si es posible articular alguna cuestión de seguimiento, si es necesario. El TS de ahí es como un puente, o debería serlo, con los otros servicios, sean colegas, o sean profesionales de otras áreas. El TS de guardia no debiera hacer seguimiento de caso, eso debería ser derivado a quien corresponda.

8) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?

Todas, porque de hecho, nosotros hablamos de los aportes táctico-operativos, siguiendo en consecuencia con el paradigma que tenemos. Digamos lo vemos como parte de las estrategias de abordaje, entonces mientras vos haces una entrevista estas observando y la entrevista domiciliaria también es importante, aunque sea en un caso de un servicio de emergencias, en esto de ver como articulamos cuestiones que pueden ayudar a ese paciente a seguir el tratamiento o muchas veces tiene que ver con la búsqueda de familiares o de otras cuestiones. Pero en general la entrevista como instrumento básico, y la observación del documento de diálogo básico entre las disciplinas, que es la historia clínica, como de la situación también del paciente.

Si bien el TS no es el que tiene que evaluar orgánicamente al paciente, con el tiempo, uno además evalúa esas cuestiones y utiliza los otros instrumentos o herramientas para poder ver el paciente, hacer una evaluación de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que cuestiones va a necesitar ese paciente para poder externarse o no. Ver si el TS considera que ese paciente deba ser externado, porque puede ser que pueda seguir su tratamiento de forma ambulatoria, pero

desde el TS se considera que no porque no tiene donde vivir; o si tiene donde vivir, no tiene un cuidador, o necesitamos más tiempo para resolver esas cuestiones.

El informe también si corresponde. Básicamente creo que todos usamos todo, depende de la situación en particular.

9) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

No, porque en realidad son sujetos diversos. Podríamos decir que la mayoría son hombres, adultos, pero son: con o sin obra social. Siempre hay un porcentaje de pacientes de los que podríamos denominar más vulnerables. Vulnerabilidad en cuanto a: la situación de salud y su trayectoria con respecto a la salud, que por ahí sucede que sus ingresos son muy acotados y sus vínculos están también desgastados... bueno igual que todos los vínculos sociales. Digamos al hospital concurre una variedad infinita, porque es el único hospital público y recibe también los que tienen obra social como a los que no, atendemos PAMI, atendemos todo lo que son los monotributos, digamos para los planes más pequeños la atención es por la guardia. Trauma y accidente que ocurre en la vía pública también viene al hospital, entonces puede ser que también venga alguien que tiene OSDE, después se derivará.

Si hablamos de personas en situación de calle, que son sobre todo en esta época los que más vienen, podemos decir que son adultos, mayores de 35 años, generalmente con alguna adicción, más relacionada a lo que es el alcohol, con vínculos familiares, no me gusta decir fragmentados, pero no hay una vinculación o no tienen o no han podido por sus condiciones materiales tener una relación con sus familias, y es la mayoría. Vienen mujeres, pero son un muy pequeño porcentaje.

La población joven es la que menos vemos, a no ser que sean accidentes, por una cuestión etaria y de ciclo vital son más sanos. Si es población joven es por un

trauma o un evento de salud inesperado. Los pacientes mayores son por patologías crónicas, a veces sin control, o no con el control adecuado, no con una cuestión de responsabilidad individual, sino porque a veces hay falta de acceso al sistema.

10) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?

El procedimiento básico en toda interconsulta, si es escrita la interconsulta, ver que es lo que el otro observa y ve, y ver qué es lo que se supone que quiera que haga yo, y leer la historia clínica, pero no leer solamente la historia clínica digamos de lo que pasó ahora, sino hacer como un recorrido, que pasó con ese paciente, si viene no viene, cuando fue su última atención, si hubo intervención del TS o no, y ahí partir a hacer la entrevista.

Por eso yo te hablaba antes desde la especificidad del campo o la particularidad del sujeto. En realidad las categorías son siempre las mismas para intervenir, que son VC, dentro de esa VC cuales son exactamente las condiciones de ese paciente específico. Tiene que ver con la concepción de sujeto, la concepción de la interacción de ese sujeto dentro del sistema, la VC de ese sujeto con el que intervenimos. En esa singularidad del sujeto que está en el servicio de urgencias la particularidad sería... lo que evalúas es qué le está pasando y por qué te llaman. Son diferentes los objetivos que vos te vas a poner para entrevistarlos o para intervenir, específicamente en cada caso particular.

Si es un paciente que tiene una patología crónica descompensada, bueno ver, como es su tratamiento, si tiene acceso, si no, que recursos cuenta, dificultades y potencialidades en ese tratamiento, que eso es también muy parecido a lo que se hace en el piso. Si ves una persona en situación de calle, primero ver cómo se puede entablar un vínculo, siempre muy respetuoso, porque la verdad que sufren

bastante maltrato, porque están sucios o porque tienen lesiones que tienen que ver con vivir en la calle. Y el ámbito de la guardia no es un ámbito que prevea tampoco la privacidad ni la dignidad, no se respeta mucho la ley de los pacientes.

Uno entrevista con toda gente observando, entonces también pensar qué voy a preguntar, de la forma de preguntarlo, y por lo menos que en ese espacio, en ese vínculo que establezca con vos estén respetados los derechos básicos. Si es un paciente traumatizado no voy a tener en cuenta el trayecto, su vinculación con la salud, no es lo importante, si no que le pasó, cuáles son las necesidades en ese momento y todo lo que tiene que ver con contactar o contener a los familiares en ese momento. Que tiene que ver con el acceso a la información.

Cada situación en particular te da los objetivos, y vos si bien utilizas las mismas categorías para intervenir, vas como priorizando algunas.

11) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?

Algunas si y otras no, el tema es que, a mí me parece que es necesario que exista la interconsulta, también es importante replantearse o problematizarse si debería haber interconsultas en un servicio en el que uno forma parte. Yo en paliativos... no me hacen interconsultas, hacen interconsultas los otros servicio a paliativo. La gente del equipo de salud no me interconsulta, me comenta una situación de un paciente y en empezamos a intervenir juntos. Me parece que la interconsulta en un servicio donde hay un TS, habla de algunas cuestiones, por lo menos en el horario donde hay asignado un TS, a mí me parece que hay que estar en los servicios.

Después durante la tarde ahí si existe la interconsulta, no me enrosco que sea escrita o quién llama, y así llame para cualquier pavada, me parece que es importante que piensen que el TS puede intervenir en alguna cuestión, después vos

vas y es para sacarle los piojos a alguien y bueno... pero seguramente esa persona o no conoce lo que hacemos o alguien fue y le sacó los piojos, que se yo... eso básicamente.

Siempre me pregunto si es necesaria la interconsulta en servicios donde uno forma parte. Si yo tengo presencia la interconsulta es verbal, y es una cuestión dinámica de formación del equipo, si tienen que llevar o mandar interconsulta por escrito, evidentemente algo está faltando en la comunicación o en la pertenencia de ese TS, no debería ser, la interconsulta en hospitalario es para las diferentes especialidades. Cuando nosotros empezamos a trabajar desde la residencia, ya que nos den una interconsulta era un logro, porque antes a veces ni se tenía en cuenta en algunos espacios. Creería que deberíamos avanzar y que ya no debería intervenir esa interconsulta, si uno forma parte de ese mismo equipo. A veces te pasa que los equipos fluctúan, porque los residentes de otras especialidades cambian, entonces ahí si recibís interconsulta porque todavía no te conocen, no saben que trabajas. Cuando hay equipos estables no debería existir. Si yo trabajo con la guardia y estoy durante la mañana, se supone que me dicen Jessi, acá hay un paciente así... por qué no ves a aquel, me parece que ese señor... como me pasa en mi servicio.

12) ¿Dónde se realizan las entrevistas?

En la guardia, donde puedas. En lugares que no están aptos para tener entrevistas. Esto del encuadre que estudiamos en el hospital en general es difícil encontrarlo, y en la guardia es como algo impensado. A mí me pasa que cuando voy a ver a mis propios pacientes del servicio cuando ingresan por alguna descompensación, es tratar de armar mágicamente un encuadre en algún lugar que encuentres; manejar el tono de voz, tratar que no haya mucha gente cerca, armar un encuadre ficticio en ese caos que es la guardia.

Antiguamente teníamos un consultorio que se perdió cuando no hubo TS. Los espacios que uno no habita los pierde. Debería haber un consultorio para los pacientes que se pueden movilizar. Es como tratar de armar algo pequeño de respeto al otro, por eso es muy importante qué voy a entrevistar, qué es lo que voy a preguntar, qué tiene que ver que yo pregunte en ese escenario. Porque a veces también se preguntan boludeces que no van con la entrevista y re victimizas a la persona todo el tiempo.

Hago mucho hincapié en el estar porque el estar te da una presencia y el respeto de tus compañeros, entonces no te avasallan cuando vos estas entrevistando, respetan ese espacio, y ven que es lo que vos haces. Cuando vos tenes tu lugar, uno arma el encuadre. El paciente está padecimiento alguna situación de salud, y ese padecimiento no tiene que ver solamente con lo orgánico, le pasan otras cosas, puede tener dolor, puede tener dolor psíquico, digamos tiene cuestiones sociales que lo tensionan, entonces ir a preguntar boludeces que no tienen que ver con la intervención, o pensar que puedo ir a entrevistar a cualquier persona que está no. Por eso es importante leer la historia, preguntar si el paciente esta dolorido, si el paciente está dolorido yo tengo que ir con esa información al médico y que eso sea tratado. A veces eso no se respeta o no me doy cuenta, o la dignidad del cuerpo del otro. Nosotros vamos a una clínica y nos atienden bien, pero acá ves a alguien que sufrió un accidente y está en guardia envuelto en una sábana y voy a preguntar una pelotudez... digo una pelotudez para ese momento.

Hay que tener siempre presente eso y no naturalizar que la gente este así. Es importante eso y no olvidar, a mí me pasa también que estás hablando con alguien y salís de ahí y decís yo no me tengo que acostumbrar a esta situación, y por qué sucede eso. No naturalizar ese comportamiento.

13) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?

Yo creo que no existe el trabajo en equipo en el servicio de urgencias, por lo menos por la poca inserción que yo tengo. No hay como un equipo formado, es la interconsulta aislada, yo voy lo evalúo, le cuento al otro lo que vi y me fui, o le digo hay que esperar tal cosa, si tengo más relación con un médico que con otro, con un enfermero que con otro, establezco una pequeña estrategia mínima para esa situación, pero no podría considerar que hay un equipo. No hay un trabajo en equipo. No hay posibilidades de poner un objetivo en común, por lo menos lo que yo observo cuando estoy de guardia.

14) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?

Sí. A ver... ahora estamos en una situación de emergencia sanitaria, toda la estructura sanitaria de Mar del Plata está colapsada, entonces en la guardia hay todo el tiempo muchos pacientes, tenemos siempre muchos viejitos de PAMI, entonces por ahí, estas situaciones dificultan aún más, pero no es que es imposible, de hecho se hace. Pero es más difícil. Por ejemplo, en paliativo muchas veces internamos a los pacientes porque hay una claudicación del familiar entonces hay que internarlos para reorganizar de vuelta la familia, antes lo hacíamos mucho más fácilmente eso, entonces se internaba un paciente cinco días, para darle aire a la familia y reformular. Ahora eso es casi imposible. Solamente en un caso muy extremo, de que no se pueda establecer ninguna estrategia en el hogar.

Y en la guardia es muy difícil, los pacientes a veces para conseguir una cama de internación se la pasan 3, 4 días, pacientes con insuficiencias cardíacas descompensadas, entonces pensar que en un hospital que mantiene un modelo

hegemónico, donde el paciente que no requiere internación se tiene que ir, es muy difícil lograr una internación en el piso, en la guardia estará, pero está en un lugar incómodo, en un pasillo, arriba de una camilla.

Si se puede una internación en el piso, pero siempre redundo en lo mismo, en tu posición dentro del equipo, tu peso profesional, como influye tu historia dentro del servicio y del hospital en general, si piensas que es porque lo vas a internar y va a quedar 50 años, es más difícil; si saben que vos lo internas por alguna cuestión específica y lo vas a seguir trabajando es mucho más fácil. No hay protocolos para eso, tiene que ver lo interpersonal basado en el trabajo que vos logres con tus compañeros del equipo de salud.

Pero sí, es una potestad retener la externación o la internación por razones sociales, porque lo social es parte del concepto de salud.

15) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?

En realidad lo primero que haces es hablar con el médico tratante, hablar esas cuestiones, asentarlos en la historia clínica, si existe... porque muchas veces las personas en situación de calle vienen y nada más. Se los evalúa, te llaman a vos, pero no existe la historia, entonces por ahí, denunciar estas cuestiones. ¿A que le llamo denuncia? Hablar con el jefe de la guardia o con el jefe de enfermería, yo he ido hasta dirección digamos.

Es básico esto que decimos de que el paciente reciba la atención que corresponda. Yo de hecho ayer fui a ver un paciente y tenía un papelito nada más, no le habían abierto historia y querían que se vaya. Los apuras desde lo legal, pero en realidad es para asegurarte que al paciente lo vean y sino que alguien que tiene un saber

diferente al mío piensa que ese paciente se puede ir. Se discute. Hay cuestiones que no podemos discutir porque no tenemos formación y somos otro saber, pero yo diría que podemos discutir en cuanto a cuestiones de evaluar al paciente y por ahí evaluar que tiene que ser visto por salud mental, esas interconsultas las puedes hacer vos, pero yo no puedo hacer una interconsulta al traumatólogo. Puedo hablar con el traumatólogo, si formo parte del equipo, decirle lo que yo veo, y decirle si puede ver al paciente, y así cada especialidad. Pero no tendría como escribir, a no ser que le vea el hueso afuera, no tengo las herramientas conceptuales.

Por lo menos en la guardia... yo en paliativos la interconsulta si existe, por ejemplo veo que el paciente está con dolor, considero que debe modificarse la medicación, eso sí se hace. Yo no te medico, pero hablo con el médico, pero porque formo parte de ese equipo, mis herramientas son diferentes. En emergencia, se limita a esto, que lo evalúe un médico, resulta que ayer después necesitaba antibióticos, que hasta hacía 10 minutos no las necesitaba. Bueno ver que ese paciente reciba esa medicación, que quede asentado en algún lugar, que le escriban las indicaciones, porque como también el paciente pareciera no merecer la misma atención que otro, entonces no le dicen ni como tomar la medicación, como hacer sus curaciones ni cómo seguir su tratamiento. A veces es discutiendo, y sino el paciente no se va. El paciente se tiene que ir, al menos si yo intervino, si yo le voy a dar seguimiento, en las mejores condiciones.

Muchas veces no hay acuerdo, y el paciente se va y uno piensa que hay cosas que deberían haberse visto. Pero bueno el otro puede opinar de mi disciplina, pero las decisiones las tomo yo, porque si no cuando el otro te dice hace una visita domiciliaria, este necesita tal cosa, siempre con cuestiones materiales, o tiene una

situación problemática, es lo mismo, yo escucho, lo evalúo y le doy una devolución de eso.

Es uno a uno. Depende de cada situación y del TS. Hay muchos TS con muchos perfiles diferentes, y con inserciones diferentes dentro del hospital y de los equipos de salud. Entonces lo que para mí es una experiencia, una forma de trabajar, no se replica. No digo que sea la mejor, es la mía. Mi experiencia está basada en otros vínculos con el equipo de salud, en cualquier institución lo interpersonal es muy importante, se basa entando, trabajando, compartiendo otras cosas.

16) ¿Cómo cree usted que debería estar organizado este sector? ¿Qué obstáculos observa para lograrlo?

La infraestructura, el equipamiento y el personal asignado, no importa la disciplina, debería ser repensado. No es un lugar adecuado, es un servicio muy pequeño para la demanda que tiene.

Hay muchas experiencias de hospitales generales en Argentina, en CABA, que tienen TS asignados las 24 horas en emergencias, entonces debería haber otra infraestructura para respetar los derechos, que tienen que ver con la intimidad, y el acceso a la atención pronta.

Debería haber TS, no sé si guardias de 24, sino que debería pensarse también la guardia de SM, entonces el TS que estaría en la guardia que atiende no solamente el trauma y la guardia en general, sino también los ingresos de SM como sucede en los hospitales que tienen TS, o sea que atiende todo; y son TS formados en todo lo que tiene que ver la ley de SM, no son espacios para que vaya cualquiera, hay que estar bastante formado. Como tenemos ahora, pero extender que ingresen TS a la tarde, para hacer la guardia.

Y me parece que los TS que estamos asignado a otro servicio, mi recomendación sería que no hicieran la guardia, que la guardia tuviera TS asignados a ese servicio. Que sea más de uno, para que siempre haya alguien, me parece que el ejemplo de CABA está bueno, hay un TS cada 24 horas, y esos TS le pasan a planta después las situaciones que observan. Que nosotras estemos asignados a un servicio diferente hace que toda mi especialidad y mi formación este en paliativos. Yo recuerdo mi intervención en la guardia cuando era residente. Pero sino es como que es un divorcio muy grande entre tu saber, digamos lo que haces es muy acotado, no podríamos ver todo esto que yo me imagino que deberíamos hacer en la guardia.

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL 3

Área de inserción: Servicio de urgencias y terapia intermedia

Fecha de realización: 10 de junio de 2016

**1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste?
¿Desde hace cuánto estás en tu servicio actual?**

Yo entré en el 98. Pasar pasé por todos lados, porque cuando entré. O primero que me hicieron es cubrir las vacaciones de todas, no me faltó nada, desde trasplantes... teníamos que ir con la ambulancia... derivaciones, me acuerdo de ir a Open Door con un paciente de psiquiatría. Muy florido, me aportó, todo te enseña. En la guardia específicamente hace 3 años ya. Pero estuve en oncología, atención domiciliaria, formando equipos, el de adolescencia.

Nosotros hicimos un trabajo con Marta Martino previo, porque el objetivo era, que se tomara un cargo, que nombraran alguien para estar en la guardia, que fue Anahí Scioli, que era una residente nuestra, pero después se fue a Buenos Aires, por una cuestión familiar de ella. Digamos, hicimos planificación y propuesta para que nos dieran un cargo, porque siempre la guardia es un lugar convocante, que hace ruido. La propuesta era para cubrir el turno vespertino, pero cuando dieron el cargo se terminó usando para otra cosa que también era importante... hubo jubilaciones y hubo que salir a cubrir.

2) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?

Tiene una definición en teoría, es un servicio de emergencia y trauma, donde el perfil del paciente es justamente toda patología aguda, que tiene que ver desde lo que es accidente en vía pública, hasta el evento cardíaco, incluye todo tipo de

patología que está en una situación aguda, y también incluye en este hospital la de SM, porque generalmente el médico de guardia evalúa en la guardia, no es que el paciente ingresa a la guardia de SM. Pasa en éste hospital en particular que el servicio de emergencias, atiende también patología crónica o no relevante que por ahí, no coincidiría con lo que en definición es el servicio de emergencia y trauma. Conviven las dos situaciones.

**3) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad?
¿Por qué?**

Sí y de hecho no hay. En CABA si hay una reglamentación municipal, pero a nivel ministerial, en la provincia no existe, es más bien fáctico, pero sí, es necesario. Porque hay cuestiones para ver, que tienen que ver con emergencias sociales propiamente dichas, y cuestiones también que tienen que ver con poder orientar la demanda y la continuidad de tratamiento de un paciente ya sea en el primer nivel de atención o bien utilizando su obra social si es que tiene ese recurso, coordinar con otros efectores la continuidad en su proceso... Sí, es necesaria, una guardia activa. Es más incluir acá una guardia vespertina. Se han pedido cargos, pero se utilizan para cubrir otras áreas del hospital, que están descubiertas por jubilaciones.

4) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?

Intervenir en el campo de la salud es favorecer el proceso de s-e-a, movilizar los recursos necesarios para que ese proceso sea más corto y más eficiente desde el punto de vista de un logro, del reintegro de la salud en la persona, y en su situación ambiental, familiar.

5) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?

En este caso particular, formo parte del equipo de salud en la guardia, entonces la interconsulta no es escrita, como podría ser en una guardia pasiva, como lo era antes, sino que estoy en el mismo lugar. Generalmente es clínica médica, el equipo que está con más permanencia evaluando pacientes, trabajamos juntos y ahí mismo surge la interconsulta.

6) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?

Bueno, el paciente en situación de calle, lo que ellos llaman enolista crónico, paciente con enfermedad crónica con reingresos frecuentes por problemas de adhesión al tratamiento, paciente politraumatizado NN, que no está identificado. Y hay otras cuestiones que tienen que ver con... un poco trabajamos en conjunto porque si bien cuando comienza la oficina de derechos humanos lo que es violencia de género, trata de personas, aborto no punible, abusos, sería de su competencia, en realidad lo trabajamos en conjunto porque ellos tienen una TS y entre las dos acordamos bueno... no someter a la persona a que dos personas tengan que entrevistarla, entonces por ahí hacemos el seguimiento, nos combinamos nosotras. Después hay cuestiones inherentes a ésta guardia, por ejemplo el tema de los últimos cuatro meses que es la sobresaturación, mucho paciente con obra social; piden la colaboración nuestra para poder ubicar familiares y poder derivarlos al privado, y dejar camas disponibles. Otro motivo de demanda frecuente es la ubicación de familiares, justamente que no se encuentra en el parte médico o en horario de visita. Y también demandas propias de los pacientes donde surge alguna problemática familiar social que la consultan en ese momento con nosotros, porque por ahí no es tan frecuente el contacto de una persona con el TS.

7) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?

Y... el trabajo digamos que hacemos, las intervenciones directas con el paciente que para nosotros es el binomio, y su familia. Las entrevistas individuales y las entrevistas grupales, la coordinación con otras instituciones es también... están muy presentes en nuestros planes de trabajo.

En mi caso particular con pacientes que se llamaría crónico y que tiene enfermedades con dificultad para adherencia, en situaciones socio-económicas que son adversas, trabajar el seguimiento de lo que llamamos ambulatorio. El paciente hizo la consulta en guardia, estuvo internado, vuelve a su casa y nosotros poder seguirlo, entonces aprovechamos el turno médico para también rever y evaluar estas cuestiones que hacen a su contexto social, que a veces es el que está incidiendo en la patología.

8) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?

La entrevista, la realización del informe, el registro, la sistematización en la HC, la lectura documental y un poco la historia de vida que a mí en pacientes con un seguimiento (hay algunos que hace 3 años estoy trabajando con ellos) me interesa ir registrando.

9) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

En la guardia no; es plural... Por ahí en las cuestiones de problemáticas sociales como lo que es la persona en situación de calle, sí, ahí sí, podríamos hablar que son varones, mayores de 30 años, hablando un promedio, entre 30 y 60 años, desvinculados de su red familiar, con un aspecto laboral, o bien desocupado o bien de trabajo informal, sin aportes, muchas veces desprovistos de todo tipo de documentación personal, hasta el documento de identidad, desvinculados de su familia de origen, ligado al uso de sustancias, aunque no siempre.

Algo importante es que la persona que está en situación de calle... ahora que tuve la entrevista con esta chica, su tío hace 28 años que está en la calle, ellos intentaron tenerlo en la casa, acogerlo, de hecho le gestionaron la pensión, la tarjeta del programa alimentario, pero él elige la calle, y hay una cuestión de alcoholismo de años, que hizo que se desvincule de sus hijos, tiene hijos de 30, 40 años y nietos que no conoce. Hay toda una historia de desmembramiento familiar. A veces es posible reconstruir desde nuestro lugar a través del contacto familiar, ir ubicando familiares, pero en su mayoría son vínculos perdidos y problemáticos... y es difícil. Mar del Plata también es un lugar turístico y hay mucha gente que ni siquiera es nativa de acá y su familia quedó en Santiago del Estero por ejemplo y no saben nada.

10) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?

Las dimensiones justamente son: si existe una urgencia o no, cuál es la evaluación médica, porque en esto también hay un problema que hace ya más al interior de nuestro mismo sistema, el paciente, la persona que ingresa, traída de la calle, por ahí esta desvanecida en una plaza, es típico, a mí me costó mucho, estando ahí viste y remarcando de que evaluaran a esa persona, porque generalmente lo que se hacía era llamarnos, porque había un social, no tenía HC... entonces la dimensión de la evaluación es médica, es fundamental que tenga registro en la HC, que estén sus datos completos, todo lo que hace a la formalidad del hecho de que una persona este internada, porque no olvidemos que del consultorio para adentro está internada, entonces una persona que está internada debe estar ingresada, tener HC, estar en el sistema, estar registrado incluso para que le llegue la comida.

Dentro de nuestras dimensiones propias tener una entrevista de una evaluación preliminar, que nos deje poder obtener los datos de esa persona, y luego en sus dimensiones, cuál es la situación socio ambiental en la que vive. Esto es una evaluación preliminar... ahora si son casos dónde ya van a requerir una intervención nuestra como por ejemplo una persona en situación de calle, que no es autoválida, que no se puede configurar una red familiar presente que lo sostenga, ya que hay que pensar en coordinar con un hogar para que lo sostenga, ahí ya es una evaluación un poco más profunda.

11) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?

En general sí. Hay mucho desconocimiento del médico hacia el trabajo nuestro, hay confusiones, a cerca de nuestro perfil disciplinar, entonces cambia cuando uno está trabajando en el lugar con ellos, y te ven trabajando, cuál es tu objetivo, hasta te escuchan en una entrevista. Diferente es cuando la interconsulta es en forma escrita, porque la figura del médico, del enfermero es más tradicional, en cambio la nuestra para muchos es desconocida. Entonces a través de todo este tiempo, estando inserta yo en la guardia, es muy poco lo que llega que no sea. Se presta mucho a la confusión administrativa, también desde que está la residencia, porque no olvidemos que quienes atienden a los pacientes son residentes, entonces eso colaboró, cuando nuestros residentes comparten tiempo con residentes de otras especialidades, y a su vez al estar trabajando con ellos. Este cambio se da en experiencia, vale mucho más compartir trabajo que explicarles.

12) ¿Dónde se realizan las entrevistas?

Las entrevistas se realizan con la persona si o si en un lugar compartido con otros, no hay un espacio individual, ni siquiera yo tengo una oficina, comparto la sala de

médicos que es un espacio muy reducido donde entra y sale gente constantemente. Las entrevistas por eso, a los familiares, la hago en la oficina, para hablar de cuestiones más privadas, y con el paciente generalmente en cuestiones que son de mucha privacidad prefiero seguirlas en otro momento en una consulta ambulatoria en un espacio privado, porque la verdad es que no hay privacidad.

13) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?

El trabajo en equipo es imprescindible en la guardia, porque dependemos de todos. Quizás la triada es enfermería, clínica y nosotros, que somos quienes tenemos presencia continua. Por ahí otras especialidades van y vienen por guardia y específicamente a evaluar a un paciente por el que se los llama. Cuesta... el modelo médico es muy fuerte. Lo hemos logrado, pero siempre hay una resistencia cuando se trata de seguir sosteniendo una internación de un paciente que clínicamente ya estaría de alta. Se respeta, pero el objetivo sería que podríamos acordarlo todos desde la misma ética y misión como sector público. Pero cuesta la integralidad, la mirada, es un desafío diario.

14) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?

Sí. De hecho lo hacemos, generalmente... No te podría decir un promedio, quizás en esta época es más, en invierno. Lo hacemos permanentemente y se respeta, no se comparte. Pero cuando uno se sienta y explica los motivos, cuál es el trabajo que se está haciendo, que no se sienta que uno va a pedir que lo internen y va a quedar ahí, informarle al resto del equipo si ese alta está demorada por qué es, cuáles son las cuestiones; más allá que se entienda o no, pero bueno uno lo está poniendo en palabras y lo informa. Lo saben todos, lo compartimos todos.

Siempre nuestro rol es educador, todos tenemos un compromiso, generalmente yo trabajo en la guardia con residentes, que están 3 meses y rotan; el residente que recién llega no conoce la institución, la tiene que conocer en la experiencia misma, no hay una preparación previa.

La guardia es un embudo de la problemática y un resumen de lo que ocurre en el hospital, un resumen comprimido de problemáticas, ahí puedes ver si hay dificultades en la cirugía programada, el paciente llega reagudizado, que no fue operado; si resulta que no hay medicación para el control de enfermedades crónicas el paciente tiene un evento, una complicación. La guardia te da un pantallazo de cómo funciona el hospital y el sistema. También hay cuestiones que podrían ser resueltas perfectamente en el primer nivel.

15) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?

Sí, porque se trata de que la persona acceda como parte de sus derechos a una atención de salud.

16) ¿Cómo cree usted que debería estar organizado este sector? ¿Qué obstáculos observa para lograrlo?

La guardia propiamente dicha no es independiente, para que funcione no sólo sirve por ahí dotar de personal o los respiradores que necesita, brindárselos, cuestiones de insumo... es interdependiente. Te doy un ejemplo: si no funciona un sistema de ambulancias acorde, para que el paciente pueda llegar en una emergencia rápido, ese paciente tiene menos chances; si el paciente ingresa, se lo compensa y no hay una cama para que suba, y va a seguir en la guardia, hace que se demore otorgarle la cama a otro que va a ingresar. Mejorar a la guardia implica mejorar el hospital y el

sistema de salud. Si tenes un paciente que está capitado por su obra social en una clínica y esa clínica no tiene cama, como pasa con los PAMI... para que mejore la guardia debe verse integralmente el sistema.

Desde el trabajo social en éste momento es muy frustrante para mí, por esto, por ver pacientes que están con un suero en una silla, ver personas que no pueden comer solas y que tienen la comida ahí servida, se les enfrió y no va a haber nadie que les dé de comer, porque los enfermeros que están no alcanzan para terminar de hacer sus prácticas, entonces darle la comida a un paciente es la última elección.

También hay tensiones en el equipo, la guardia está todos los días saturada, la gente se pone nerviosa, entre los mismos compañeros nos hablamos mal, nos contestamos mal. Uno va por cuestiones sociales que podrían ser menores, por ejemplo tener un familiar que dejó hace 16 horas a una persona y quiere saber qué tiene, un parte médico... y uno va y sentís todo el enojo descargado sobre vos. Vas por algo básico, que el familiar tenga información de su ser querido que está hace horas. Entonces hay tensión, maltrato con los pacientes, a veces maltrato de los pacientes hacia el equipo, o de los familiares, por la demora, por la espera, por el sistema, por el lugar...

No es la situación laboral como para poder tener un espacio de equipo para poder planificar cuestiones que hagan a mejorar el sistema de atención en la guardia, no, la verdad que no, parece que nunca llegará ese momento, porque se está todo el tiempo apagando incendios. Y es muy frustrante para los médicos, y de los enfermeros ni hablemos, por eso hay tanta carpeta médica. Para los médicos también, porque por ahí son residentes y se encuentran con una cuestión muy frustrante, muy estresante, con un régimen de guardia que todavía existe, ridículo, de 24 horas, que no le sirve a nadie.

Es frustrante la guardia en particular porque hay toda una tensión puesta ahí, justamente por la urgencia.

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL 4

Área de inserción: Cardiología

Fecha de realización: 28 de junio de 2016

- 1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste?
¿Desde hace cuánto estás en tu servicio actual?**

En la institución empecé en el 80, pero como administrativa, y después pasamos en el 83 al servicio social como técnico, porque en ese momento no era profesional, y en el 87 como profesional. Estuve en cirugía, en clínica, iba pasando... y después en cardio. Ahora estoy en cardiología, unidad coronaria, unidad de prevención y sobre todo hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca. Igualmente atiendo si hay trasplante, disforia de género, si me consultan.

- 2) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?**

Es la entrada a la salud en una urgencia. ¿Cómo lo defino en este hospital? Un caos. Como también a veces los sistemas de salud no dan respuesta, las salas... acá entran y salen con una atención, con una respuesta, se hacen los análisis, los estudios. Ahora como hay menos instituciones de salud, yo creo que también la guardia se ve alterada, cambió, entonces con María José, ya no recibimos tanta demanda, porque es la que está destinada a la guardia, y yo cuando estoy de guardia a la tarde o los fines de semana en cuándo te llaman. Y mucho absorbió la UPA.

- 3) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad?
¿Por qué?**

Sí, imprescindible, porque ahí vos ya podes empezar... primero es la entrada que viene acompañado con alguien o sólo ya para poder manejar la red familiar. Si entra lúcido, y después ya pierde la conciencia, te pueden dar datos, o podes hablar con la familia, o con el paciente y ya podes tener un principio, una entrada para conocer a la persona. Podes saber si tuvo internaciones anteriores o no. Si lo trajeron en una ambulancia si no hay datos, de dónde fue el llamado, y podes saber si la zona lo conoce.

4) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?

Un desafío. Es mi trabajo, yo intervengo en la salud, viéndolo como un todo, en forma holística, no sólo es una patología, sino es un todo, y cómo afecta un diagnóstico en la vida de una persona.

5) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?

Suena el teléfono y te dicen acá hay un caso, y no les importa si ya fue trabajado, no leyeron la historia, uno le pregunta... generalmente es por teléfono, a veces pueden acercarse, o te mandan directamente el paciente como está. La enfermera, el médico de guardia o el SAE, algún administrativo; no es algo muy sistematizado con interconsulta, eso no, no existe.

6) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?

Las sociales, que son pacientes sociales, que ellos definen paciente social. Nosotros preguntamos qué es un paciente social, y generalmente son los que no tienen recursos, los que no tienen patología aparente. Pero bueno, después cuando hacen tienen patología, hasta se mueren. Estigmatizan a la gente por la recurrencia, por el estado en que se encuentra, entonces ahí determinan, paciente social. La estigmatización es el diagnóstico.

7) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?

Sacar los pocos recursos existentes. Lo primero es que escriban en la historia, paciente tal, y que no tiene ningún tipo de patología para seguir internado. Cuando lo ponen y lo firman también se hace entrevista para ver si tiene familia, si va a hogar de tránsito. Pero bueno, que ellos pongan que no tiene indicación para estar internado. Hasta que no ponen eso, igualmente uno interviene, para conocerlo, pero que ellos pongan que esta de alta, y no tiene indicación de internación.

La estrategia si queda internado es llamar a la familia, ver si tiene o no cobertura. Según el caso vas actuando, porque todos los casos son diferentes.

8) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?

La entrevista y el informe, pero en general lo primero la entrevista. Después ver los otros servicios que conlleva el caso. De la entrevista saco que otros recursos puede haber.

9) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

Y en general... tampoco me gusta estigmatizarlos, pero algunos saben mucho más de todo lo que es recursos, y que manejos hay en la ciudad, más que uno. Esto es el último lugar al que ellos recurren, ya sea por alimentos, por ropa.

Cada caso es particular, aparte va con el tiempo, por ahí hoy tiene una demanda y con el tiempo pasa a otra; si no cambió su forma, su estilo, si no se pudo insertar, o si sus problemas de salud se van agravando. Va cambiando el paciente, lo que pasa que a veces nosotros también nos encapsulamos con un paciente, pero él va transformando su realidad.

Los mal denominados casos sociales, no tienen red de contención, alcoholismo, adicciones, que no tienen vivienda... a grandes rasgos. A veces pueden tener una

red de familia ya desgastada, por ejemplo con el alcoholismo o con los pacientes de SM, que se va desgastando, con tantas recurrencias y ya no quieren saber nada.

Pero es cada caso particular y las veces que llega a la guardia, cómo llega, y con el transcurso del tiempo cómo se van cambiando las estrategias de intervención. En un primer momento, la persona que está, que no quiera que vuelva a la calle, se verá en dónde... que vaya a tal centro, pero a lo mejor deterioró más la enfermedad y tenemos que ver a dónde derivarlo.

10) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?

Mi dimensión es primero ver que diagnóstico tiene, si está dado de alta, si algún TS estuvo previo, para poder conocer un poco más. Según el caso, puede pasar que ya tengamos un teléfono de contacto. En general es esto: conocer al paciente, saber qué diagnóstico, y leer la historia; sino saber si se puede hablar con el paciente, y los recursos que se encuentran para lo que él requiere principalmente. Cuál es la demanda que el sujeto necesita, que es lo que ellos quieren, porque a veces es muy distinto lo que nosotros pensamos que él necesita, que lo que él necesita.

11) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?

No. Porque a veces te piden por cualquier cosa que no tienen sentido. Por esto mismo, caso social, no ven que puede ser un problema de salud.

12) ¿Dónde se realizan las entrevistas?

En la guardia, o en el servicio si ya lo derivaron directamente. La entrevista depende del estado del paciente también, ver cómo está, si está coherente. Estar atento a algún dato que pueda ser real, ampliando bien la entrevista con las herramientas que uno tiene.

13) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?

No. Yo creo que el trabajo en equipo es muy difícil, de otras disciplinas y de nuestra disciplina también. Nosotros abanderamos que somos equipo, pero también nosotros ponemos barreras para dificultar el trabajo en equipo. Es difícil. A lo mejor nos juntamos gente de diferentes disciplinas para trabajar o intentar, pero en el momento de resolver cada uno lo hace desde su disciplina.

Es importante que todo el trabajo que nosotros hagamos lo registremos en la historia clínica, no en un registro nuestro interno, que lo tengamos en nuestro servicio. Tiene que estar en su HC, porque es su historia. A veces decimos del secreto profesional, pero en su HC está su secreto profesional, su vida, su diagnóstico. Y nosotros tenemos que tratar de ver que es nuestro diagnóstico, entonces si no ponemos datos, es muy difícil. Si no tenemos una continuidad y cada uno que ve anota en la HC... no dejar como que lo nuestro es tan privativo, porque también un diagnóstico es privativo y está en su HC. Esto yo lo fui cambiando, yo antes decía: no todo el mundo tiene por qué saber su historia, y yo creo ahora que su historia es importante para que el médico pueda también tejer y verlo en forma holística. Si no nos abrimos y escribimos todo lo que vimos en ese momento... es una crítica, nosotros nos quejamos ¡ay el médico no escribe!, y nosotros tampoco lo hacemos, por el tiempo. Es una autocrítica, por eso exijo mucho a los residentes que escriban en la HC.

14) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?

Sí, que después la otorguen si, si, obvio. Lo escribo en la HC; pasó. Y cuando no leyeron, peleé por esa parte. Es una indicación más de salud, que se haga cargo el que le dio el alta, no yo. La salud es un todo.

15) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?

Le pregunto, yo no soy médico entonces no puedo poner en tela de juicio, puedo decirle que me expliquen porque por ahí el paciente no entendió que está el requerimiento. Pero bueno uno no puede poner en tela de juicio lo otro, porque no soy profesional.

El reclamo a veces viene del paciente o de lo que uno ve. A lo mejor es una ayuda al otro, porque por ahí lo que nos manifestó a nosotros el paciente no se lo manifestó al médico. Hay un intercambio, podemos hablarlo. Se habla.

16) ¿Cómo cree usted que debería estar organizado este sector? ¿Qué obstáculos observa para lograrlo?

Con un equipo que todos los días se reúna. Para mí, la guardia tendría que ser lo mejor que exista en la ciudad. Que dé respuesta urgente, porque todo pasa por la guardia de un hospital público. Tendría que no faltar nada, y trabajar ahí con un buen equipo administrativo, porque se necesita para la toma de datos y actualización; enfermería, médico y TS; para conocer al paciente que ingresa en el primer momento, y dar una respuesta, que evitaría muchísimas internaciones. Bueno, y un lugar que sea digno, la guardia del hospital no me parece digna, ni digna para el paciente, ni para el personal, ni para los familiares. Y con buena información a los familiares, que no está; el derecho de la persona, la autonomía, la decisión está totalmente nula. No la cumple nadie; no es una cárcel, es un sistema

de salud que tiene que estar abierto e informarle en el momento adecuado lo antes posible a los familiares y a la persona; y a la persona sobre todo, por la autonomía de decidir.

La guardia tendría que ser la mejor de todo, todo accidente, todo, cae en la guardia. Con un buen equipo y gente capaz, que sepa e gestión, que sepa gestionar. Ojala algún día se dé. Siempre respetar los requerimientos de él. Uno mientras no moleste a nadie tiene la decisión de cómo vivir y cómo morir, no tenemos que olvidarnos de eso.

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL 5

Área de inserción: Traumatología, neumología, 2do B

Fecha de realización: 28 de junio de 2016

- 1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste?
¿Hace cuánto estás en tu servicio actual?**

Hace 21 años... ay no me acuerdo, en cirugía, en la guardia un poco. Antes se cubrían más servicios por ahí si faltaba alguien, ahora somos más, entonces cada uno está en su área.

- 2) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?**

Lo que pasa, que acá se dan muy distintas a las demás. Si ingresaran solamente lo que es de agudos, sería otra cosa la guardia también. Al no haber otro hospital, el CEMA no está suplantando ni nada. Al no tener en Mar del Plata un hospital de mediana complejidad, que pueda tener internación, todo, ya sea por un dolor de vesícula entra acá por una urgencia. Y todo lo que es urgente, o sea de shockroom, accidentados o cualquier enfermedad que tenga una crisis aguda... hace que la guardia explote. En teoría tendría que ser de agudo, pero vos tenes un montón de demandas.

- 3) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad?**

¿Por qué?

Absolutamente, porque en la guardia es dónde vos podes hacer un muy buen trabajo, son los primeros datos más allá del SAE, y ahí ya resolvés un montón de cosas. Lo que no se recaba ahí, si pasa al piso se pierde. Muchas camas se

resolverían ahí, y si tenes que pasar al piso, ya tenes datos de referencia, ya alguien trabajó algo, ya vino alguien, lo trajo alguien.

4) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?

Eso depende de mi perspectiva... yo creo que tendríamos que darnos más importancia a nosotros, renegamos más de lo que demostramos... ni siquiera nosotros podemos definir nuestro rol, lo podemos definir desde la teoría, pero en la práctica te pasa que te preguntan qué haces, y es difícil, porque haces 500 cosas. Algunos creen que porque sos buena lo haces. ¡Terrible!

Yo creo que lo más fundamental con los pacientes es trabajar con el paciente, la familia, depende de dónde esté. En términos generales, trabajar los ámbitos sociales, las redes sociales. El que no tiene crearlas. Ir armándolas para cuando salga.

La salud en sí, deteriora no sólo al paciente, sino a toda la familia, ya sea una patología mental, una patología oncológica, una patología normal como la tuberculosis que asusta a todo el mundo, que es algo que tiene cura, y mal explicado puede ser tomada de cualquier forma. La situación económica por ahí no ayuda. Y nosotros tenemos que crear redes por fuera, las creamos pero no hay tanta ayuda, como para que las personas no estén tan al margen. Muchas personas están al margen de todo lo que pueda encuadrarse dentro de lo que podría ser vivir mejor.

Hay que darles mejor calidad de vida, bien entendido; no, darles cosas... bueno con esto lo solucionamos... sino darle sentido, mucha gente viene muy desordenada con la enfermedad y vuelve a caer siempre en lo mismo. Y después hay cosas que ya escapan a nuestra intervención que son: las adicciones, saber hasta dónde llegas. Hay personas que es muy difícil ponerte desde el otro lado. A nosotros nos

relacionan con situación de calle, y no, hay clase media. Vos fijate que vienen acá, ya sea porque falleció alguien cercano, por un mal diagnóstico, un diagnóstico de cáncer, lo que sea; entonces vos sos el que recibís, tenes que hablar con la familia, con el paciente más que todo, y con la familia para que tampoco sea un estorbo, una ayuda. En el caso que la tenga; en el caso que no la tenga, se trabaja con el paciente para que pueda incluirse de nuevo y vivir dignamente.

Está todo muy tergiversado, en este momento uno hace de todo, porque no podes dejar a la persona mal, más allá de lo profesional que vos seas, no podes dejar de lado lo humano. Yo tengo todo lo que es teoría, pero hay una parte tuya que es la humana que juega.

5) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?

De la guardia te llaman por teléfono, te puede llamar la enfermera, te puede llamar la doctora... lo tachan, le ponen en la frente social, no lo miran... alcohólico ¡tuc! social, llévenlo. A veces tienen criterio, a veces ni siquiera son evaluados. Es ir y ver. Muchas veces malinterpretan la situación, tienen familiares y creen que no los tienen, otra vez los etiquetan como social, ¿habría que ver el médico que interpreta como social? Porque está alcoholizado... primero compénsenlo, vean si no hay otra cosa y después que esté todo bien ver, si tiene dónde ir, si no tiene.

6) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?

Y... las de la guardia dónde ir, situación de calle. Después las otras demandas no, porque son solucionables. Cómo está, cómo evoluciona, cuándo pasa a la cama, son cosas que no nos competen. Nos llaman, porque supuestamente no hay familiares, porque están en situación de calle. Ellos mismos ya saben, el paciente dice estoy en situación de calle.

7) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?

La guardia viene a ser lo mismo que en el piso, nada más que puede tener una salida más rápida. Es más urgente, hay que llamar por ejemplo, si son de otro lado no van a llegar, y si son de Mar del Plata, que están en situación de calle, que es lo más común, te pasa tanto en el piso como en la guardia. A veces tenes suerte, llamas a algún lado, que acá se llama "Ola de Frio", al cual tampoco pueden ir todos porque uno está de 6 de la tarde a 10 de la mañana, el Hogar de Ancianos, tiene que tener 60 años, y hay una población muy grande entre cuarenta y pico que son la mayoría, y ponele que necesita reposo, que no tome frío, olvídate. No hay lugar. Vamos buscando lugares, nunca alcanzan.

8) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?

La entrevista con el paciente lo primero... bueno no, depende el caso... a veces miras la HC para ver por qué ingresó, hablas con el paciente. El motivo por el que haya ingresado es una cosa, y después lo que el paciente expresa. Después, de acuerdo a por qué haya ingresado y cómo esté, la entrevista se direcciona. Ver en esa entrevista datos que puedan servir de red, primaria, secundaria, lo que sea.

Las visitas domiciliarias son necesarias, porque muchas veces ellos te dan direcciones que no sabes si son ciertas.

La guardia es un primer paso, si no tiene nada de nada, o tiene algo pasajero, es o ubicarlo, para que pase ese tiempito nada más o ubicarlo en un lugar dónde puedan vivir.

A veces hay personas que vienen con discapacidades, y se las asesora para todo esto, para que se vayan organizando y tengan una vida mejor. Porque a veces reingresan, reingresan, reingresan, y con este tema de que son sociales, jamás le hacen nada.

9) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

No. Una vez se hizo en la guardia y en el piso foros sociales, para que entendieran lo que era una persona cuando no tenía familia, cuando no tenía a dónde ir... y una persona de éstas dijo, “cuando yo era yo”... y esa frase es terrible, ¿y ahora que es?, nadie, y se debe sentir así. A veces tenemos prejuicios porque es alcohólico... entender ese tipo de cosas me parece que los que más demandan son ellos por esta cuestión, porque quieren sacar provecho de alguna situación a veces...

En este momento demandan desde que ingresan, desde los 15 a los 104 años. Muchos saben, las palabras esas, te dicen situación de calle, soy vulnerable, porque han pasado por diversas situaciones.

Se ha hablado mucho si tuviéramos una base de datos, dónde vos escribieras...porque vos te juntas con la sale, con el INE, con INAREP, y son todos los mismos pacientes. Los pacientes que son demandantes de por sí, el Estado me tiene que dar...son los mismos.

10) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?

Específicamente eso te lo puede decir María José, porque es la que más está.

Lo que más se da, es si la intervención es para vos o no, vos vas y te dicen es paciente social... bueno, pero antes evalúalo. Primero lo médico, y mientras tanto vas viendo y entrevistando al paciente. Después verás, no todo es social, no tiene por qué serlo.

11) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?

No. Ni en la guardia, ni en el piso. Digamos porque los médicos de guardia son los mismos que están en el piso. Entonces las interconsultas son muy graciosas, ellos

creen que uno es como una Dama Rosada, no entienden. Te pueden pedir cualquier cosa. Te ponen paciente sin vivienda, si yo tuviera vivienda para dar...

Las interconsultas solamente las hacen para sacárselo de encima al paciente, ese es mi punto de vista. Creo que muchos en la guardia es sacamelo, no, vemos que hacemos.

Una intervención de un gran trauma, vos imagínate que toda una familia queda desubicada en tiempo y espacio, entonces es contener a la familia, porque de ahí vos sabes qué entran, no saben cómo entran, son situaciones dramáticas y tenes que estar con la familia... a veces el médico no informa tanto, la familia no entiende algunas cosas, y en ese caso por ahí, no es que vos seas la vocera de... sino que vos veas a la familia para tratar de calmar, o ver qué trabajar. Y después trabajar con el paciente porque también queda asustado.

12) ¿Dónde se realizan las entrevistas?

En donde se dé. Por ejemplo o cito a los familiares acá o voy y lo veo en la guardia. A veces por una cuestión de privacidad o cualquier cosa que haya que hablar, cito a los familiares acá, hablas tranquilo, hablas de otra forma, se puede hablar más directo. Allá es incómodo, porque hay cuatro escuchando lo que el paciente dice. Uno trata de conservar el ámbito de intimidad, sino caemos en lo mismo que los otros, que creen que se le puede preguntar cualquier cosa, delante de cualquiera. Tenemos que proteger la dignidad.

13) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?

No. Tenes que estar diciéndoles escribime que está de alta y que no tiene nada. Yo no veo el trabajo, no sé si María José al estar todo el tiempo a la mañana lo ve. Depende también de los profesionales. También la urgencia hace que no se pueda,

es un ámbito especial. En el piso por ahí, tenes algún tiempo. En la guardia es todo más ligero, se resuelve ahí o pasa al piso.

14) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?

No. No se contempla el riesgo social. Lo único que intervenimos es si una persona está en la guardia es dejarla un poco más de tiempo, para que se resuelva alguna cuestión, no la internación. Si se interna o no, no, para eso tiene que haber una patología que requiera internación. Desde la guardia puedes escribir en la historia que mientras vos estás haciendo tal cosa, el paciente queda, pero queda a la espera de algo. Entonces vos lo retenes, como servicio social, puedes tener un paciente por su vulnerabilidad, por un caso extremo, porque evaluas que no puede volver a dónde estaba. No puedes ingresarlo a un piso, si está sano.

15) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?

En general, lo que se exige en la guardia es que se le hagan los estudios que necesita y que el médico, basado en eso escriba en la HC que el paciente está en perfectas condiciones, que está de alta. Los estudios no, porque no somos médicos para saber que se necesita. Uno puede intuir, no le puedo decir hacele una placa porque tose. Pero sí le exigimos al médico que escriba, yo no puedo hacer que un paciente vuelva a su lugar de origen, si el médico no escribió que está de alta, no que me lo diga, que escriba de puño y letra, y que lo firme, que el paciente está en buen estado de salud. Lo que hago por ahí, es escribir que el paciente expresa

seguir teniendo tal dolor, y tal vez, sea la manera de exigir que se lo siga estudiando. Ellos ven escrito eso, y no se animan a no hacérselo.

Primero exigirle si o si que se lo evalúe, pero después el paciente expresa alguna cosa más, que no le dieron mucha relevancia, pero vos ves que pueda ser síntoma de algo, vos lo escribís....

16) ¿Cómo cree usted que debería estar organizado este sector? ¿Qué obstáculos observa para lograrlo?

La guardia tendría que tener una persona permanente, porque si no después entran a jugar los voluntarios, muchas personas. Hay hospitales que tienen TS 24 horas, y no me parece mal... 24 horas de guardia, 8 horas, 8 horas, 8 horas... o al menos cubrir de 6 a 20 horas, o de 8 a 20 horas. Porque tal vez en el día se puede solucionar el problema, el tema es que hay horarios, hay otras cosas que también tenes que hacer. En este hospital quien está en la guardia, no está solo en la guardia, si no en otro lugar también, entonces es muy difícil. Sí alguien que estuviera exclusivamente en la guardia, o más de una persona, la guardia amerita más, y más tiempo.

Lo ideal sería guardia de 24 horas, que vayan rotando y se van pasando unas a otras, lo que hicieron. Que sean 2 o 3 personas, entonces la que viene por ahí lo puede solucionar porque ya se viene haciendo algo, porque las instituciones abren hasta tal hora. Lo de 24 horas está bueno, porque ingresan a cualquier hora, y puedes recabar datos, aprovechando esas oportunidades. Si no después suben al piso y no sabes ni de dónde vinieron... el médano por ejemplo.

La guardia es muy importante, es lo primero, por dónde la gente ingresa y recabar esos primeros datos es importantísimo. Se necesita tener un engranaje interdisciplinariamente con el área programática para ver si tienen familiares. Se

tiene que trabajar en equipo. Más confianza los pacientes tienen con nosotros, pero toda esa información si se trabajara interdisciplinariamente ayudaría a solucionar la situación.

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL 6

Área de inserción: Salud Mental

Fecha de realización: 1 de julio de 2016

- 1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste?
¿Desde hace cuánto estás en tu servicio actual?**

Yo estoy desde el 2010 en el Servicio de Salud Mental, hice la residencia del 2010 al 2014, tuve un cargo interino y rendí concurso el año pasado para un cargo de planta; o sea que en SM hace 2 años que estoy, es el primer servicio que estoy, fuera de la residencia. Y mi situación es bastante favorecedora desde mi punto de vista, porque estoy con una compañera, somos dos, es el único servicio en el que estamos dos. Se nota bastante el poder trabajar con otro, el desgaste que uno tiene ahí. Si bien el servicio está en una especie de transición, como muy candente, con otra persona a lado es mucho más fácil. Sobre todo porque es con una compañera que fue también residente, y la mirada es parecida, el pensamiento similar, no hay grandes diferencias como uno plantea la intervención. Para mí es favorecedor, esperemos que dure. Fue pensada así por la complejidad del servicio por la cantidad de pacientes que hay. Porque la idea con la nueva ley es hacer todos los esfuerzos posibles por adaptar el servicio a los preceptos de la ley.

- 2) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?**

Como la primera puerta o el acceso al sistema de salud. En realidad nosotros tenemos un proyecto que era congeniar un poco las guardias de SM con las guardias de la guardia general. Lo pensamos así como la puerta de entrada o el primer acercamiento a la persona, para poder entrar nosotros también en la

admisión de las personas, y no empezar a intervenir cuando el paciente ya ingresa, y no cuando está hace un día, dos. Intervenir desde la admisión porque me parece que podemos determinar si el paciente tiene criterio para un servicio de guardia o no.

3) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad?

¿Por qué?

Sí, porque si bien es la primera aproximación, no deja de ser un lugar dónde se atienden todas las problemáticas que tienen que ver con el complejo PSEA, o sea que como es cualquier servicio es importante la incorporación de un TS... y como esto que te decía, que uno también puede aportar en si el paciente tiene criterio o no... a veces se banaliza bastante, porque es el primer acercamiento y uno va a empezar a intervenir después, cuando se resuelvan algunas cuestiones. Si bien tienen que estar, uno puede desde el inicio empezar.

4) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?

Yo cuando estoy en la guardia, reproduzco un poco de lo que es mi servicio. En este momento político del hospital, y en éste momento donde el derecho a salud está en cuanto a la política pública, amenazado, nosotros en lo que estamos focalizando la intervención es en garantizar el derecho al acceso a la salud, en garantizar la continuidad del tratamiento, en viabilizar todos los medios necesarios para que la persona pueda si o si, transitar su internación en el hospital accediendo a todo lo necesario, y sobre todo la articulación una vez que se va para que eso quede garantizado.

Si bien uno trata de hacer seguimiento y todo... como esta todo tan... lo que nos pasaba hace un tiempo era que nosotros planteábamos la intervención desde el

inicio, todo lo que sea del hospital, el seguimiento y la continuidad con los efectores de salud; en este momento está tan complicado poder garantizar lo básico que es que la persona llegue al hospital, que acceda al tratamiento, y que si se va de acá se vaya con la articulación necesaria como para poder continuar.

5) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?

En este caso, como yo no estoy inserta en ese servicio como parte del equipo, la demanda que siempre me surge es a través del médico o del enfermero... generalmente del médico. Me inserto por una interconsulta puntual, ni por ningún tipo de relevamiento ni por otro tipo de herramienta, solamente por interconsulta del médico.

6) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?

Pacientes que estén solos, sin ningún tipo de familiar o de referente, pacientes que no recuerdan datos de contacto, pacientes con algún tipo de consumo, de alcohol sobre todo. Esas son las consultas.

Yo en realidad hago guardia una vez por semana, no es tanto el contacto que uno tiene, son pocas horas, de 12 a 16, son 4 horas. Y ya te digo si son pacientes que vienen de la mañana o del día anterior uno organiza un poco, pero tampoco interviene directamente ahí. Por supuesto si la situación lo requiere uno interviene, porque uno no va a hacer que es paciente se quede, pero si vislumbras que en una intervención que va a requerir tiempo y que se va a prolongar, lo organiza para que se continúe el otro día.

7) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?

Ahí vas a notar la diferencia con el TS que está asignado al servicio. Yo organizo la intervención, pero no la planteo del inicio al final, por ende las estrategias quedan a

merced de la articulación que se puede hacer con el TS de ahí. Yo entrevisto a los pacientes, y puedo plantear algunos de los objetivos, pero después queda a merced del TS de ahí. Son pocas las intervenciones que empiezan y terminan en ese espacio. Muy cosas porque si van a empezar y terminar ahí, si son pertinentes para nosotros. A veces porque si la demanda es por un paciente que vino solo, en realidad uno le dice al administrativo de la guardia, o el enfermero que se comunique con la familia. A veces uno asesora también, el asesoramiento es una de las cuestiones que se realiza, al menos en los momentos que yo estoy de guardia. Muchas de las demandas no son pertinentes, ni para la disciplina, ni para ese contexto de una guardia de la tarde.

8) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?

Entrevista, lectura de la historia clínica. Yo soy muy cautelosa en que si no voy a continuar después interviniendo, a veces incluso ni ver al paciente. Si requiere que lo vea y después acordar con él que lo va a seguir otra persona bueno, pero a veces entablar como un vínculo con el paciente o la familia, si después no lo voy a continuar no.

Realizo alguna interconsulta con algún otro servicio, o alguna derivación hacia otra institución, pero empezar a pensar, generalmente se termina de ejecutar en otro momento.

Uno de los facilitadores para trabajar en la guardia es estar en el equipo y poder trabajar. Esto de trabajar con personas distintas todo el tiempo es muy difícil. Entonces esa herramienta que nosotros no tenemos y que tiene María José o debería tenerla es más facilitador para pensar cualquier intervención.

9) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

No, me parece que no, menos en el último tiempo. Si estas problemáticas que te digo que pueden ser las más relevantes, las de consumo, pero no hay un perfil para mí característico de la guardia. En realidad no es diferente del paciente que consulta en éste hospital, que en general es un paciente que no tiene obra social. En la guardia es un paciente que ya tiene una trayectoria, una recorrida institucional que no ha sido resuelta. Son pocos los pacientes que vienen por primera vez a la guardia, son pacientes que han venido otras veces, que no pueden resolver su demanda o no pueden canalizar su problema de salud por ahí por alguna cuestión. No hay para mí un perfil del paciente de la guardia, es el perfil del paciente que accede al sistema público, que es un paciente que básicamente no tiene obra social, no necesariamente no tiene recursos. Hay muchísimos pacientes que podrían acceder a otros tratamientos, pero vienen al hospital.

10) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?

La pertinencia en cuánto a los objetivos del TS, los tiempos de la intervención respecto de la urgencia, quién hace la interconsulta y si ha habido una evaluación previa, si ese paciente está atendido y hay otros profesionales interviniendo. Generalmente pasa eso, se solicita una intervención como si fuera una única disciplina la que debería intervenir, y no desde un equipo. Si no hay profesionales que ya están trabajando, que se han planteado una intervención o que están comprometidos con esa atención, yo soy bastante cautelosa.

11) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?

A veces pasa, o nos ha pasado a los que hacemos guardia a la tarde, pero que no estamos ahí, es que hemos ido construyendo mínimamente algunos acuerdos como

esto del horario, y esto acota bastante la interconsulta. Entonces generalmente con lentitud, pero cada vez se va aceptando más, no son tan ajenas las interconsultas. El trabajo en equipo se construye y ellos van entendiendo cual es la función y el objetivo del TS. No podría decir que no son pertinentes en un todo, me parece que falta aceptar el trabajo en conjunto, para que todos podamos entender el rol del otro. No todas, pero gran parte si, son pertinentes. O por lo menos las que me llegan a mí, las que llegan al servicio social no tanto, pero porque ha estado esto de ir trabajando, es gente que yo he trabajado en otros espacios.

12) ¿Dónde se realizan las entrevistas?

Si el paciente se puede movilizar acá, en el espacio del servicio social, yo trato de hacerlo acá. Si no se puede, en el espacio en dónde esté. Pero si hay posibilidad de movilizarlo aunque sea mínima, yo acá. O en alguno de los consultorios externos, si hay sillas, si el espacio lo permite. Si hay un paciente que no se puede movilizar bajo ningún punto significa que no va a poder ser dado de alta en ese contexto básicamente. Y si no va a ser dado de alta, yo no lo voy a entrevistar porque significa que va a seguir estando en el hospital y es muy difícil que yo arranque una intervención... si requiere poder articular en ese momento algo si, si no quedará para el otro día.

Yo cumplo como bastante a rajatabla lo que es el concepto de guardia a la tarde, porque también digamos como en todos lados, hay muchas cuestiones que faltan aceptar, entonces como a veces no está tan aceptado, la continuidad de la intervención, el pase formal de una situación problemática hacia otro profesional y todo, si uno continua interviniendo y esas condiciones no se aseguran, quien se perjudica básicamente es el paciente y la familia, y en ese perjudicar lo que queda más al descubierto es que se vulnera un derecho; algo no se garantiza del

tratamiento de esa persona. Y compartimos eso también con los colegas que hemos compartido otros tramos de formación en otro momento, compartimos esa visión de si no es estrictamente necesario, si no se cumple determinadas decisiones, intervenir por el sólo hecho de cumplir un llamado, una demanda, la verdad tratamos de no hacerlo.

13) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?

Es medio la respuesta parecida a lo anterior. En mi experiencia personal sí, porque yo he tenido cómo un trabajo de construcción con los profesionales desde otro lado, pero si hay una demanda y uno interviene, hace un aporte, una sugerencia o una conclusión, por ejemplo éste paciente no se puede ir, necesita ser atendido... a mí nunca me ha pasado de no poder intervenir de esa manera. En la generalidad por supuesto.

14) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?

Yo cuando considero que es necesaria una internación lo escribo en la historia clínica. Y no he tenido ninguna experiencia, que he escuchado que a veces tienen, de que no sea así. Nunca me pasó de acordar con otro profesional la necesidad de una internación y que eso no se haya llevado a cabo. No me ha pasado nunca, creo que me podría enojar mucho. No enojar desde un lugar primitivo, creo que tomaría muchas medidas formales para que eso no vuelva a suceder, porque eso es incumplir un derecho, la atención tiene que ser integral. Cualquier profesional tiene que tener la facultad, por supuesto fundada, y además está acordada con otro. Y si algo se acuerda, no vería motivo por el que no se cumpla.

15) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?

Si, una interconsulta con cualquier profesional y si ha pasado, a veces por el horario, como que es un poco difícil, a veces las interconsultas a la tarde, muchas cosas las he canalizado a través de la dirección, porque a veces me he quedado con la duda si no se puede realizar la interconsulta a la tarde, puede pasar mucho tiempo hasta el otro día. Hay situaciones en las que pienso que el tiempo es relevante, lo he canalizado con dirección.

16) ¿Cómo cree usted que debería estar organizado este sector? ¿Qué obstáculos observa para lograrlo?

Debería haber guardias más extendidas en el horario, o sea guardias de 24 horas o de 12. Me parece que no debería haber guardias en SM y guardias en el hospital general, sino que debería haber una guardia interdisciplinaria, como hay en muchos hospitales, y ahí ya si, se justifica que sean de 24 horas con lo que implica SM; si son guardias de clínica, me parece que de noche no es necesario. Pero debería haber equipos de guardia del hospital, porque el servicio de SM debería estar integrado al hospital. Y me parece que no debería haber un TS de la guardia, sino varios equipos diferentes. La guardia es un servicio complejo, no hay manera de que un TS solo pueda bordar esa cantidad de horas siempre. Me parece que nosotros mismo, los TS que estamos, deberíamos estar asignados un día a la guardia, independientemente del servicio en el que estemos.

Debería haber un espacio, un poco más consolidado de trabajo adentro del equipo, tendría que estar articulado con los pisos también, a veces se hace el pase, pero no da continuidad a la intervención. Entonces uno hace una aproximación en la

guardia, después sube al piso y arranca otro equipo, no se tiene en cuenta lo que se vino trabajando en la guardia.

El pase debería ser más formal. Y los TS de la guardia deberían estar formados específicamente en lo que es un espacio como la guardia, la lógica, la dinámica que tiene, no es lo mismo intervenir en ese espacio, si bien los objetivos de TS se pueden mantener, la manera de pensar la intervención cambia, porque los tiempos son otros. Deberíamos tener formación más específica.

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL 7

Área de inserción: Jefa del Servicio

Fecha de realización: 1 de julio de 2016

- 1) ¿Hace cuánto que trabajas en el HIGA? ¿En qué servicios estuviste?
¿Desde hace cuánto estás en tu servicio actual?**

Hace 33 años que estoy en el hospital. Mis primeros nueve años fueron en SM, el resto fue en infectología, que hasta el día de hoy sigo colaborando; y hace 14 años, con tres concursos ganados que soy jefa del servicio.

- 2) ¿Cómo es la organización del Servicio Social en el Hospital para la atención de las diversas demandas y en particular en el Servicio de Urgencias?**

Nosotros nos dividimos por servicios, en algunos momentos cuando hay más TS se cubren la mayoría de los servicios que nosotros creemos que son más importantes para nuestro trabajo. Hoy por ejemplo se cubren los servicios de clínica médica, salud mental, cardiología, traumatología, infectología... y después hay servicios que realmente necesitarían que se cubrieran, pero por falta de TS a veces no podemos, como son nefrología, hematología. Ah, y otros servicios que se cubren es oncología, cuidados paliativos e internación domiciliaria para cuidados paliativos.

También desde el servicio se cubre la internación domiciliaria del programa llamado PRID que es convenio entre el municipio, la zona VIII y el hospital, para pacientes que tengan que hacer tratamientos en su domicilio, que no amerite que el médico vaya todos los días y que a lo mejor se tengan que aplicar una medicación o el médico que ir a verlo... nosotros tenemos dos programas de atención domiciliaria,

uno que es el de cuidados paliativos y el otro que es el PRID, que es para todos los pacientes del hospital.

Después el servicio de guardia, obviamente que para nosotros es un servicio muy importante porque es como la puerta de entrada al hospital, de lo que vos trabajes en la guardia también va a repercutir en los pisos. Pero también hace muchos años que se viene viendo la guardia como dividida del hospital esto es lo que yo veo como queja, en muchas reuniones que vamos sólo se habla el tema de la guardia, y yo creo que también hay que ver el hospital como un todo, dónde que pasa en los servicios de éstos cuatro pisos el hospital para que no haya camas, y la guardia esté saturada, como está saturada.

Está saturada porque el hospital es el único hospital de Mar del Plata que atiende a pacientes sin obra social, a pacientes con obra social, sobre todo ahora a PAMI con la poca cobertura que tiene, y además a los 16 partidos que abarca la zona sanitaria VIII, con la cual a veces tenemos una deuda porque son los menos pacientes que recibimos porque un 70 % de la población es de Mar del Plata, al no tener un hospital intermedio, o al no funcionar adecuadamente la interrelación entre las salas de primer nivel, el CEMA y el hospital, el hospital se ve recargado.

Yo creo que esto es como una deuda pendiente, porque por ejemplo el materno tiene como otro circuito aceitado; ellos ven al bebé cuando nace, lo derivan a la sala, y el bebé a no ser que tenga algo grave no se le ocurre ir al materno para nada. Pero porque casi todas las salas tienen materno infantil, en cambio en lo que es atención primaria, no todas las salas tienen la atención para el adulto, la atención las 24 horas, entonces esto es lo que pasa.

En la guardia nosotros tenemos una guardia recargada, en la cual el 50% son casos que no deberían estar internados, ni deberían ser atendidos en la guardia, deberían

ser cosas que se pudieran solucionar, pero como no se solucionan, y es el único lugar que está abierto las 24 horas, la gente concurre a la guardia. Pero hay casos que la guardia no debería internarlos, pero pasan días y pasan días y bueno, la persona se va deteriorando. Entonces una persona que llega medianamente sana a la guardia, después de estar 3 días en una camilla termina enfermándose, subiéndola al piso y pasando a ser un paciente internado.

En este momento lo que tenemos es muy poco recurso, lo que tenemos para pacientes dados de alta, pacientes crónicos que necesitan cuidados, está el hogar de ancianos que recibe a partir de los 60, pero tenemos una franja etaria entre 40 y 60 de jóvenes envejecidos, que realmente no tenemos a dónde derivarlos, porque realmente no hay ningún lugar. Es decir, se había instrumentado el “campito”, pero en esta gestión se reestructuraron un montón de cosas y no tenemos lugares para derivar gente sin obra social en esa franja etaria. También tenemos dificultades con PAMI, porque por ejemplo antes un paciente con PAMI no tardaba más de 15 días en egresar, para ir a un hogar, hoy el tiempo de estadía son dos meses, tres meses, porque tienen una red de sanatorios, y de pedidos, que hace que como están internados acá, acá quedan. Muchas veces esos pacientes al estar internados, se deterioran, se infectan, se mueren cuando realmente no sería lo que debería.

Yo siento que el hospital muchas veces es el culpable de todo, de un sistema que afuera no funciona para nada. Si realmente PAMI funcionara como debe funcionar, si tuviéramos un lugar dónde derivar éstos pacientes, pudieran hacer la rehabilitación, y este fuera sólo un hospital de alta complejidad para lo cual fue creado, creo que las cosas irían mejor, y la guardia estaría menos saturada. Pero yo creo que el hospital es un todo, no es la guardia y el hospital. Hace muchos años venimos trabajando en éste fragmento, cada uno cuida lo que es la guardia, lo que

es el hospital, viste... “no quiero la guardia llena”; y lo que hay que trabajar es el hospital como un todo. Tenemos pacientes 100 días esperando un oxígeno, porque no hay ningún oferente que se presente al oxígeno. Con lo que significa 100 días en el hospital, entonces te replanteas desde el servicio social cuantos derechos estamos vulnerando estando trabajando. Pero bueno, así estamos...

3) ¿Cuáles son las funciones específicas del trabajador social en dicho servicio?

En el servicio de urgencias el TS toma contacto con los pacientes que ingresan, sobre todo por derivación. En algunos momentos como este, que hay un TS en la guardia, hace el pase de sala con los médicos, y se trata de trabajar que la estadía de ese paciente en la guardia sea el menor tiempo posible, y que si después tiene que pasar al piso, que el TS haya tomado todos los datos, haya hecho las conexiones para que el TS del piso donde el paciente este, pueda continuar. La principal función del TS de la guardia es esto, conocer la situación del paciente, conocer su grupo familiar, conocer con que red cuenta, y ver si se lo puede egresar estando en la guardia con un cuidado por consultorio externo, si realmente necesita una internación, y seguirá siendo trabajado por otro TS.

Vos pensá que además, es muy difícil trabajar en la guardia, vos que has estado, porque cada guardia tiene persona diferentes, y el TS es uno, entonces todos los días te vas encontrando con vínculos diferentes, con personas que piensan diferentes... este paciente está internado desde ayer, pero hoy lo vio un médico, mañana lo va a ver otro, pasado otro, y a lo mejor todos tienen miradas diferentes, cuando por ahí el TS tiene una única mirada.

La guardia rota, lo que no rota son los pacientes, por eso la importancia de escribir las historia clínicas, de que lo escribas sea legible, saber tanto de la parte médica,

como de la social, como de la psicológica como se intervino. Sino abrís una historia clínica y siempre estás empezando de cero.

4) ¿Cuál cree usted que sería la organización ideal para ese espacio y por qué?

Para mí sería que haya un TS como están los médicos con una guardia de 24 horas o de 12 horas, pero que haya siete TS en la guardia, y así como los médicos van teniendo guardias, lo bueno sería que el TS pudiera estar, pasarle la posta a su compañero; pero que siempre la guardia tuviera un TS, porque el TS tiene la mirada más integrativa y que a lo mejor estando de guardia le quedan otros tiempos para trabajar la inmediatez, cosa que a veces no nos pasa porque el TS que está en la guardia a su vez está en el primer piso, en terapia intensiva, entonces es poca la dedicación que uno le puede dar.

Lo que yo creo, es que al no estar en la guardia hay mucha gente que viene de afuera, que ocupa, entonces empieza a hablar a prometer cosas que no son inherentes a nuestra profesión. El TS tiene una formación teórica y una formación práctica, que no la puede suplir cualquiera. Un médico, un psicólogo, un promotor, un voluntarios, no puede suplir la función de un TS. Entonces hay mucha gente en la guardia opinando sobre algo nuestro, que la realidad nosotros la manejaríamos de otra manera.

5) ¿Cuáles son los obstáculos para su logro?

Yo creo que este hospital se rige por el MMH dónde el médico sigue siendo la figura principal, y que es muy difícil entender la idea de que la única manera para poder trabajar es la interdisciplina o la multidisciplina, porque cada vez los casos son más complicados, cada vez tenemos menos recursos. Si bien el médico tiene los medicamentos, los estudios, nuestros recursos muchas veces es la palabra, muchas

veces es la imaginación, la creación de recursos, y esto es algo que nos lo da la facultad, nos lo da la misma práctica cotidiana.

Lo difícil es esto, en un hospital donde predomina lo médico a veces es muy difícil abordar esto desde los distintos espacios; el médico decide y te busca cuando las cosas se le complican, en vez de trabajar desde el principio juntos. No es que con todos pase esto, pero es un sello que a la vez lo van transmitiendo a las nuevos residentes, por ahí la residencia de TS que está en los pisos tiene una relación diferente con los médicos, porque cotidianamente pone los límites, porque va trabajando, pero en la guardia, cuando vos no tenes un staff todos los días igual es muy difícil. Es muy difícil además porque el médico de guardia está agotado, el personal de guardia está agotado.

El camino es la interdisciplina, lo difícil es poder armar esa visión y poderlo ver desde ahí. Lo que ellos te dicen, vos que estuviste es la guardia es, vení a ver éste paciente y llévamelo, pero no es llévamelo, primero que nada porque es un paciente enfermo, que está atravesando un montón de situaciones por la cuales tenemos que intervenir todos, y lo primero que nos tiene que decir el médico es que esa persona no tiene criterio de internación en un hospital de agudos, pero sí puede necesitar cuidados. Lo que no existe es lo intermedio, entonces quedan como enquistados, y pasan a ser estos pacientes, que ellos llaman “sociales”.

La guardia es la guardia, la guardia es el lugar donde entramos todos, con cosas muy graves, y lo que falta es lo intermedio, y lo intermedio no hay una decisión política de que exista. Que tengas que estar a los 59 un año en el hospital hasta que cumplas los 60 y puedas entrar al hogar de ancianos, hasta que no esté la decisión política de que nosotros tenemos una población envejecida, o una población en

situación de riesgo con patologías crónicas en edades muy jóvenes, esto va a seguir floreciendo.

6) ¿Cómo define usted el Servicio de Urgencia de un hospital de alta complejidad?

Bueno, un poco fue todo lo que estuvimos hablando... el servicio de emergencias de un hospital de alta complejidad, debería ser el servicio por el que ingresaran realmente situaciones de extrema gravedad, que pudieran ser solucionadas en este nivel. Este es un hospital de alta complejidad y de trauma, entonces cualquier accidente, cualquier cosa de salud que pase y a vos te pase en la calle, vos el primer lugar por el que sí o sí vas a pasar es el hospital, después te podrán derivar a dónde vos quieras, pero el primer lugar dónde tiene que traerte la ambulancia es el hospital.

**7) ¿Considera necesaria la incorporación de un trabajador social en los Servicios de urgencias de los Hospitales Públicos de alta complejidad?
¿Por qué?**

Sí, fue todo lo que hablamos. Nosotros apostamos a eso, apostamos a que haya más de un TS en la guardia, intentamos que la residencia rote por la guardia. Creo que es fundamental que en los servicios de emergencias haya TS, porque se necesita una mirada interdisciplinaria para poder trabajar, ya sea lo agudo, la emergencia y lo que no es agudo. Se necesita una mirada donde todos aportemos y todos podamos llegar a un diagnóstico cuando el paciente sale de su estado agudo.

8) ¿Qué es para usted intervenir en el campo de la salud?

Para mí es fundamental intervenir en el campo de la salud, no concibo que en determinadas problemáticas sociales nosotros no intervengamos. Creo que es como

un eslabón fundamental en lo que es el hospital público. Es una intervención que de ninguna manera, no podría ser tomada en cuenta.

Lo social atraviesa la cotidianeidad de la vida de las personas. Entonces una persona que está internada en una guardia o en un piso le pasan cosas, al enfermarse su vida cambia, cambia toda su vida familiar, y a ese sistema hay que acompañarlo para que de alguna manera se ponga en pie, acomodamiento familiar de una nueva realidad. Es parte de trabajar en conjunto, para que nada sea tan pesado para uno, y que todos nos sintamos menos frustrados. Porque un paciente que socialmente le cambia toda su vida, toda su situación, no hace adherencia a los tratamientos, falla, falla la medicación, hay una cadena de frustraciones que hace que no se pueda trabajar de otro modo que no sea interdisciplinariamente.

9) ¿Cómo se inserta en el área de urgencias del HIGA? ¿Cómo surge la demanda en ese servicio? ¿Qué profesionales realizan la interconsulta?

Yo no me inserto, pero dentro de la organización del servicio inserto profesionales y trato que la guardia no quede descubierta. En este momento hay alguien específicamente en la guardia todos los días estamos viendo que pasa, en momentos que no hemos tenido personal hemos trabajado por derivación, demanda o llamados telefónicos de urgencia. Hubo muchas jubilaciones y no se fueron reemplazando los cargos. El año pasado y el anteaño hubo algunos nombramientos entonces se pudieron ir cubriendo servicios, pero no son los TS necesarios, para cubrir toda la demanda que el hospital implica.

10) ¿Qué tipo de demandas son las más frecuentes en el sector de urgencias?

A nosotros... los pacientes que ellos denominan social, que nosotros no denominamos social, sino que es un paciente con una enfermedad crónica, un paciente abandonado, un paciente que llega a lo mejor sin ningún dato porque lo

trajeron de la calle, y están mal tomados los datos, y cuando uno empieza a investigar... porque también de esto se trata el servicio social, de la investigación de la vida de la persona... te das cuenta que tiene familia, que tiene PAMI, que tiene dónde vivir. Nosotros hacemos la investigación de toda a vida de esa persona que llega a la guardia, y el que lo recibe desconoce todo, lo único que conoce es la enfermedad que tiene; porque en general si viene con algún familiar, y ese familiar también tiene un problema, nos lo derivan. Lo que abunda es esto, porque el que tiene familiar, que tienen dónde llevarlo, ellos (médicos) lo solucionan, aunque en el medio haya un montón de problemas, que deberíamos verlos nosotros, pero la demanda de la guardia es: sácame éste, poneme éste, qué hago con éste.... Lamentablemente es así, por más que uno explique. Yo creo que nuestra profesión es una de las únicas profesiones que a diario tiene que estar como dando examen de lo que hacemos. Lo nuestro es un trabajo profesional y que a veces uno siente que termina haciendo cosas que no haría para que esa persona pueda egresar, y no egresa en las condiciones que debería egresar, pero bueno también estamos sabiendo que no puede estar en un hospital de alta complejidad, ocupando una cama dónde realmente la necesita otra persona.

11) ¿Qué estrategias utiliza para la resolución de éstos problemas?

Todas las que tenemos a mano, desde los recursos que hay que son muy pocos, desde las ONGs que nos dan una ayuda, desde la imaginación de pensar qué podemos hacer... una de las estrategias más grandes que tenemos es la imaginación de pensar qué hacemos con este paciente, y cuando digo imaginación no es que uno lo saca de la galera y se olvida de la teoría; es la teoría la que nos hace pensar y poder imaginar cosas que sean superadoras para esa persona.

Las estrategias son múltiples y de acuerdo a los recursos que en ese momento existen. Hay momentos que tenemos más recursos, hay momentos que tenemos menos recursos.

12) ¿Qué herramientas utiliza para la intervención?

La entrevista, la observación del paciente, la encuesta social, las visitas domiciliarias. Todas las que son vinculadas con nuestro trabajo. La entrevista es muy importante, pero también la visita domiciliaria es muy importante, porque las visitas nos permite ver el ámbito dónde ese paciente desarrolla su vida, que a lo mejor es precario, pero es dónde él vivió, dónde él quiere vivir, y uno tiene que respetar. Uno tiene que respetar la decisión de los pacientes, si la persona está coherente, la decisión es parte de los derechos de los pacientes. El derecho de los pacientes es algo que nosotros tenemos que respetar a rajatablas; son ellos los que deciden, nosotros somos los que acompañamos o por ahí tratamos de mostrarle las distintas alternativas, pero el que en última instancia decide lo que quiere hacer de su vida es el paciente, mientras pueda.

13) ¿Puede usted caracterizar el perfil del sujeto que demanda?

En realidad el perfil del sujeto que demanda en una guardia es el médico. Uno toma contacto con el paciente, pero el perfil lo... a veces no es el perfil que nosotros veríamos, ellos demandan, y cuando vos te sentas a hablar y escucharlos, a lo mejor es un perfil con el que uno puede trabajar tranquilamente y no tiene demasiados problemas sociales, o si los tiene se pueden trabajar. Pero en general el perfil de paciente que hay que trabajar en la guardia no lo pone ni el TS ni el paciente, te lo pone el médico, de entrada, con un cartel.

Nuestros pacientes son adultos, esta franja que a veces tienen problemas de alcoholismo, de abandono. Muchas veces uno intenta trabajar con familias, las

familias no son abandonadas de por sí, las familias tuvieron toda una historia, y en la historia de esa familia uno tiene que entenderla e intervenir. Yo no te puedo obligar a que te lleves bien con tu papá, si tu papá te violó a los cuatro años. Entonces uno puede trabajar esas cosas, pedir a las familias que colaboren, pero afecto no se le puede pedir al que no lo quiere dar, lo que sí hay responsabilidades. Se tiene en cuenta toda la trama de la situación familiar, por ahí viste, los médicos te dicen esa familia no viene, esta familia es mala, no lo viene a ver nadie, pero bueno, qué pasó en la vida de esa persona para que nadie lo venga a ver, para que los chicos no quieran estar con él. Hay toda una trama que nosotros empezamos a trabajarla desde el aquí y el ahora.

13) ¿Cuáles son las dimensiones que analiza para identificar las situaciones de demanda que se presenta en el sector de urgencias?

Cuando no tiene ningún familiar, cuando son pacientes que los han encontrado en situación de calle, que hay que primero volverlos a su estado de salud, cuando están en su estado de salud, hay que ver si esa persona puede estar en algún lugar dónde además después pueda tratar de integrarse, de buscar un trabajo, de algo, o realmente cuando mejore necesita un lugar de cuidados. Ahí intervenimos, en esto de la mirada, de que qué va a pasar con el paciente después que pase su episodio agudo.

Muchas veces aparece un paciente de SM y te dicen no tiene criterio de internación, y vos vas a hablar con él y está recontra perdido y te dicen no, no tiene... porque claro, es un hospital de agudos, no te van a internar un crónico. Pero vos tampoco vas a derivar a una persona que te dice oigo voces, me habla Dios. Primero tienen que medicarlo, ver cómo está esa persona, para después nosotros ver dónde lo ubicamos.

A veces el psiquiatra te dice no tiene criterio de internación, el médico te dice no tiene criterio de internación... vos lo vas a parar y no se para, le hablas y no se acuerda, y no, no está para estar internado acá... ¿y a dónde? Magia todavía no aprendimos. Por eso nosotros siempre pedimos que el médico escriba y se haga responsable que no tiene ningún criterio agudo de internación, ni ninguna enfermedad crónica que pueda entorpecer esto para poder intervenir. Hasta que no escriban eso, nosotros no intervenimos tampoco. A veces terminamos pidiéndoles por favor que lo vean, porque no le ven, está tirado en el cuadrilátero. La idea es trabajar con responsabilidad.

Desde un modelo médico, ellos vienen a aprender la enfermedad, pero la realidad nos muestra otras cosas... si tuviéramos un hospital intermedio, o una serie de geriátricos... obviamente todo funcionaría mejor, pero esas son decisiones políticas que no se toman.

Uno siempre criticó al hospital, si uno rememora la cosa está muchísimo peor, mis primeros nueve años de SM por ahí uno lo criticaba y es un lujo comparado con lo que es ahora. Se va deteriorando todo, porque nadie le da el lugar que realmente tiene como único hospital de cabecera de alta complejidad.

14) ¿Considera que las interconsultas que se realizan desde este Servicio son pertinentes a la función de Trabajo Social?

A veces sí, a veces no. En general toda cosa que no se sabe va a parar al servicio social. Entonces está en nosotros desde la profesión poder poner los límites. Muchas veces las consultas son pertinentes y muchas veces son impertinentes. Realmente no puedes entender que te hagan esas derivaciones, desde ponerte un paciente con una camilla acá en la puerta del servicio; de última el paciente queda en la camilla en la guardia y a vos te llaman.

15) ¿Dónde se realizan las entrevistas?

Las entrevistas se realizan en la guardia, que no hay un espacio físico para el TS, y que nunca se consiguió. Está bien que la guardia es un lugar muy acotado, y no todos tienen un lugar para hacer entrevistas, pero también nunca se consideró la posibilidad de la importancia del servicio social en la guardia como para hacerle un lugar.

Las entrevistas que le haces al paciente se las haces al lado de la cama, y las que haces a los familiares en el servicio.

16) ¿Se tiene en cuenta el trabajo en equipo? ¿De qué forma?

Tener en cuenta, se tiene en cuenta. El tema es lo difícil que es trabajar en equipo y sobre todo en el servicio de guardia, donde los equipos van rotando y donde los equipos para ellos son equipos médicos. Ellos te dicen ateneo interdisciplinario y es un ateneo de médicos, vos abrís la puerta y tenes gastroenterólogo, clínico, traumatólogos, eso es para ellos la interdisciplina, médico con médico.

El estar cotidianamente, el permanecer hace que vayan reconociendo esas cosas, pero es un esfuerzo del servicio muy fuerte. Tienes que tener una presencia permanente para que vayan entendiendo la importancia de nuestro trabajo. Van tomando una impertinencia de éste modelo como que ellos son los únicos.

17) ¿Si usted evalúa la necesidad de una internación hospitalaria como resultado de detectar una situación de riesgo tiene la facultad de realizarla?

Sí, tenemos la facultad de realizarla cuando ya está acá adentro, cuando está afuera no. Siempre tiene que venir mandado por alguien. Siempre tiene que venir por el tribunal, por el vecino, por alguna denuncia, por algo que salga en la tele, por

alguien que se muera de frío, tienen que pasar cosas muy alevosas para que realmente te den esa capacidad.

18) Si detecta que una persona no recibió la atención médica pertinente, o considera que requiere otras prácticas médicas; ¿cómo basa su intervención? ¿realiza una interconsulta?

Solicitamos que se consulte con otras especialidades, sobre todo con por ahí clínica nos dice el paciente está de alta, y nosotros consideramos que clínicamente está bien, pero psiquiátricamente está inestable... bueno, hasta que no pidas una interconsulta con psiquiatría, con neurología, o con algún otro servicio, nosotros no vamos a avanzar en la externación de ese paciente.

19) Esa fue la última pregunta, no sé si querés agregar algo...

Uno entiende la importancia de la guardia, que es la puerta de entrada al hospital, por eso también es importante nuestra intervención, para que esa estadía sea lo más corta posible, o si esa estadía tiene que pasar a un piso también sea trabajada con todos los derechos que esa persona tiene, por ser un hospital público, por pagar sus impuestos, por pertenecer a esta sociedad que tiene la obligación de atenderlos como corresponde.