

2013

El servicio de guardia en los Hospitales de Alta Complejidad como ámbito de intervención del Trabajo Social: La intervención del trabajo social en el servicio de Guardia en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA ámbito publico) y el Hospital Privado de Comunidad (HPC ámbito privado) desde mayo a diciembre de 2011 en la ciudad de Mar del Plata.

Almiron, Andrea Roxana

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

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/185>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

2013



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

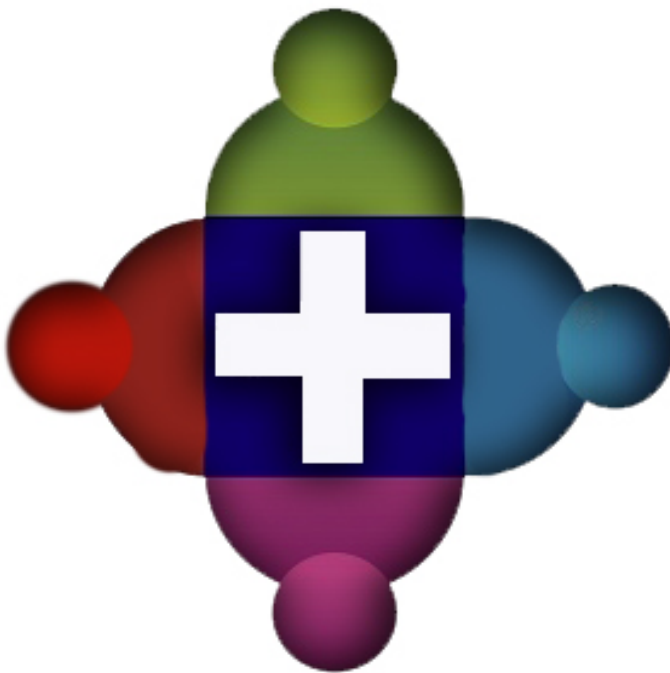
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Carrera: Licenciatura en Servicio Social

TESIS

Tema:

“Emergencia e intervención.”

**Titulo “El servicio de guardia en los Hospitales
de Alta Complejidad como ámbito de
intervención del Trabajo Social.”**



Subtitulo: *“La intervención del trabajo social en el servicio de
Guardia en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar
Alende” (HIGA ámbito publico) y el Hospital Privado de Comunidad
(HPC ámbito privado) desde mayo a diciembre de 2011 en la ciudad
de Mar del Plata”.*

Estudiantes:

Almiron, Andrea Roxana

Devesa, Maria Lis

Pannuti, Maria Laura

Director:

Lic. María Cristina Alvarez

Co-Director:

Lic. Maria Natalia Bozzi

Índice

Introducción.....	3
Fundamentación.....	5
Antecedentes.....	7

Primera parte: Marco Teórico Referencial

Capítulo N° 1: El Sistema de Salud

- El Sistema de salud 13
- El sistema de salud en Argentina sus características..... 15
- Políticas Públicas en Salud y su implementación..... 20
- Estructura del Sistema Nacional de Salud..... 27
- Niveles de atención en salud..... 47

Capítulo N° 2: El Hospital y la Unidad de Urgencia

- Segundo nivel de atención: la unidad Hospitalaria..... 50
- Perspectiva histórica del hospital..... 53
- Modelos de Gestión Hospitalario. 57
- Modelo de atención hospitalaria..... 63
- Estructura y cultura organizacional..... 66
- Unidad de Urgencia en la Estructura Hospitalaria.....69

Capítulo N° 3: Trabajo Social en el campo de la salud

- Origen y Expansión del trabajo social..... 73
- El trabajo social en Argentina..... 76
- Metodología de Intervención en Trabajo Social..... 84
- Las Estrategias de Intervención en Trabajo Social..... 86
- La intervención en trabajo social en el campo de la salud.....89
- Trabajo Social Hospitalario..... 92

Segunda parte: Marco Institucional

Capitulo N°4: El Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende y Hospital Privado de Comunidad

- Descripción histórica de ambos hospitales..... 97
- Modelos de gestión del Hospital Interzonal General de Agudos Hospital Privado Comunidad..... 99
- Estructura y organización de la unidad de urgencias de ambos hospitales..... 102

Capitulo N° 5: Marco Metodológico

- Tipo de investigación..... 105
- Objetivos..... 107
- Unidad de análisis..... 108
- Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... 108
- Análisis de datos..... 110

Conclusión.....127

Anexos.....133

Bibliografía.....175

Introducción:

La pasantía de pre-grado, efectuada por una de las autoras en el Hospital Interzonal General de Agudos y en particular en el área de guardia, posibilitó comprender la intervención que desde ahí se puede realizar desde el trabajo social.

También se cuenta con la experiencia de una de las autoras que realizó su pasantía de pre-grado en el Hospital Privado de Comunidad, donde no se cuenta con una trabajadora social en planta permanente en el área de guardia.

A partir del interés de desarrollar la tesis de pre-grado sobre esta temática, se decidió conjuntamente con la Jefa del servicio social del Hospital Privado de Comunidad, llevar a cabo una experiencia que sirva como un primer antecedente en la intervención del trabajo social en el área de guardia.

Para el diseño de este trabajo, consideramos pertinente indagar sobre los elementos constitutivos que caracterizan a las unidades hospitalarias, donde se inserta nuestro quehacer profesional.

La presente investigación, se encuentra dividida en una primera parte titulada “marco teórico referencial” y en una segunda parte denominada “marco institucional”

El marco teórico referencial está compuesto por tres capítulos. El primer capítulo denominado “El Sistema de Salud” donde el propósito está enfocado en el origen y desarrollo histórico del mismo, las transformaciones que tuvo en nuestro país desde sus inicios, hasta la actualidad, la implementación de las políticas públicas de salud dividida en cuatro modelos de Estado.

La estructura que presenta el sistema nacional de salud jerárquicamente, donde se exponen las particulares del Subsistema de Salud Público, Privada y el de Seguridad Social, finalizando en este apartado con las características de cada uno de los niveles de atención en salud.

En el segundo capítulo “El hospital y la unidad de urgencias” se presenta la concepción de la unidad hospitalaria, las funciones principales, los criterios de clasificación de los mismos y su evolución histórica.

La definición de los modelos de gestión hospitalaria, las características que presentan los diferentes modelos que utiliza cada institución de acuerdo a la finalidad que persiguen. También identificamos y describimos las particularidades que presenta los modelos de atención, focalizándonos principalmente en el “modelo de atención basado en la calidad” y el de “cuidados progresivos de pacientes”. Se exponen los conceptos de urgencia, emergencia y los protocolos de funcionamiento de dichas áreas a fin de poder contextualizar las guardias hospitalarias.

Para finalizar este apartado desarrollamos en el capítulo tres titulado “Trabajo social en el campo de la salud”, donde examinamos el origen y expansión del trabajo social como profesión teniendo en cuenta el contexto histórico y social a nivel internacional, luego nos focalizamos en el desarrollo en Argentina y las influencias ideológicas que atravesaron la profesión.

Analizamos las diferentes herramientas que se pueden utilizar en la intervención de forma estratégica a fin de reconocer la forma de intervención más adecuada.

Consideramos importante desarrollar los objetivos que se persiguen en la actualidad en la intervención del trabajo social en el campo de la salud y principalmente en el ámbito hospitalario. Por último, hacemos hincapié en los diferentes momentos de intervención del quehacer profesional.

En la segunda parte como ya mencionamos fue titulado marco institucional, conformado por dos capítulos. En el cuarto capítulo “El hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende y el Hospital Privado de Comunidad”, se realizó una descripción histórica de cada uno de los hospitales teniendo en cuenta los objetivos que impulsaron su creación, su ubicación, las funciones que realiza cada uno de ellos y la procedencia de los recursos financieros con que cuentan.

Además reconocemos los diferentes modelos de gestión que adoptaron en el espacio público y en el espacio privado. Para finalizar este capítulo se realizó un cuadro comparativo de doble entrada de las particularidades de cada uno de las instituciones.

En el último capítulo denominado “marco metodológico” se desarrollan los componentes que hacen a esta investigación, objetivo general, objetivos específicos, unidad de análisis y las técnicas e instrumentos que nos permitieron recolectar los datos. Luego desarrollamos dos cuadros comparativos en relación a las características de la estructura física de cada uno de los servicios de guardia y el otro referido a la composición del plantel profesional.

En este capítulo se encuentra el análisis de datos dividido en cuatro partes, estructura organizacional, cultura organizacional, situaciones problemáticas y el perfil de los sujetos de demanda, por último los momentos de intervención del trabajo social. Para finalizar concluimos sobre lo analizado.

Fundamentación:

El presente trabajo surge a partir de realizar la practica pre-profesional en el Hospital Interzonal General de Agudos (ámbito publico) y en el Hospital Privado de Comunidad (ámbito privado), en el servicio de guardia desde mayo a diciembre del 2011.

Ambas instituciones son prestadoras de servicios de salud de alta complejidad por su equipamiento, tecnología, tipo de recurso humano y capacitación permanente de los profesionales, cumpliendo con todos los niveles de calidad y garantía a fin de dar satisfacción a las necesidades de la población.

Los componentes que caracterizan este modelo de atención, es la gestión de calidad en las diversas especialidades con las que cuentan destinadas a prevenir, tratar y rehabilitar los problemas de salud que afectan a la persona. Interviniendo desde el nivel secundario, promoviendo la recuperación o restablecimiento de la salud. Poseen una estructura global con sus propios niveles jerárquicos, agrupados por especialidad, organizados por áreas o servicios.

Los objetivos de los servicios sociales de ambos hospitales están orientados a contribuir al tratamiento integral del sujeto, con el fin de favorecer el bienestar bio-psico-social.

El propósito del presente trabajo es comparar la intervención profesional del Trabajador Social en el área de urgencias desde un ámbito público y privado, como responsables del componente social y comunitario dentro del equipo multidisciplinario.

La emergencia de las Problemáticas Sociales Complejas en el servicio de guardia constituye un campo de acción para el Trabajo Social, interviniendo en situaciones socio sanitarias que detectadas oportunamente pueden evitar reinternaciones, reagudizaciones de los sujetos de demanda o resoluciones más integrales de las problemáticas. La persona que ingresa lo hace por una preocupación asociada a su salud física y/o psíquica. Ambas pueden ir asociados a múltiples factores que favorecen la intervención del Trabajador Social que trabaja en el servicio de guardia.

Lo que propicia la existencia de una unidad de trabajo social es la orientación que ofrecen dichos hospitales, apuntando a una atención integral y de calidad, ante una situación de urgencia en el estado de salud.

El servicio social en el ámbito de emergencia implica intervenir desde una perspectiva holística abordando al sujeto en su complejidad, considerando todas las dimensiones y su entorno. Desde ambas instituciones se intervine en un conjunto de hechos que alteran la vida cotidiana y que se concentran en un momento, en una persona, en su familia o entorno, modificando la cotidianeidad, dificultando total o parcialmente el desarrollo de su proyecto vital. Significa generar espacios dentro de la institución que puedan propiciar la problematización de las demandas, de los diferentes sujetos que ingresan a la guardia considerando, el derecho a la salud como un derecho básico universal, siendo indispensable sostener un perfil disciplinar que se comprometa con las necesidades de la población y posibilite reconocer al servicio de urgencias como un espacio de intervención integral para el Trabajador Social.

Antecedentes:

- La tesis titulada “La salud de Mar del Plata. Un abordaje desde el servicio de emergencia del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” y las unidades sanitarias” fue presentado por María Noelia Fraga y Cecilia Beatriz Maurin en el año 2002.

La investigación se encuentra atravesada por la crisis del año 2001. En la cual la población se encontraba imposibilitada de continuar manteniendo su obra social; generando un desborde en el sistema de salud pública.

La aproximación diagnóstica a la que arribaron, es la falta de correspondencia que se establece entre la necesidad de atención médica de la población adulta y los diferentes niveles de atención.

En dicha investigación se concluye que un alto porcentaje de las consultas recibidas en el servicio de urgencias del Hospital Interzonal General de Agudos, pueden ser atendidas en el primer nivel de atención.

A modo de conclusión, consideraron necesario planificar la gestión social articulando y coordinando los distintos efectores públicos de salud en relación a su nivel de atención.

- En su artículo la Licenciada en Trabajo Social Troiani, María Josefina “La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias” (2011) en el que hace referencia al contexto socio político, donde el Trabajador social se incorpora al equipo de guardia del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”.

Considera que el objetivo que persigue el Trabajador Social en la Guardia es el de promover los derechos del paciente, así como sostener el mayor nivel de autonomía, procurando un adecuado período de internación y favoreciendo las condiciones de externación apropiadas para la situación de cada sujeto.

La autora realiza una descripción de la intervención, considerando los diferentes momentos (pase disciplinar, lectura de los diferentes registros y diseño de estrategias de intervención). Contextualiza a la guardia como un lugar particular caracterizado por un movimiento constante de sensaciones,

donde surge la categoría de “paciente social”. A partir de esta concepción la autora se plantea diferentes interrogantes. Describe lo que sucede con dichos sujetos desde que ingresan hasta el lugar que permanecen y el trato que reciben de los demás profesionales.

Concluye que dicha denominación constituye una forma estigmatizante de “rotular” a sujetos: Particularmente por la connotación de carga negativa que simboliza para quienes la utilizan: entendiendo por “social”: “indigente”, “oloroso”, “sucio”.

Finaliza mencionado que la intervención del trabajo social es fundamental ya que es el único profesional que construye estrategias a fin de promocionar los derechos de los sujetos, utilizando la entrevista como acción fundamental a fin de escuchar e interpretar la forma en que transitan su internación, la trayectoria de vida, las redes socio afectivas y las instituciones con las que tuvo contacto. Es a partir de ahí que se desarrollan estrategias de asistencia. De esta manera transcurre el proceso de construcción de la Identidad del Trabajo Social, con la presencia de conflictos, debates y discusiones, propios de un movimiento que avanza dentro de la profesión.

- La ponencia realizada el 29 de junio al primero de julio del 2006 en la escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba, “Interrogantes acerca de la práctica profesional en el dispositivo de Guardia del Servicio Social en el Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn”, presentado por las Licenciadas Abel Lidia, Ríos Camila y Suardiaz Clara; es un trabajo que busca abordar reflexivamente las prácticas profesionales; aproximándose analíticamente a los supuestos teóricos y metodológicos que direccionan el trabajo cotidiano en la “Guardia en sede” de un hospital público, determinando el modo de leer la realidad. La finalidad de dicha presentación es indagar sobre el tipo de respuesta institucional y profesional que se brinda en la guardia ante diversas demandas sociales.

Se describe el funcionamiento de la guardia como una instancia de encuentro con las personas que reciben atención en los diferentes sectores del hospital y sus familiares, caracterizando a la entrevista como el nexo de dicho encuentro; adquiriendo las características de “interrogatorio burocrático” en el que la

persona tiene que “acreditar” merecer asistencia. La ponencia contextualiza, al espacio de la guardia como un espacio complejo, uno de los lugares donde se produce el inter - juego y la expresión contradictoria de las funciones asignadas a la profesión.

Plantean como desafío identificar las demandas sociales y apropiarse críticamente de las mismas, considerando a la práctica profesional como construcción relacional que involucra a un otro/s que no puede ser pensado desde prácticas estandarizadas.

Se reflexiona sobre la posibilidad de trascender la situación de inmediatez e intentar problematizar aquellas situaciones con las que se interviene. El interrogante es, cómo desentrañar este complejo de relaciones, cómo apropiarse de lo “aprendido” para trascender lo aparente. Entendemos que el saber acumulado no es condición para garantizar una práctica que le sirva a los sujetos; se requiere también una reflexión a los componentes éticos, políticos, que la conforman. Es decir, se intenta superar las situaciones en donde se pone acento en “lo práctico” o en lo “teórico” para reconocer / pensar estas dimensiones como una unidad. Potenciar espacios analíticos y reflexivos dentro de nuestros lugares institucionales implica también sostener tensiones y contradicciones, que son inevitables.

- En el artículo “La construcción del rol profesional en la guardia” de Ana Clara Di María, publicado en la edición número 53 de la revista margen. La autora comenta su experiencia como residente de segundo año de la carrera de trabajo social en el dispositivo de guardia externa del “Hospital de emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear”.

Realiza una reseña histórica de la institución, describe cuáles son las vías de acceso a la guardia y los requisitos para la internación. Finalmente analiza la intervención profesional del trabajo social en la guardia, lo que se solicita a las personas, las entrevistas, las orientaciones que realizan, el objetivo de los informes sociales, los acompañamientos que se llevan a cabo, las articulaciones institucionales, los registros en la historia clínica entre otras. En la presente ponencia concluye con la importancia de poder establecer un primer acercamiento con la situación integral del paciente, visualizándolo como

una oportunidad de intervención del Trabajador Social desde la recepción del paciente y como parte del Equipo de Salud, para poder ir elaborando el camino para el alta desde el mismo día de la internación.

- Las licenciadas Aguirre Virginia, Cabrera María Cristina, Montea Loana, Pombo Alejandra y Sánchez Mariana en su artículo “La intervención profesional en una guardia hospitalaria ante situaciones de violencia de género en la pareja, Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni” realizado en el mes de julio de 2011.

Abordan el concepto de violencia, el reconocimiento de dicha problemática, las legislaciones que se encuentran vigentes, la relevancia que han tomado los diferentes casos de mujeres quemadas por sus parejas, además de los datos estadísticos de la violencia de género en la pareja.

Reflexionan sobre la intervención profesional en el espacio de guardia con respecto al tema, cuales son sus aportes, que es lo que proponen y presentan un protocolo de atención que resulte orientador para la intervención profesional.

Primera Parte
Marco Teórico Referencial

Capítulo N° 1

El Sistema de Salud

- El Sistema de salud
- El Sistema de Salud en Argentina sus características
- Políticas públicas en salud y su implementación
- Estructura del Sistema Nacional de Salud
- Niveles de atención en Salud

Sistema de Salud:

Según Rossi y Rubilar en su libro “Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de Salud” se puede analizar que hacia finales del S. XIX, con la creciente industrialización y organización de los trabajadores, las sociedades comenzaron a reconocer el elevado costo de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre la fuerza laboral, así como la importancia de la situación sanitaria de la población asalariada. Para esa época en algunos países de Europa, la salud de los trabajadores se convirtió en un tema político.

El mismo afirma que el modelo bismarckiano fue creado con el objeto de frenar los progresos del socialismo, dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos. Se caracterizaba por su concepción aseguradora, razón por la que los montos de las pensiones y los subsidios se calculaban en función de los ingresos percibidos por los solicitantes, sus pautas fueron pensadas exclusivamente en función del trabajador asalariado.

Surge así, el primer modelo de desarrollo de política social, el modelo de Estado Social, el que se constituye como una compensación por la falta de libertades y adopta una forma autoritaria de integración de los trabajadores.

En Gran Bretaña al final de la segunda guerra mundial, según estos autores mencionados anteriormente se da inicio a el servicio nacional de urgencias, el cual sirvió de base para la construcción de lo que en 1948 se convertiría en el Servicio Nacional de Salud, uno de los modelos de salud más influyentes desde entonces y aún hasta nuestros días, que cubría a la totalidad de la población y se financiaba a través de impuestos.

Ese mismo año las Naciones Unidas aprueba la declaración Universal de los “Derechos Humanos”. Estos nuevos derechos incluyen: derecho al trabajo; igual salario por igual trabajo; protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario; percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana; disfrutar de un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar; disponer de descanso y de tiempo libre; y tener un amplio acceso a la educación y a la vida cultural de la comunidad.

Se trata de derechos que el propio Estado tiene la responsabilidad y la obligación de llevar a la práctica, dictando las leyes y aportando los recursos necesarios. Se puede referir que en los países hoy denominados desarrollados fue posible efectivizar en la práctica estos derechos a través de lo que se denominó el Estado de Bienestar.

“Los sistemas de salud existentes en la actualidad se crearon tomando como diseño básico bien el modelo del seguro creado por Bismark en Alemania, o el modelo del servicio de Beveridge en Gran Bretaña”. (ROSSI, M.T; RUBILAR, A.N.; 2005: 5)

Se puede indicar que el “modelo del seguro” propone cubrir el financiamiento de la demanda, de todos o al menos de la mayoría de los ciudadanos, por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados, a fondos de seguro o de enfermedad, estando la prestación de los servicios a cargo tanto de proveedores públicos como privados.

El modelo del servicio implica además del manejo del financiamiento, que se cubre a través de ingresos tributarios, la coordinación y organización de la oferta de servicios por parte de las agencias públicas, centralizando a tal efecto la planificación de la prestación. En general los países europeos han optado por alguno de estos modelos.

Existe además, un tercer modelo donde la participación estatal a pesar de ser sustancial está más limitada, la cobertura se da solamente a ciertos grupos de la población tal como sucede en los Estados Unidos, con los “programas Medicare, destinado a la asistencia de personas mayores de 65 años y Medicaid, que cubre a las personas por debajo de la línea de pobreza, en tanto que el resto de la población depende del sector privado, el cual aporta fondos, presta servicios y es propietario de los establecimientos asistenciales”. (ROSSI, M.T; RUBILAR, A.N.; 2005: 6)

En los países de ingresos medios como los latinoamericanos los sistemas de salud tienden a ser una mezcla de los modelos vigentes en los países desarrollados.

Sistema de Salud Argentino y sus características

En los inicios de nuestro Sistema de Salud, se encuentran como antecedentes según la autora Patricia Secades, el surgimiento y la consolidación de un amplio espectro de organizaciones no gubernamentales basadas en principios relacionados con la solidaridad, la autogestión de problemas comunes y la propia iniciativa de los interesados.

Proveniente de diversos orígenes: la sociedad de beneficencia en un primer momento, colectividades de inmigrantes, asociaciones profesionales, partidos políticos, empresas, la Iglesia Católica, los vecinos de los barrios. Desde estos diferentes sectores y a partir de los condicionamientos de cada momento histórico, se fueron generando distintos tipos de asociaciones.

La transformación más importante se dio recién a partir de 1943, con la organización de los servicios de salud estatales, hasta ese momento, el Departamento de Higiene dependía del Ministerio del Interior, pero a partir de ese año se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Conjuntamente con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, se generó una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno satisfaciendo mejores condiciones de vida. La Secretaría de Trabajo promovió el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales que luego dará lugar a las obras sociales

Pero es recién en 1945 cuando se producen en Argentina una serie de ideas políticas, económicas y culturales tras la llegada del presidente Juan Domingo Perón, que contribuyeron a modificar las estrategias sanitario-asistenciales. El Modelo Justicialista instaló el modelo de bienestar, tomando como referencia el modelo bismarkiano creado por Bismark en Alemania desarrollado en la página anterior, cabe aclarar que dicho presidente si bien tomó este modelo como base, le imprimió sus propias características.

Se creó la Secretaría de Salud Pública en 1946, designándose al Doctor Ramón Carrillo como Secretario con rango de Ministro, a cargo de la sanidad y la asistencia médica de la población de menores recursos. Con Carrillo se expresaba una fuerte voluntad de regulación de la atención de la salud por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad a

sectores menos pudientes, esta es una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humano en salud pública. Esta gran capacidad asistencial fue un gran instrumento de legitimación del gobierno peronista, pero además la atención hospitalaria se había incorporado en el comportamiento colectivo.

Es a partir de la reforma constitucional de 1949, que la Salud Pública adquirió el rango de Ministerio y se reconoció a todo habitante de la Nación el derecho a la protección, conservación y restitución de la salud, derecho éste garantizado por el Estado mediante medidas de sanidad y asistencia médica - social integral.

La gran capacidad asistencial instalada durante el periodo peronista expresaba un sector público que había hecho de la atención médica uno de los principales instrumentos de legitimación. El acceso a la atención médica hospitalaria se había establecido como un comportamiento colectivo al que no era fácil renunciar.

Caído Perón un intento de recomposición del sector salud, se inicio a fines de 1957 a través de diversas medidas de descentralización de los servicios. Con el objetivo de disminuir el papel central y coordinador que se había tenido desde el Estado, a partir del Ministerio de Salud Pública y Acción Social. Desde ese momento, se puede observar un claro cambio del modelo estatalista y garantizador e incluyente, hacia uno desconcentrado y excluyente. Las medidas incluyeron la transferencia de recursos asistenciales hacia las provincias y municipios, tratando de disminuir el papel central y coordinador que había llegado a tener el ministerio de salud pública y asistencia social.

Según Rossi y Rubilar la asunción al Gobierno del Dr. Illia, en 1964 significó una momentánea revisión de las tendencias previas. El sector estatal recuperó su rol orientador y se mejoró la organización interna del ministerio así como su relación con las provincias. A tal fin se revalorizó a las delegaciones sanitarias federales, creadas durante la gestión de Carrillo, al considerarlas como una herramienta más adecuada para mejorar la relación entre Nación y provincias. Después del golpe que derrocó a Illia, se desdobló y se transfirió las cuestiones

de asistencia social a otra secretaria, quedando la atención médica, la prevención y la fiscalización en el ámbito de la Secretaria de Salud

Hasta entonces el financiamiento fue exclusivamente por rentas generales, proveniente de impuestos. La idea de establecer un mecanismo financiador de las prestaciones fue propuesto durante el Gobierno de Onganía, para constituir un seguro de salud. De allí surgirá la coordinación con la secretaria de Estado de la Seguridad Social, la ley 18.610 de Obras Sociales. Después de asumir Cámpora y hacia 1974, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), (Ley 20.748). Este tenía clara diferencia con el de la Ley de Obras Sociales, porque entre otras cosas le asignaba al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud. Este debía actuar como financiador y ser garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario.

Este seguro permitía la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por medio de convenios. El Consejo Federal debía impartir las directivas según los lineamientos de la política nacional. El SNIS, no prosperó en general por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y el sector privado.

Estos autores hacen referencia que la labor de la Secretaria de salud a partir del golpe de estado del 1976, se concentro en la atención médica, la prevención y la fiscalización, transfiriendo los asuntos relativos a asistencia social a la esfera de la nueva secretaria de estado de promoción y asistencia a la comunidad, perteneciendo ambos al ministerio de bienestar social.

Las políticas asumidas en materia de salud por el gobierno militar durante el periodo 1976-1983 difícilmente pueden ser atribuidas a un solo proyecto, a una única orientación. Si bien las consecuencias finales reflejan un uniforme deterioro del papel del gobierno central, las causas por las que se llega a dicha situación son diversas.

Entre las medidas dispuestas por el gobierno militar se pueden sintetizar siguiendo a la autora mencionada anteriormente, los siguientes ítems:

- 1- Promover la descentralización de establecimientos hospitalarios. En octubre de 1978, por medio del decreto ley 21.883, se transfieren establecimientos de la administración central a la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires y a diversos gobiernos provinciales. Dichas medidas no contemplaban una paralela

transferencia de recursos financieros, y de esta forma los gobiernos locales debieron desplazar fondos hacia la atención médica generándose, en algunos desajustes presupuestarios que afectaron el funcionamiento institucional.

2- La fijación de aranceles en los servicios asistenciales, públicos, se concretó en el ámbito de la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, extendiéndose luego a 14 provincias. Esta medida estaba destinada a obtener un reembolso por las prestaciones que los servicios públicos brindaban a beneficiarios de obras sociales o de usuarios con capacidad de pago.

3- La sanción de la ley 22.269 de obras sociales en 1980, aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social, pasando a ser el punto central de la decisión en materia de política de atención médica, en mucho mayor medida que la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Seguridad Social pasó a ser el interlocutor estatal con las organizaciones sindicales, el gremio médico, los representantes de la atención médica privada, los prepagos médicos y diferentes grupos de beneficiarios.

4- La reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de mercado de servicios de salud, en el cual la superposiciónes, los costos crecientes y el uso indiscriminado innecesario de recursos, tecnología pasaron a ser una constante. De esta forma se consolidó un modelo prestador sumamente tecnologizado, de alta especialización y que privilegió la atención de determinadas patologías en detrimento de los servicios de menor complejidad, la medicina general y las acciones preventivas.

5- La última medida dentro de la acción del gobierno central en materia de salud estuvo dada por la relación con las provincias.

Después del golpe de 1976 se agudizó la descentralización, se debilitó claramente el protagonismo del Estado. Desde entonces fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios. A su vez la pérdida de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, consolidándose el modelo prestador de servicios sumamente tecnologizado

Con la llegada de la democracia, el Gobierno de Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud. "La Ley del SNS se aprobó, desdoblándose en la Ley de Obras Sociales 23.660 y

la del SNS 23.661. La mayor resistencia fue dada por los gremios que no querían perder el manejo de los fondos de sus obras sociales”. (LOPEZ, Susana; 2006: 3).

En la década de los 90 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando hasta casi quedar ausente. La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado. “Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural. Las medidas fueron de recorte administrativo financiero”(LOPEZ, Susana; 2006: 4). La Argentina ingresó al siglo XXI en medio de una brutal crisis de índole diversa, destacando la confluencia del deterioro de la autoridad política, la fuerte recesión económica y el deterioro creciente de los indicadores sociales que produjo la crisis de 2001/2002.

A partir del gobierno de Néstor Kirchner (2003-2007) y Cristina Fernández de Kirchner (2007 hasta la actualidad), la política social avanzó en la transformación de algunas de las tendencias dominantes en los años inmediatos, en particular en lo referido al rol del Estado.

Se transitó, de una crisis político-institucional y socio-económica hacia un escenario de crecimiento económico y mejoría de sus indicadores sociales.

A partir del “Plan Provincial de Renovación de Tecnologías Médicas en el Sistema de Salud Pública, las nuevas instalaciones y equipamiento, demandaron una inversión de 2.329.780 millones de pesos, por lo tanto se llevan invertidos más de 50 millones de pesos en 77 hospitales públicos provinciales y centros de atención primaria”.

Según los datos del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires del equipamiento incorporado un 34 por ciento es de alta complejidad y el 66 por ciento restante corresponde a aparatología para la asistencia materno-infantil.

El Plan permitió dotar de tecnología de última generación, se incorporaron 320 respiradores de alta complejidad, se aumentó en un 60 por ciento la dotación de este equipamiento vital para las terapias intensivas hospitalarias. Se intentó que el desarrollo tecnológico esté al servicio del país en instituciones públicas”.

Políticas Públicas en Salud y su implementación

De acuerdo con Federico Tobar se pueden identificar básicamente cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. Cada uno involucra un modelo particular de ciudadanía y se las puede ubicar en diferentes etapas:

1. La policía médica
2. El Estado de Bienestar
3. El Modelo Desarrollista
4. El Modelo Neoliberal

1. En esta primera etapa que el denomina “la policía médica” es una extensa fase del desarrollo del sector salud, donde la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Aunque el progreso del conocimiento médico reforzaba la imagen de poder y prestigio, registraba un leve impacto en la agenda de políticas públicas. En el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado.

Las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada, que presionaba sobre las estructuras de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias.

El prestigio médico fundamentaba una asimetría de poder entre médico y paciente que justificaba decisiones unilaterales del primero sobre el segundo. Este prestigio que obtenían, era producto del valor terapéutico que le había asignado la sociedad al desarrollo de su rol profesional.

Durante el siglo XIX se instituía “un modelo de atención en salud pública sobre dos ejes de acción vinculados entre sí: Por un lado la Psiquiatría Alienista y por el otro el Higienismo” (TOBAR, F.2001:3).

Para el Estado Liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma, sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo Higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar

a los enfermos” que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta “policía médica” constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo Higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales.

En conclusión, para el Estado Liberal la salud no formaba parte de la cosa pública. En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de “policía médica” ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles. Es en dicho contexto histórico, donde surgen organizaciones no gubernamentales a las que se hace referencia en el principio del apartado anterior. Habiéndose conformado como el objetivo de proporcionar los servicios de atención médica, prestados estos en forma de caridad por Sociedades de Beneficencia, que no configuraban una función del gobierno. La asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos, sino una dádiva otorgada a los excluidos, los no ciudadanos.

2. Como mencionamos anteriormente el Estado de Bienestar, fue fortaleciéndose a medida que el mercado de trabajo formal crecía, al mismo tiempo el seguro social como esquema de protección se expandía y redefinía. Respecto a esta etapa Federico Tobar alude que desde la unificación de Alemania, en la década de 1870, hasta la década que transcurre entre 1930 y 1940 se registró una dinámica económica que promovió una gran formalización del mercado de trabajo de modo que alrededor del 90% de la población económicamente activa europea pertenecía al sector asalariado formal.

Se formula entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos. Esta forma de organización de los sistemas de salud se tornó hegemónica en Europa a partir de los años cincuenta. Desde el punto de vista de la financiación la

universalización de la protección de la salud que surge en la postguerra se apoya en cierta facilidad para lograr solventar a esa porción minoritaria de la población que no contaba con ninguna forma de protección social.

Financiar esa nueva obligación del Estado a través de recursos fiscales, obtenidos vía impuestos y contribuciones laborales no resultaba muy difícil en países que pasaban por una fase de franca recuperación económica. Además de eso, dentro de los programas de reconstrucción europea diseñados en el Plan Marshall se previa la cobertura de determinados riesgos sociales. Por lo tanto la cuestión de la universalización no imponía un costo económico muy alto a los países europeos. Además, aquella fase de los años cincuenta hasta la primer mitad de los setenta fue un período de gran crecimiento económico y desarrollo social.

En conclusión, este modelo se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos.

Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, lo mismo sucede en su organización-gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización-gestión. En comparación con los otros, este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

Cabe aclarar como ya indicamos anteriormente que dicho modelo en nuestro país, no siguió exactamente los mismos patrones que en Europa. Dado que la forma que adquirió en Argentina en palabras de Federico Tobar es el de un “Estado de compromiso” donde comienza a surgir a mediados de la década de 1940, a partir de la expansión de los servicios de salud asociados a la ampliación de los derechos del ciudadano.

3. Siguiendo con los lineamiento de este autor en la tercera etapa denominada “Estado desarrollista” el rol distribucionista del Estado del modelo anterior fue reemplazado, por el de garantizador de la acumulación del capital.

Dentro de este esquema el sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal, que según el autor se pueden denominar “políticas de transferencia”, donde la descentralización surgen conjuntamente con los intentos por disminuir el gasto del Estado Nacional y que condujeron a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada e incluso en el deterioro.

Como ya indicamos que las medidas de transferencia aplicadas por el gobierno del presidente Illia, apuntaban a disminuir el papel central y coordinador que había llegado a tener el gobierno de Juan Domingo Perón.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado, no involucra un achicamiento ni una privatización: “Por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso modernizante y eficientista pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes”. (TOBAR, F.2001:4)

4. En la última etapa que el denomino “el Estado Neoliberal” el modelo de Estado es burocrático-autoritario, comenzando a instalarse en la Argentina a partir de 1976 asumiendo características fundacionales y desarrollando todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental.

Las Fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud, primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. “Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso

oficial.” (TOBAR, F. 2001:6). Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales.

En síntesis, a partir de las medidas implementadas por la dictadura militar se instala en nuestro país las políticas neoliberales. Dentro del sistema de salud se refleja, en la transformación del rol del Estado, como único garantizador del derecho de salud. Estas reformas no fueron aplicadas ingenuamente, sino que responde a una reforma macroeconómica impulsada por organismos internacionales, que tenían como objetivo el pasaje de un Estado garantizador, por otro que dejaba el camino libre al mercado.

5. El Modelo Nacional y Popular se instala como ya mencionamos en el apartado “Sistema de Salud en Argentina y sus características” con la llegada de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner, según la Dr. Alicia Kirchner en su libro “Políticas Sociales del Bicentenario”, alude que en el año 2003 se inaugura un proceso de recuperación de la presencia del Estado y un cambio de paradigma, acerca de como pensar e implementar las políticas públicas.

Se produce el pasaje de políticas sociales focalizadas, que mostraron su carácter restringido, discriminatorio y de exclusión, las que generaron un “estigma social”, que atentaba contra los derechos humanos y sociales a políticas sociales integrales basándose en la justicia social, legitimando así el concepto de ciudadanía y derechos sociales.

De esta manera, el enfoque apunta a la solidaridad social, y a los sujetos como “titulares de derecho”.

Este modelo, desarrolla políticas que claramente marcan las conquistas sociales de los sectores populares, basándose en los principios declarados por la reforma de la constitución del año 1949.

Destacamos la transformación a través de enunciados claves que rescatan los paradigmas dominantes. Observamos el pase del concepto de “beneficiario” al de “sujeto de derecho”. Las leyes que surgen en esta época dan lugar a condiciones de igualdad y justicia social, creando accesibilidad a través de estructuras que respondan a este paradigma.

Visualizamos que en el concreto real, conviven estos paradigmas en un espacio de tensión, con diferentes momentos de dominación que no permiten garantizar el acceso a la salud desde el enfoque de derecho.

Sin embargo, contamos con un Sistema de Salud público que dista de ser ese modelo ideal. Las transformaciones realizadas intentan ajustarse, al nivel de exigencias dadas en el mundo global por la posmodernidad:

- Incorporación de innovación tecnológica,
- Calidad en el servicio ofrecido.
- Optimización y eficiencia en la demanda.
- Alto rendimiento técnico.

En el Sistema de Salud y en particular en el Subsistema Público, se encuentran en una meseta presupuestaria, ya que el presupuesto asignado no encuentra equilibrio ante la proporción en el aumento de los costos de los materiales e insumos, y el avance incesante de la innovación tecnológica, dado que este se encuentra superado ante la situación de cumplir con dichas exigencias.

En conclusión, se puede señalar que de los modelos desarrollados, se obtuvieron diferentes concepciones de salud, que se ven reflejadas en las respectivas políticas públicas implementadas en el Sistema de Salud.

En un primer momento contábamos con un servicio de salud segmentado, que se caracterizaba por culpabilizar a la clase baja de contraer enfermedades, que le eran propias, según la corriente Higienista por su categoría social a la que pertenecían, es en este período que a través de las sociedades de beneficencia y organizaciones no gubernamentales, se trato de paliar dicha cuestión social, basada en la caridad y la dación.

Con el Modelo Justicialista se estructuró el sistema de salud pública, con sus respectivos niveles de atención, conquistándose el derecho a la salud, con acceso igualitario. Con el transcurso de las décadas y los gobiernos que fueron asumiendo, se comenzó a consolidar un nuevo enfoque basado en la mercantilización del acceso a la salud, generando un corrimiento del rol del Estado como garantizador, que logra consolidarse como tal en el Modelo Neoliberal.

A partir del Modelo Nacional y Popular, se conquista nuevamente el derecho a la salud y la justicia social como concepción ideológica. El Estado retoma no solo su rol de garantizador, si no también como regulador de dicho sistema.

Estructura del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el Público, Privado y el de Seguridad Social. Esta conformación del sector le asigna al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

Subsistema de Salud Pública

Para analizar este subsistema tomamos al autor Carlos Acuña que en su documento "Sistema de Salud en la Argentina" señala que esta conformado por los recursos que provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, a toda la población, que se comporta como demanda natural de este subsector. 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. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

Otra característica para dar cuenta de los rasgos constitutivos de este subsector, es el doble vínculo laboral de los profesionales y técnicos, ya que la mayoría, desarrollan actividades también en el subsector privado de forma independiente o vinculada a los establecimientos públicos.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud las funciones del subsistema de salud público son:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- Vigilancia de salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud, participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud.

- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
- Regulación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Simultáneamente a estas consideraciones de carácter descriptivo, es necesario analizar la dinámica que asume esta área. El subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles:

A) Nivel Nacional: a través de la estructura existente en el Ministerio de Salud ejerce las funciones de coordinación, regulación, asistencia técnica y control en la aplicación de las políticas públicas.

La función es ejercida a través de la estructura que posee el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, el mismo tiene como objetivos, misiones y metas descriptas en los siguientes apartados:

1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia.
2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional.
3. Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.
4. Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno

Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social.

5. Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.

6. Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquéllos que ya se desempeñan en la misma.

7. Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas.

8. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo.

9. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte.

10. Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional.

11. Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos.

12. Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica.

13. Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.

14. Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado.
15. Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados.
16. Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.
17. Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales.
18. Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.
19. Intervenir en la normalización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el Ministerio de Economía y Producción.
20. Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial.
21. Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor.
22. Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.

23. Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.

24. Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos.

25. Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información.

26. Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud.

27. Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud.

28. Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud.

29. Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial.

30. Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital.

31. Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

32. Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil.

33. Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles.

34. Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario.

35. Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades.

36. Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones.

37. Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales-determinados en situación de riesgo.

38. Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograrla readaptación y reeducación del discapacitado e inválido.

39. Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

40. Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga.

41. Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente

sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del Poder Ejecutivo Nacional con competencia en la materia.

Su organigrama detalla, los niveles decisorios para la implementación de las políticas de salud que esta formado de la siguiente forma:

El Ministro Dr. Juan Luís Manzur y el U.A.I Dr. José Gandur; el mismo se encuentra compuesto por:

- Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Dr. Gabriel Eduardo Yedlin.
- Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios. Dr. Máximo Andrés Disque.
- Secretaria de coordinación. Cont. Eduardo Samuel Garvich,
- Secretaria de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias Dr. Eduardo Mario Bustos Villar, también cuenta con la coordinación General de información Pública y Comunicación Valeria Zapesochny.

Además de contar con administraciones descentralizadas como es el caso de la superintendencia de servicios de salud el instituto nacional de cáncer dirigida por el Dr. Roberto Néstor Pradier.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es “un organismo descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Salud, es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el sistema nacional de seguros de salud” (ACUÑA, C; 2002:10)

B) Nivel Provincial: los gobiernos provinciales, son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus Ministerios de Salud.

En el organigrama se detalla la estructura del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires:

- Ministro de salud el Dr. Alejandro Collia,
- Jefe de gabinete Dr. Pablo Garrido
- Subsecretaria de coordinación y atención de la salud Dr. Sergio Alejandro, Subsecretaría de planificación de la salud Dr. Alejandro
- Subsecretaria de atención a las adiciones Dr. Carlos Sanguinetti

- Subsecretaria de coordinación de políticas de salud Dr. Sergio del Prete.
- Subsecretaria de control sanitario Dra. Silvia Caballero.
- Subsecretaria administrativa CPN Gerardo Daniel Pérez.

El ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires tiene como misión asistir al Gobernador de la Provincia en la determinación de las políticas y acciones asistenciales en materia de salud integral de la población, a través de la prevención, recuperación, asistencia y mantenimiento de la salud.

Sus Funciones son:

- Proponer, intervenir, formular y ejecutar la política sanitaria provincial;
- Fiscalizar, todo lo atinente a la elaboración, habilitación, distribución, comercialización y expendio de medicamentos, productos biológicos, drogas, yerbas medicinales y dietéticas; lo relativo a la elaboración, distribución y uso de insecticidas y plaguicidas en coordinación con los organismos pertinentes, artículos de tocador, aguas minerales y del material e instrumental de aplicación médica.
- Formular planes y programas de atención y prevención integral de la salud. Coordinar la implementación de los mismos con los distintos Municipios e Instituciones públicas, privadas y comunitarias.
- Brindar asesoramiento técnico y/o asistencia financiera mediante convenios, a los municipios y otras instituciones públicas y/o privadas, para el desarrollo de programas y el funcionamiento de servicios de salud.
- Realizar estudios epidemiológicos para determinar la situación y necesidades de salud de la población, identificar los factores causales de riesgo de enfermedades, evaluar el resultado de la aplicación de programas y demás acciones de salud.
- Promover el desarrollo de las investigaciones en las áreas biomédicas, socio-epidemiológicas y operativas, en coordinación con otros organismos e instituciones públicas y privadas.
- Proponer políticas, elaborar planes y administrar programas de formación y capacitación de las personas que intervienen en los temas de salud.

- Promover el desarrollo de un servicio de salud que brinde una cobertura de atención médica al total de la población con idéntica, absoluta e igualitaria calidad de prestaciones, priorizando los grupos especiales en riesgo.
- Ejecutar programas sanitarios tendientes al control y erradicación de enfermedades infecto contagiosas, así como realizar programas y campañas de inmunizaciones.
- Intervenir en la prevención, profilaxis y tratamiento de las afecciones bucodentales.
- Planificar, organizar, coordinar, articular, dirigir y controlar las actividades relacionadas con emergencias médicas, accidentes y catástrofes. Administrar el sistema de información y comunicación en apoyo de las actividades.
- Ejercer el poder de policía sanitaria en el ámbito provincial, en efectores públicos y privados.
- Habilitar, acreditar, elaborar normas y reglamentos, fiscalizar los establecimientos asistenciales, laboratorios de análisis clínicos y establecimientos farmacéuticos que funcionen en el territorio provincial, como asimismo el ejercicio de la medicina y actividades afines de la atención de la salud, coordinando pautas con entidades profesionales.
- Intervenir en la reglamentación y fiscalización del ejercicio de las profesiones vinculadas a la salud.
- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que hacen a la salud en el ámbito provincial.
- Participar en la formulación de las medidas relativas al saneamiento ambiental, coordinando acciones, pautas y criterios con organismos nacionales, provinciales y municipales involucrados en la materia.
- Planificar el desarrollo de los recursos físicos de la red sanitaria provincial, colaborando en el proyecto de las obras de construcción, ampliación y remodelación de los establecimientos de salud en coordinación con las otras carteras competentes y con los Municipios.
- Intervenir en la regulación de las prestaciones de cobertura de riesgos relacionados con la salud por parte de los sistemas públicos o privados que operan el ámbito provincial.

-Intervenir en el funcionamiento y administración del Instituto de Obra Médico Asistencial.

-Intervenir en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de necesidad.

-Participar, elaborar y promover campañas de prevención de la salud.

-Asegurar la asistencia médica y sanitaria en los institutos carcelarios y de detención y supervisar las normas de higiene y salubridad en los mismos, coordinando acciones con otros organismos e instituciones.

-Desarrollar y ejecutar las políticas provinciales que fije el Poder Ejecutivo en materia de prevención y asistencia de las adicciones coordinando acciones comunes con otros organismos nacionales y provinciales.

-Intervenir, apoyar y supervisar las actividades del Centro Único Coordinador de Ablaciones e Implantes de Órganos de Buenos Aires, coordinando pautas y acciones comunes con organismos nacionales.

-Administrar los sistemas de información sectorial y regional de estadísticas vitales, epidemiológicas, de recursos y servicios de atención sanitaria en todo el ámbito provincial.

Las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, puesto que realizan con sus propios recursos alrededor del 75 por ciento del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica.

Como ya se señaló la relación entre la nación y las Provincias, no siempre resulta en una coordinación articulada. Aunque sus vínculos se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), pueden observarse en algunos casos, servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones.

C) Nivel Municipal: el Municipio de General Pueyrredón es el encargado, a través de la secretaria de salud de garantizar la atención primaria de la salud.

Según su organigrama se detalla:

- Secretaria de salud. Dr. Alejandro Ferro
- Subsecretaría de Salud y Protección Sanitaria. Dr. Alejandro Cristald
- Dirección General de Salud. Lic. María Camarasa

- Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Dr. Gastón Vargas
- Dirección General del C.E.M.A. Dr. Alejandro Cistaldi
- Dirección de Protección Sanitaria. Dr. Francisco Varela
- Dirección Coordinador Médico. Dr. Julio Tuseddo
- Dirección Tecnología Médica. Sr. Germán Giles

Dentro de este nivel municipal también se encuentran subdivididos por departamentos entre los que se encuentran:

- Departamento Centro Nro.1. Dr. Daniel Racca
- Departamento Clínica Médica. Dr. Hugo Morales
- Departamento Coordinación de Enfermería. Lic. María Camarasa
- Departamento de Bromatología. Dr. Mario Gómez
- Departamento de Zoonosis y de Reinspección Sanitaria. Dra. Patricia Hollmann
- Departamento de Salud Mental. Lic. Santiago González

Este nivel cuenta con siete centros de atención primaria las veinticuatro horas, con veinticinco centros de atención primaria y con cinco postas sanitarias. Cada uno de ellos está ubicado en diferentes lugares del Partido de General Pueyrredón.

Prestando los servicios de vacunación, análisis clínico, atención del VIH/SIDA, clínica médica, diagnóstico por imagen, enfermería, fonoaudiología, ginecología, obstetricia, medicina en general, odontología, otorrinolaringología, pediatría, rehabilitación de las adicciones, salud mental, terapia ocupacional, psicología y trabajo social.

A partir del 20 de noviembre del 2012 funciona el CEMA (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias), es un centro de atención dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. Con el objetivo de generar aportes de recursos diagnósticos y humanos especializados, una apropiada articulación de la atención sanitaria entre el primer y el tercer nivel.

A través de este aporte se optimizará el circuito de atención de los pacientes en el Sector Público, haciendo que el mismo ingrese al Sistema de atención a

través de los CAPS. En última instancia, ayudará, a través de la apropiada articulación de la red de servicios de salud a organizar la oferta de los mismos de modo que ordene y racionalice la estructura prestacional disponible.

Se sustenta en los principios de equidad y mejora de la accesibilidad a la salud de la población, brindando servicios de salud de excelencia en el marco de un Sistema de Atención Primaria de la Salud.

A partir de lo desarrollado anteriormente podemos concluir que este subsistema abarca a toda la población en general y en mayor medida aquellos sectores que no cuenta con recursos para acceder a los otros subsistemas. El objetivo es, garantizar el derecho a la salud a través del acceso igualitario a dicho sistema, es por este motivo que las funciones son la promoción, prevención y planificación de políticas y planes en el acceso integral de la salud.

El subsistema público en sus tres niveles nacional, provincial y municipal, posee una estructura organizacional verticalista, donde las funciones se encuentran divididas por rango y jerarquías. Siendo el ministerio de Salud de la Nación, el organismo de mayor jerarquía a partir de fiscalizar y regular que se cumplan y ejecuten, planes, programas y proyectos en relación a la salud.

El subsistema de Salud Privado

Se sitúa bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa en un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales. “Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios).” (ACUÑA Carlos. 2002: 15).

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos, como así también muchas veces cuentan con cobertura de seguridad social por lo que dicho autor citado lo considera como “doble afiliación”.

Otras de las características es la creciente tendencia, entre las Prepagas, a establecer contratos prestacionales con las Obras Sociales. Inclusive existen situaciones en que una misma Obra Social establece convenios con más de una empresa de Medicina Prepaga.

Siguiendo los lineamientos de Emanuel Abuelafias que en su texto “El funcionamiento del Sistema de Salud en Argentina en contexto Federal” menciona que el subsistema privado desde su rol de asegurador (prepaga) se encuentra compuesto principalmente por una cartera de clientes de los estratos medios y altos de la población.

Este subsector reconoce antecedentes en alguna de las formas de prestación privada que se habían desarrollado históricamente a través de los hospitales de comunidad en la Argentina, pero la rápida expansión observada en los últimos años se verifica en empresas que captan demanda de aseguramiento voluntario en el mercado.

Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50 % de la cobertura de la población. No debemos dejar de lado que la característica de estos indicadores no es algo accidental, sino que surge como ya señalamos con las políticas neoliberales implementadas en la última dictadura militar y en los años 90.

Dentro de este panorama hay una amplia diversidad de alternativas: planes de salud ofrecidos por hospitales de comunidades o entidades con o sin fines de lucro, programas a cargo de asociaciones intermedias de prestadores o empresas, entre otras variantes; sin embargo el desarrollo más importante ha correspondido a las empresas de medicina prepaga.

En un comienzo la rápida expansión de este sector habría obedecido a las deficiencias que presentaban tanto el sector público como, especialmente, la seguridad social. Pero, en los últimos años cobró nuevo impulso como consecuencia de los contextos económicos nacionales e internacionales, que promovieron una fuerte entrada de capitales extranjeros en el sector mediante la compra de diversos prepagas nacionales.

En el año 1980 mediante la resolución 2181 de la Secretaría de Comercio, el Gobierno Nacional estableció las condiciones que debían registrarse en los contratos, pero éstas se referían a las características de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y forma de pago de las primas y reintegros.

En cuanto a la regulación en el año 1993, la Superintendencia de Seguros de la Nación dio a conocer un anteproyecto que consideraba a las empresas de medicina prepaga como aseguradoras comerciales. Este proyecto fue descartado, pero instaló la cuestión en la agenda política y promovió una mayor atención sobre las características del sector.

Hasta el año 2011 quienes regulaban el subsector eran los colegios médicos profesionales, que tenían a su cargo la acreditación de las clínicas y sanatorios privados, siendo estos colegios no controlados por ningún órgano estatal.

A partir de la modificación de la ley 26.682 el Sistema de Salud de la Nación, es quien por medio de esta ley estableció el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, quedando excluidas las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles, fundaciones y obras sociales sindicales.

Las prepagas no sólo cubren el riesgo de enfermarse, sino que también brindan los servicios restauratorios de la salud, lo que las asemeja a empresas de servicios. No obstante, el modo en que buscan atenuar los riesgos financieros es similar al de los comportamientos de las aseguradoras comerciales.

Por último, al tratarse de un mercado de altos niveles de saturación la tendencia ha sido preservar la competencia a través de la diversificación de planes. Para las instituciones privadas con fines de lucro es importante contar con una cartera creciente de asociados y para ello compiten diferenciando su producto. Es decir que la competencia por captar un mayor número de asociados impacta en una permanente expansión de la cobertura.

En conclusión, este subsistema surge en un contexto histórico donde en nuestro país comienza a implementarse las políticas neoliberales comenzándose a visualizarse en la descentralización de los hospitales públicos, recortes en el presupuesto nacional y fuerte entrada de capitales extranjeros. Posibilitando la aparición del sector privado como asegurador de la atención médica como otra alternativa de mayor calidad y eficiencia frente a la situación que presentaba el subsistema público.

Es necesario tener en cuenta para comprender dicha situación que el Estado ha delegado en parte su rol asegurador, regulador del sistema de salud. Este aspecto ha variado en los últimos años, en base a los objetivos del actual gobierno, instalando la presencia del estado como regulador.

Subsistema de seguridad social

Para analizar este subsistema de Seguridad Social, continuamos con la línea argumentativa que nos aporta Carlos Acuña, donde señala que está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte fue y es obligatorio, otra de las características es que se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. O sea este subsistema se encuentra conformado por obras sociales nacionales y provinciales y por el Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Las obras sociales nacionales se consolidaron en 1970 a través de una ley que hizo obligatoria la afiliación y las contribuciones para todos los empleados del sector privado y del gobierno nacional cubiertos por un convenio colectivo de trabajo.

Las Obras sociales se encuentran organizadas por ocupación o rama de industria (trabajadores de la construcción, trabajadores del comercio,

trabajadores metalúrgicos, etc.) y deben proveer servicios de salud a sus afiliados y a su familia directa.

Se financian mayoritariamente por medio de aportes personales de los empleados y contribuciones patronales de los empleadores. Ofreciendo una prestación médica uniforme a todos los beneficiarios, independientemente de su aporte, cabe mencionar que según Emmanuel Abuelafias las obras sociales también promueven mecanismos de solidaridad interna entre sus miembros.

Desde 1996, las Obras Sociales Nacionales se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Resulta necesario aclarar algunos ejemplos de otras Obras Sociales no controladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. No se encuentran incluidas dentro del sistema, las Obras Sociales provinciales (por ejemplo, IOMA, de la provincia de Buenos Aires, como todas las Obras Sociales o Institutos Provinciales), ni las Obras Sociales de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, ni tampoco las Obras Sociales de las Fuerzas Armadas o la Policía Federal. Tampoco son reguladas por el sistema las Mutuales (que no hayan adherido al sistema de la Ley N° 23.660 y N° 23.661).

En resumen, sólo las Obras Sociales Nacionales (o las que adhieran al sistema de las leyes N° 23.660 y N° 23.661) forman parte del sistema que regula la Superintendencia de Servicios de Salud y sólo respecto de ellas el ciudadano puede realizar reclamos o consultas a través de los servicios que desarrolla dicho organismo.

Por otra parte, en 1996 el Ministerio de Salud aprobó el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual determina un piso para el conjunto de servicios que las Obras Sociales Nacionales están obligadas a proveer. Además, establece un techo para los copagos que las Obras Sociales Nacionales pueden exigirle a sus afiliados.

En conclusión, las obras sociales proveen directamente algunos servicios de salud por medio de sus propias instalaciones pero contratan la mayoría de los servicios a proveedores privados.

Dentro de esta categoría también se encuentra las Obras Sociales Provinciales (OSP) que agrupan a todos los empleados estatales de cada provincia.

Estas entidades presentan un panorama sumamente heterogéneo en cuanto al estado económico financiero de cada una de ellas, las prestaciones que brindan, a la población que cubren y el marco jurídico en el cual están encuadradas, ya que cada una de ellas actúa independientemente y son reflejo del desarrollo distinto de las jurisdicciones en las que actúan.

Según dicho autor, da cuenta que “no existen organismos de control prestacional” en cambio cada OSP está bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud de cada provincia, pero actuando en forma autónoma.

Adicionalmente dadas sus características jurídicas y las del marco normativo provincial estas entidades no consolidan en el presupuesto provincial.

La fuente principal de ingresos de las OSP está constituida por los aportes de sus afiliados y de las contribuciones del empleador. Existiendo aportes adicionales para familiares que no entran en la definición de grupo primario o que superan determinado número.

La recaudación de la OSP se complementa con otro tipo de ingresos no asociados a los haberes de los afiliados, sino a la actividad de la OSP. El más difundido es el Copago, estos son percibidos de parte del usuario al solicitar en la OSP las órdenes de consultas, prácticas e internaciones.

Pueden brindar sus servicios tanto directamente como a través de la contratación de terceros. Con respecto a los servicios brindados por terceros, las modalidades contractuales (si los convenios se establecen con entidades intermedias, las formas de pago previstas, la existencia de restricciones en la cartera de prestadores o productos), se suponen asociados al costo y a la calidad de las prestaciones brindadas.

Las formas de pago más agregadas incentivan una mayor contención de los costos aunque a riesgo de generar subprestación y/o selección adversa. Restringir la cartera de efectores o productos le otorga mayor poder de demanda a la OSP. Generalmente las Entidades Intermedias intentan retener el poder de decisión sobre la conformación de esta cartera y la forma de pago por prestación.

Dentro de este subsector como indicamos anteriormente también se encuentra conformado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) seguro social de jubilación que provee el Ministerio de Salud de la Nación que emergió en el contexto de regulación de las obras sociales sindicales, creándose en el año 1971 mediante el Decreto Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. Así se instrumentó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

Como señala el autor mencionado el PAMI “cubre al 91% de la población mayor a 65 años”. Este es financiado a través de impuestos sobre los salarios y sobre los ingresos de los jubilados además de subsidios de emergencia realizados por el gobierno.

Los servicios son provistos por medio de proveedores capitados que tienen contratos con el PAMI, para proveer atención primaria, especializada y cuidado hospitalario. Existen contratos separados para otro tipo de servicios (provisión de medicamentos, asistencia odontológica y salud mental etc.).

En cuanto a la población cubierta por el PAMI debe destacarse que ésta no ha sido siempre la misma, sino que se han ido incorporando nuevos sectores, al conjunto de jubilados y pensionados, se sumó mediando el Decreto 28/74 los beneficiarios de pensiones por vejez, invalidez y leyes especiales.

En 1988 se sancionó la Ley 23.569 que estableció la incorporación a la nómina de beneficiarios del INSSJP de toda persona mayor de 70 años que no fuera titular o adherente a otra obra social. En la actualidad la población beneficiaria está compuesta mayoritariamente por jubilados, pensionados y sus familiares, además de discapacitados y veteranos de guerra.

Muchos beneficiarios tienen doble cobertura con las obras sociales o con las prepagas. Se estima que el 5 por ciento de los beneficiarios tienen alguna otra cobertura de obra social. Por ejemplo, uno de los esposos puede ser beneficiario del PAMI y otro de una obra social. Cada uno de ellos puede designar al otro como dependiente por lo que lo puede agregar a la cobertura sin costo adicional.

Así también se estima que un 13 por ciento de los beneficiarios contratan medicina prepaga debido a la insatisfacción con los servicios provistos por el PAMI.

Dicho Seguro Social, brinda servicios médicos, cuidado hospitalario, prescripción de medicamentos, odontología y geriatría. No existen copagos o deducibles, excepto en caso de medicamentos y cuidados especiales. También provee una variedad de servicios sociales que incluye asistencia financiera y alimentación a los beneficiarios.

A pesar de la amplitud de los servicios que el PAMI ofrece en términos formales a sus afiliados, los mismos se hacen atender con frecuencia en los Hospital Públicos.

- 1) Mejor servicio que el disponible en el prestador contratado.
- 2) Mejor acceso al hospital público: los hospitales públicos se encuentran mejor distribuidos en cada provincia que los privados.
- 3) El corte de servicio que deviene de los atrasos en el pago de las capitas.
- 4) Los proveedores pueden cobrarle un “plus” por la atención.
- 5) Los proveedores privados pueden derivar los casos de alto costo a los hospitales públicos en vez de afrontarlos ellos.

En conclusión, respecto a la categoría del Sistema Nacional de Seguridad Social se puede aludir que este subsistema se terminó de consolidar como tal cuando en 1970, se extendió de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados, pensionados. Pero esta circunstancia le imprimió una característica peculiar, puesto que en vez de impulsar la provisión directa (centrada en servicios de su pertenencia) o la participación del sector público en el sistema, a partir de la sanción de estas leyes se afianzó la tendencia de que las Obras Sociales concretaran contrataciones con el sector privado.

La importancia de este subsector, se manifiesta en el hecho de que hay un alto porcentaje de la población que cuenta con cobertura exclusiva de Obras Sociales. A pesar de la magnitud de la población cubierta por este subsistema, su peso sobre el total de establecimientos asistenciales del país y su capacidad instalada es baja.

Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad, fue la creación de un seguro de salud basado en

la categoría de trabajadores formales y sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de asalarización. Esta fuerte vinculación entre Obras Sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayor parte de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud.

Niveles de atención en salud:

Balliro en su libro “Organizaciones de la atención de la salud” refiere que el nivel de atención “implica el reconocimiento de elementos claramente diferenciados: por una parte, el de necesidad de atención en relación con las personas, los grupos comunitarios y sus condiciones de salud, por otra parte el de menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta diseñada para satisfacer esa necesidad” (BALLIRO N.2011:8 – 9)

De acuerdo a su matriz conceptual, la programación de servicios en relación a la noción de niveles debe estar basada en el análisis de las necesidades de atención, complementada con un conocimiento de la capacidad tecnológica de respuesta, es decir de los recursos que el sistema disponga.

Su aplicación en la programación y organización de servicios toma en cuenta, igualmente la mayor o menor frecuencia de las situaciones de salud en una población dada.

En los grupos poblacionales ciertas enfermedades son más frecuentes que otras, dependen del tiempo, lugar, edad, situaciones socioeconómicas y del ambiente en que esos grupos viven.

Los diferentes grupos poblacionales comparten necesidades de atención no necesariamente ligados al estado de enfermedad, tales como: educación sanitaria, atención prioritaria de la madre y el niño, cuidado de los ancianos, control de situaciones ambientales específicas, inadecuación de las viviendas, etc.

La disponibilidad sanitaria debe estar en estrecha relación con el derecho que tiene cada miembro de la comunidad de recibir atención oportuna y suficiente. Balderas Pedrero señala que se debe plantear la necesidad de diseñar esquemas de organización que permitan ofrecer una base amplia de “entrada”, es decir facilitar la iniciación del servicio y condicionar la continuación del mismo a un proceso selectivo de modo que se pueda regular la utilización de las diferentes combinaciones de recursos puestos a disposición por el sistema. Para garantizar la accesibilidad a los servicios no basta con ubicarlos geográficamente, sino que es necesario remover las barreras de orden social,

económico, cultural, de organización, que impiden o limitan el libre acceso de la comunidad a esos servicios.

Niveles de atención:

- Primer Nivel de Atención en Salud.

Se denomina a las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación, en caso de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica.

- Segundo Nivel de Atención en Salud

Se denomina a los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

- Tercer Nivel de Atención en Salud

Se denomina a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados. (BALDERAS PEDRERO, M; 2009:114)

Es importante destacar que esta forma de estructurar la atención de salud, fue implementada por el Dr. Ramón Carrillo que tenía como propósito la accesibilidad al sistema garantizando el derecho a la protección, conservación y restitución de la salud. (Desarrollado en el segundo apartado, titulado el Sistema de Salud Argentino).

Capítulo N°2

El Hospital y la Unidad de Urgencia

- Segundo nivel de atención: la unidad Hospitalaria
- Perspectiva histórica del Hospital
- Modelo de Gestión Hospitalario
- Modelo de Atención Hospitalaria
- Estructura y cultura organizacional
- Unidad de Urgencia en la Estructura Hospitalaria

Segundo nivel de atención: la unidad Hospitalaria

La Atención Especializada representa el segundo nivel asistencial de los sistemas sanitarios y se orienta al diagnóstico o tratamiento de aquellos procesos que a causa de su complejidad, no pueden ser asistidos en la modalidad asistencial de Atención Primaria.

Renna define a los hospitales como “las instituciones sanitarias encargadas de desarrollar las funciones de la Atención Especializada, por su cuantiosa actividad, por las características de su personal, como por la multiplicidad de sus funciones que desarrollan y por los enormes costos económicos.” (RENNNA, O; 2009: 1)

En esta institución parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia mdico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial.

Sus Funciones principales son:

Prevención:

Abarca la detección de enfermedades, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la protección específica de enfermedades.

Se incluye los programas de control de la salud, el saneamiento ambiental, la vigilancia del crecimiento del niño y del adolescente, control de enfermedades, nutrición, prevención de invalidez física, educación sanitaria e higiene del trabajo.

Si bien la prevención en primer nivel corresponde a establecimiento que no cuenta con hospital, la prevención secundaria y terciaria se efectúa en los hospitales.

Curación:

Consiste en proporcionar tratamiento médico y la prestación de un servicio asistencial en caso necesario y básicamente un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y atención de casos de urgencias.

La curación es una de las actividades prioritarias de los hospitales, por lo mismo, el paciente acude a los centros hospitalarios con una importante disminución de sus capacidades que debe ser atendida con calidad.

Rehabilitación:

Busca reintegrar al paciente a su medio familiar y social, limitando en lo posible el daño y la secuela originada por su enfermedad. En la rehabilitación que es necesaria para una recuperación pronta de la salud, la educación para el auto cuidado cobra especial importancia.

Docencia:

El hospital es el medio ideal de confrontación entre la teoría y la práctica en el área de la salud, por lo cual facilita la formación de profesionales en diversas disciplinas. Incluye la educación para la salud a pacientes, al mismo personal y según programas específicos, proyecta las sanciones educativas a la sociedad en sus zonas de influencia.

Investigación:

Consiste en desarrollar un pensamiento innovador y creativo, teniendo como fundamento la metodología científica. Se pretende incrementar el saber profesional en la prestación de un servicio de calidad en salud. (BALDERAS PEDRERO, María; 2009: 120).

Tipos de hospitales

Los hospitales según Oscar Renna pueden clasificarse en virtud de los siguientes criterios:

- Por su función.
- Por el tipo de pacientes.
- Por su ámbito.
- Por su nivel asistencial.
- Por su dependencia patrimonial.

- *Por su función*

Generales: Son los hospitales que no están destinados exclusivamente a una especialidad médica, quirúrgica o médico-quirúrgica determinada, sino que atienden simultáneamente a enfermos de diversas especialidades.

Especiales o monográficos: Son los hospitales destinados preferentemente a una especialidad médica, quirúrgica o médico quirúrgica, como las maternidades, los hospitales psiquiátricos, los oftalmológicos, los hospitales oncológicos y similares

- *Por el tipo de pacientes*

- Agudos o de corta estancia.
- Crónicos o de media y larga estancia

- *Por su ámbito*

Según el área cubierta en relación con la procedencia de los enfermos:

- Locales o comarcales (de área).
- De referencia regional.

- *Por su nivel asistencial*

Según las características del edificio, las instalaciones, el número de personal empleado, la organización y el funcionamiento técnico:

- Baja complejidad,
- Complejidad media y
- Alta tecnología.

- *Por su dependencia patrimonial*

Según de quien sea la propiedad:

- Públicos.
- Privados, entre éstos se distinguen los privados benéficos y los no benéficos

Perspectiva Histórica del Hospital:

Es relevante tratar la temática como proceso histórico para señalar el desarrollo del hospital.

En la edad media surge el primer modelo de hospital de características benéficas cuya función social, consistía en brindar una respuesta a la enfermedad de los más pobres.

Según plantea Foucault en su libro el nacimiento de la clínica “el hospital, en su forma más general, no lleva sino los estigmas de la miseria, aparece en el ámbito local como una indispensable medida de protección. Protección de la gente sana contra la enfermedad, protección de los enfermos contra las prácticas de la gente ignorante”. En algunos casos se trataba de una verdadera reclusión ya que la mayor parte de las patologías atendidas eran infectocontagiosas.

Es importante destacar el aporte de Rossi y Rubilar en este periodo en el cual, el hospital estaba íntimamente vinculado a la Iglesia, su misión era esencialmente espiritual e incluso en las construcciones hospitalarias se reservaba un lugar preferencial a la capilla. El personal del hospital era religioso y su motivación era altruista, no existía remuneración alguna por los servicios de salud. En la era del absolutismo monárquico surgen hospitales dentro de la esfera pública estatal.

Es a partir de entonces que el médico se convierte en la figura central. El médico aparece con el Estado, indisociablemente vinculado a otro tipo de poder que no era clerical, con funciones delegadas por la autoridad pública. Pasa a ser su competencia exclusiva el examinar, internar, prescribir y dar de alta.

Sin embargo en las colonias, como fue el caso de América Latina la presencia del Estado en el desarrollo hospitalario resultó mucho más modesta. La iniciativa de construir, dirigir y sustentar los hospitales fue asumida por la propia comunidad. En casi todos los países una parte de los establecimientos asistenciales públicos surgieron como iniciativa vecinal o comunitaria y en algunos casos, luego fueron estatizados.

Secades y Fernández, afirman que los hospitales de Buenos Aires y en general, todos los del país, sufrieron después de la revolución de 1810 un cambio en la dirección y administración de los mismos. Dichos cambios se hicieron notables a partir del Gobierno del Director Ignacio Álvarez, quien en 1815, organizó el funcionamiento de estos establecimientos a través de un reglamento.

Este Reglamento perdurará hasta 1880, momento en el que se producirán los primeros cambios, al instalarse el modelo Liberal, en los comienzos de este reordenamiento espacial, se presentó el proyecto de Ejecutivo Nacional para la creación de asilos y hospitales regionales. Será en este momento también, en el que algunas colectividades de extranjeros, a través de sus sociedades de beneficencia, planeen la construcción de sus propios centros sanitarios para la asistencia de sus miembros, como, por ejemplo, el Hospital Español.

Las sociedades de inmigrantes se conservaron como sociedades mutuales. Será en este momento en el que surjan los primeros intentos para paliar la pérdida de las tradiciones, apareciendo así las primeras asociaciones de ayuda mutua y de creación de hospitales. Posteriormente, en el período de la inmigración masiva, estas instituciones pasarían a ocuparse del socorro a sus connacionales.

Se crean así y entre otros, los siguientes centros: El Hospital Italiano, el Hospital Alemán, el Hospital Español, el Hospital Francés, el Hospital Sirio-Libanés, el Hospital Israelita, el Hospital Británico, el Centro Gallego y el Centro Asturiano.

Se tuvo que esperar hasta 1945 para encontrarnos con variaciones significativas, con la llegada de Perón a la presidencia, momento en el que se instala en nuestro país el modelo Justicialista.

Durante dicha gestión el Dr. Ramón Carrillo aumentó notablemente la capacidad instalada hospitalaria, sobre todo la de dependencia pública, se propuso como línea de acción atender el proceso de salud-enfermedad en tres niveles de complejidad. Las políticas adoptadas corresponden con el modelo Justicialista, desarrollado en el Sistema de Salud Argentino.

El mayor crecimiento del sistema público se dio en la gestión del Dr. Ramón Carrillo, el hospital se convirtió en el eje de la atención y se pretendió una

estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes.

“Entre 1946 y 1951 el número de camas hospitalarias casi se duplicó, paso de 66.300 a 100.000, de las cuales el 80 por ciento correspondían al sector público, sin descuidar la expansión de los ambulatorios y el fortalecimiento de la actividad de investigación”. (SECADES – FERNANDEZ, P; 2009: 8)

Mario Rovere en su artículo titulado “la Salud en Argentina” señala que caído Perón en 1957, el gobierno de la Nación fue el primero que comenzó a transferir a las provincias y municipios las actividades de la salud pública, que eran exclusivamente de carácter federal y se comenzaron a estimular la iniciativa privada. Dejando claro la política de transferir las funciones, infraestructuras, competencias y gobernabilidades.

Es en esta década que las instalaciones de atención médica del subsector público, ingresan en un lento proceso de deterioro y las autoridades de salud demostrarán escasa vocación reguladora, sobre las nuevas formas de financiación y organización de los servicios médicos, que quedarán bajo el control de dos grandes conjuntos de organizaciones de base corporativa: el que agrupa a las obras sociales en tanto entidades financiadoras de la demanda, respaldadas políticamente por la Confederación General del Trabajo (CGT), y el conformado por las organizaciones médico-gremiales y sanatoriales que logran el control oligopolio de la oferta.

Según este autor en el año 1963 esta política de transferencia instaló un estado de incertidumbre, de anarquía y caos en los servicios asistenciales nacionales, con el resultado de un desmantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario. Pero en 1964 con el gobierno de Illia, se intentó recomponer el protagonismo del Estado recuperando su rol orientador.

Sin embargo, en la dictadura militar de 1976, se traspasan los hospitales sin la transferencia del presupuesto respectivo, generado por la instalación de un Estado burocrático – autoritario que se encuentra desarrollado en el apartado de políticas públicas en salud.

El modelo neoliberal muestra que, ninguno de los niveles en los que se desenvolvían la acción del estado en materia de salud había quedado exento del desmantelamiento.

En los años 90 se profundiza la reducción en el sector salud, su objetivo apuntaba a producir cambios microeconómicos profundos, por ejemplo: la incorporación de nuevos sectores (aseguradoras) y la creciente aparición de nuevos intermediarios, como así también de formas de contratación que redimensionan las relaciones con el sector privado, mostrando así la inequidad en el acceso a la salud.

Este subsector aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del sector público y de las obras sociales disminuyó a causas de la construcción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales.

En esta década, la medicina de alta complejidad no tuvo el mismo grado de desarrollo en el sector público que en el privado. Esto generó una brecha en el acceso a la alta tecnología médica, entre los que se atendían en el sector privado respecto de los que lo hacían en el sector público.

Como ya describimos en diciembre del 2001 nuestro país estalló en una atroz crisis económica que hizo deteriorar la credibilidad y legitimidad del poder político. Poniendo en evidencia las graves consecuencias, que habían dejado el rumbo de las políticas implementadas en esas últimas décadas en la Argentina, que se hicieron visibles en los indicadores de desocupación, desnutrición y caída de los salarios entre otros.

Con el modelo Nacional y Popular en el año 2003 se retoma la función del Estado como garante de los derechos.

Modelo de gestión Hospitalaria

La actual conducción del gobierno, requiere de modelos de gestión que aseguren el cumplimiento de sus objetivos en el ámbito hospitalario

Ignacio Katz en su libro “La formula Sanitaria” menciona, que la importancia de la gestión en salud, se relaciona con la viabilidad económica de un sistema sanitario, dependiendo de la correcta asignación, distribución y utilización de los recursos financieros disponibles.

Ello es precisamente importante cuando se trata de conjugar equidad, eficacia y eficiencia. Es la gestión como disciplina la que ofrece técnicas y métodos para ayudar en este difícil intento. A esos efectos, las intervenciones deben tener lugar en los tres componentes de la estructura: la macrogestión, la mesogestión y la microgestión del sistema. De un adecuado funcionamiento de cada uno de estos niveles, así como de su correcta interacción, que dependen de la calidad de las prestaciones y los resultados sanitarios.

La Gestión Hospitalaria es definida por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como “la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud utilizando las herramientas de gestión de manera objetiva y permitiendo una adecuada planeación, toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna”

¿Para qué la gestión?

- La gestión mejora la eficiencia, sobre todo la eficiencia técnica.
- La gestión contiene los gastos. Los sistemas gestionados en el mundo están teniendo resultados. En general, hoy los gobiernos están implementando la atención médica gestionada.
- La gestión es un puente entre la economía y la medicina. Desempeñando este papel de puente porque requiere conocimientos teóricos de ambas disciplinas, pues para ser un buen gestor hay que conocer la clínica y racionalizar el uso de recursos siempre escasos.

- La gestión hace a las organizaciones más inteligentes. Con respecto a los cambios tanto sociales como tecnológicos que han ocurrido y están ocurriendo a gran velocidad.

Las medidas que conforman la “*macrogestión*” suelen verse reflejadas en leyes que describen los derechos de los usuarios, las coberturas de los servicios, el sistema de financiación, el peso de los distintos proveedores en un sistema, (atención primaria-hospitales), y la relación entre ellos.

El conjunto de medidas que un estado define de cara a regular la intervención de todos los agentes implicados en el sector salud, con el objetivo de que los recursos asignados tengan un valor de costo de oportunidad más alto y sean eficientemente asignados.

Por su parte, las medidas que contribuyen a mejorar el rendimiento de la capacidad instalada y de los recursos implicados constituyen el espacio de la “*mesogestión*”.

Los planes estratégicos y operacionales de empresa; los organigramas y la definición de los circuitos de información, con sus correspondientes niveles de decisión, los sistemas de costos y facturación, los mecanismo de dirección por objetivos y los planes, de capacitación y motivación de los recursos humanos son ejemplos de los contenidos que se abordan desde este nivel, con el objetivo de hacer a los hospitales mas eficientes.

Finalmente las decisiones que afectan a la esfera clínica son las que habitualmente se agrupan en el espacio de “*microgestión* o gestión clínica”.

El encastre entre estas decisiones y las necesidades y limitaciones financieras del presupuesto son una de los principales retos a los que se enfrentan los gestores de las estructuras de servicios de salud. Estas decisiones comprometen un volumen de recursos extraordinariamente alto.

Los resultados de la interacción de estos tres niveles van a determinar las condiciones sanitarias. Como toda condición, es dinámica producto a la vez de políticas de salud y de políticas de gestión a través de la intervención del Estado “macrogestión” involucramiento de las Instituciones Hospitalarias “microgestión” y la responsabilidad de los Profesionales “mesogestión”.

Modelo autogestionado de los hospitales públicos

Está inscripto en el decreto de descentralización, para que esta práctica se lleve a cabo requiere, que cada hospital disponga de una asignación y de la consiguiente responsabilidad de administrarla.

De este modo cada hospital debe elaborar y ejecutar su propio presupuesto, la atención médica gratuita queda así, dirigida a los sectores que manifiesten no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado.

La descentralización se consolidó hacia 1991, la medida más relevante fue la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93) derogado por el actual decreto 939/2000.

De dicho decreto nos parece importante mencionar los siguientes artículos:

Art. 5° — Los hospitales públicos de gestión descentralizada deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.

Art. 7° — El hospital público de gestión descentralizada guiará su accionar a través de los siguientes lineamientos:

- a) Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud.
- b) Orientar un cambio del modelo de Atención de la Salud en todos sus niveles en el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 455/00.
- c) Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.
- d) Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.
- e) Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.

Art. 8° — El hospital público de gestión descentralizada podrá:

- a) Realizar convenios, a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente, o por sí en caso de poseer personería jurídica, con entidades de la seguridad social comprendidas en la Ley N°23.660 y sus modificatorias, en relación con las prestaciones que las mismas están obligadas a brindar a sus beneficiarios.

b) Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes, de medicina laboral u otras similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y de acuerdo a las obligaciones en materia prestacional que fije la normativa vigente.

Art. 11. — El hospital público de gestión descentralizada continuará recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del presente Régimen.

c) Complementar los servicios prestacionales que brinda a la población, a través de la integración de redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados, debidamente habilitados por autoridad competente.

d) Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital de acuerdo al marco normativo de su propia jurisdicción.

Art. 15. — Los agentes del sistema nacional del seguro de salud podrán convenir la atención de sus beneficiarios libremente con los hospitales públicos de gestión descentralizada.

Cuando no exista convenio previo el hospital público de gestión descentralizada podrá facturar al agente del sistema nacional del seguro de salud las prestaciones que brinde, de acuerdo a los valores que fije el ministerio de salud.

Art. 16. — Los agentes del sistema nacional del seguro de salud a que hace referencia el artículo 1° del Decreto N° 9/93 están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en el mismo, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con lo prescrito en la presente norma.

Modelo de gestión empresarial en el sector Privado:

Teniendo en cuenta lo que plantea Abuelafia en su documento “El funcionamiento del sistema de salud Argentina en un contexto federal”, donde menciona que el modelo de gestión empresarial debe en primer lugar cumplir su rol de asegurador (prepaga) y en segundo lugar su rol de prestador de

servicios. Este subsector de seguros privados encuentra su principal cartera de clientes en los estratos medios y altos de la población. Debido a la afiliación obligatoria a la obra social respectiva de cada rama de actividad para los trabajadores que no son de dirección existe una parte significativa de la población cubierta por seguros privados que mantiene el aporte a su obra social (aproximadamente el 4 por ciento de los beneficiarios).

Este subsector reconoce antecedentes en alguna de las formas de “prestación privada” que se habían desarrollado históricamente a través de los hospitales de comunidad en la Argentina, pero la rápida expansión en los últimos años se verifica en empresas que captan demanda de aseguramiento voluntario en el mercado. Dentro de este panorama el menú de alternativas es amplio: planes de salud ofrecidos por hospitales de comunidades o entidades, con o sin fines de lucro, programas a cargo de asociaciones intermedias de prestadores o empresas, entre otras variantes; sin embargo el desarrollo más importante ha correspondido a las empresas de medicina prepaga.

En un comienzo la rápida expansión de este sector habría obedecido a las deficiencias que presentaban tanto el sector público como, especialmente, la seguridad social. En los últimos años cobró nuevo impulso como consecuencia de los contextos económicos nacionales e internacionales, que promovieron una fuerte entrada de capitales extranjeros en el sector mediante la compra de diversos prepagas nacionales.

Dicho modelo coordina sus actividades para conseguir los objetivos de participación e innovación en el mercado, de responsabilidad social, de rentabilidad, de productividad, de gestión y de formación, mediante la utilización de recursos humanos y materiales, con el fin de satisfacer una necesidad, produciendo un bien u ofreciendo un servicio.

Para seguir analizando dicho modelo es importante hacer hincapié en la clasificación que realizó Mugarza en su artículo “ El sector sanitario privado” en donde menciona que este se basa en:

- Conjunto de elementos humanos y materiales.
- Actividades coordinadas
- Organización adecuada.
- Asistencia médica: ofrece un servicio.

- Productividad: máxima Eficiencia.
- Formación de personal sanitario.
- Investigación y desarrollo innovación.
- Incorporación racional de nuevas tecnologías
- Rescate de la capacidad instalada actual
- Mecanismos de inversión conjunta con otros sectores
- Desarrollo de sistemas de información
- Estudios de costos

Este autor alude que el objetivo de la gestión empresarial es que la sanidad debe representar una de las actividades de mayor importancia económica y erigirse como motor de inversión. Desarrollándose como un sector en el que la investigación y el progreso sean pilares fundamentales para sustentar el modelo de crecimiento sanitario.

En conclusión, los hospitales privados que cuentan con una gestión empresarial apuntan a una administración eficaz y eficiente, orientada a la maximización de la calidad y a la sostenibilidad económica centrada en la salud de los pacientes.

Es un modelo basado en el concepto de calidad total: realista, asumible, motivador e integrador de procesos de repuesta adecuados y compitiendo en calidad.

Modelos de atención Hospitalario

Los modelos de gestión se efectúan a través de los modelos de atención hospitalaria.

El modelo de atención de salud es la forma y los contenidos de la atención, incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción, respuesta a las necesidades y expectativas. Es una descripción de la forma de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos, demandas de la comunidad y del propio sector.

Para este trabajo se desarrollaran, tres modelos de atención basados en la calidad, atención integral y cuidados progresivos.

Modelo de atención basado en la calidad

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocando una actualización, que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario”.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: *Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia.*

Según Guillermo Williams en su documento titulado “calidad de los servicios” indica que cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

El Modelo Nacional y Popular a través del Ministerio Nacional de salud, menciona objetivos, misiones y metas, para lograr la calidad de los servicios de salud. Enfatizando dicho modelo.

Modelo de Atención Integral

La implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos del Ministerio de Salud de Perú “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”

Si bien ha existido una serie de avances en implementar la Atención Integral y definir modelos de alcance regional, es necesario precisar que a partir de la decisión política actual se ha iniciado un proceso de implementación a nivel nacional.

Permitiendo no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad.

“El modelo de atención integral, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado” (M.S.P.; 1997:17)

Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

El objetivo principal del modelo de atención integral es la preocupación de la salud de la persona enfatizando en la prevención y promoción como actividades centrales en el proceso de atención e incorporar a la comunidad como entidad participante en la atención de salud.

Modelo Atención de Cuidados Progresivos de Pacientes

El Cuidado Progresivo de pacientes es una política y una filosofía aplicable a cualquier organización de atención médica, desde el puesto de salud hasta el Hospital Regional o Universitario, estableciendo niveles de atención y referencia de acuerdo a la complejidad de éstos, en relación específica con la magnitud del problema de salud de cada paciente.

La demanda de atención médica a nivel hospitalario, permite clasificar y reunir los pacientes con diferentes criterios: según su edad, sexo, órgano enfermo, contagiosidad, invalidez, cronicidad, o necesidad de atención en intensidad y oportunidad.

Según Gilardi y Lapichino en su documento titulado “modalidades de internación en el hospital” menciona que dentro del modelo de atención de cuidado progresivo de pacientes la agrupación de los pacientes no se hace según su diagnóstico sino de acuerdo a la necesidad de atención médica y paramédica en cuanto a gravedad y oportunidad

Es decir que “el grado de enfermedad, y dependiendo únicamente de éste, permite clasificar y situar a los pacientes en diferentes niveles: Básico, Mínimo, Intermedio e Intensivo, aplicando los recursos técnicos y Administrativos, Médicos y para-médicos proporcionalmente a la magnitud del problema de salud de los pacientes”. (GILARDI, J; IAPICHINO, J; 2005:3)

En resumen, el sistema de Cuidado Progresivo de pacientes, es una modelo dinámica de tratamiento y cuidado de los enfermos, creada, para obtener mayores beneficios, pues coloca todos los recursos hospitalarios a su disposición en áreas especiales, según su gravedad.

Estructura y cultura organizacional

Un hospital puede ser definido como una institución social, donde existe una permanente interacción entre las personas que en el trabajan, entre estas y las personas que requieren de sus servicios. Los profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital determinan entre ellos unas relaciones formales y no formales, jerárquicas o no, fomentadas por la complejidad de los trabajos y el énfasis en el trabajo en equipo, que hacen imprescindible el desarrollo de la comunicación entre ellos.

Las organizaciones son un fenómeno complejo y paradójico que pueden comprenderse de muchas maneras diferentes, de distintos marcos conceptuales, se la utiliza para describir las características esenciales de una institución, su forma, sus patrones y estructuras.

El funcionamiento de “una organización comporta la actuación de personas que deben realizar actividades y tareas que implican operaciones conjuntas. Ahora bien, es imposible realizar operaciones conjuntas, sin una adecuada coordinación operativa, la necesidad de coordinación dentro de una institución u organización esta impuesta por la división del trabajo que a su vez es una exigencia de una buena organización”.(ANDER –EGG, E. 1990:74)

Para analizar una organización se debe tener en cuenta dos conceptos fundamentales: estructura y cultura organizacional.

Es importante tener en cuenta a la hora de examinar la estructura organizacional los aportes que hizo a esta temática el autor Jorge Etkin en su libro “Política, gobierno y gerencia de las organizaciones” donde la conceptualiza de la siguiente forma, “la estructura de la organización se integran elementos de distinto origen, formándose de esta manera la organización en su interior”, asimismo indica las siguientes características:

- El Marco ideológico con su correspondiente trama de discursos, prácticas y objetos instituidos.
- Los factores organizacionales como los estatutos, la tecnología y tareas básicas en el sistema.
- Las historias individuales y motivaciones de los participantes.

- La instancia de lo no consiente es decir, las relaciones y actividades derivadas de ansiedades, ilusiones, fantasías de los integrantes volcadas en sus actividades grupales.

También se debe tener presente la existencia de una estructura formal y una informal en cualquier organización. En cuanto la primera es el aspecto más importante de la gestión eficaz, la estructura de la organización constituye el marco formal dentro del cual tiene lugar el proceso de gestión. La estructura organizativa debe proporcionar un sistema de trabajo eficaz, una red de comunicaciones y una identidad a las personas, la organización en su conjunto, por lo tanto, debe contribuir a la satisfacción laboral y profesional. La estructura informal “funciona como un control social del comportamiento de las personas que interactúan en la organización” (TOMEY M. A; 2009: 285). Este control puede ser interno o externo. Si existe presión para que un miembro se comporte de acuerdo con lo que el grupo espera, estamos ante un control interno. El control externo se produce cuando el intento de controlar la conducta de una persona procede del exterior del grupo.

La estructura informal “dispone de sus propios canales de comunicación. En algunos casos, estos canales pueden extender la información con mas rapidez y amplitud que el sistema formal de comunicación”. (TOMEY M. A; 2009: 285.)

Acorde a los elementos que componen toda organización surge la cultura que le es propia. Según el autor mencionado mas arriba la cultura organizacional son “los modos de pensar, creer y hacer cosas en el sistema. Se encuentren o no formalizados. Estos modos sociales de acción están establecidos y son aplicados por los participantes mientras pertenecen a los grupos de trabajo, incluyendo formas de interacción comunicativa trasmitida y mantenida en el grupo, tales como lenguaje propio del sistema, liderazgos internos o preferencias compartidas. La cultura es un marco de referencia compartido, son valores aceptados por el grupo de trabajo que indican cual es el modo esperado de pensar y actuar frente a situaciones concretas”. (TOMEY M. A; 2009: 286.)

En conclusión, es importante tomar todos estos elementos para analizar las organizaciones no solo hospitalarias, si no de cualquier otro tipo de

instituciones. Dado que en el momento de observar el funcionamiento nos encontramos tanto con lo instituido y con lo instituyente.

Unidad de Urgencia en la Estructura Hospitalaria

Según La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define **urgencia** sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la **Emergencia** "es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Una Emergencia Médica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas."

La urgencia es el primer momento de la emergencia. A partir de dicha demanda el equipo interdisciplinario evalúa la complejidad del padecimiento y como este se inscribe en el sujeto.

El Ministerio de sanidad y políticas sociales de España considera que "La unidad de urgencias hospitalaria (UUH) puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad, eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias. Se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta".

Estructura:

- La UUH debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales del hospital (consultas externas y hospitalización). El hospital debe señalar cuidadosamente la ubicación de la UUH.
- La UUH deberá disponer de espacio de acceso, recepción y clasificación de los pacientes que precisan atención urgente (triaje y admisión),

espera, consulta, exploración y tratamiento, observación, área de personal y apoyos.

- El programa funcional de la UUH debe tener en cuenta las necesidades de todos los usuarios de la unidad, así como algunas condiciones específicas de la misma como son la ubicación y acceso, circulación y relación con otras unidades (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen y laboratorio; etc.), seguridad y los requerimientos de los sistemas de información.

Caracterizándola a la Unidad de Urgencia Hospitalaria como:

- Funcionamiento durante las veinticuatro horas del día, todos los días del año.
- La protocolización del funcionamiento del equipo en la resucitación cardiopulmonar.
- La protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos / realizados en la UUH.
- El cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente.
- Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y seguridad de la atención.
- A todo paciente asistido se le proporciona un informe de alta firmado que permita identificar al responsable de la asistencia.
- La UUH debe disponer de un médico responsable de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias
- La UUH debe disponer de un responsable del personal de enfermería de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias.

Los estándares de gestión y calidad asociados a un menor riesgo de saturación de urgencias son:

- El 90% de los pacientes debería ser dado de alta en la UUH, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un período de cuatro horas.

- El paciente de la UUH, pendiente de ingreso hospitalario, no debería permanecer en esta unidad más de doce horas (desde que se procede a la orden de ingreso)
- El tiempo máximo de observación-valoración de la evolución del paciente en la UUH debería ser inferior a veinticuatro horas
- Cuando el paciente deba permanecer en urgencias más de seis horas debe ser atendido en una unidad de observación específica
- Se recomienda mejorar la calidad de la atención prestada al paciente ingresado en observación de la UUH, con la introducción del servicio ampliado de cuidados críticos, así como el desarrollo del sistema de seguimiento y activación.

En la unidad de Urgencias Hospitalarias se reciben las demandas de atención vinculadas a la emergencia y la urgencia.

Capitulo N°3

Trabajo Social en el Campo de la Salud

- Origen y Expansión del trabajo social
- El trabajo social en Argentina
- Metodología de Intervención en Trabajo Social
- Las Estrategias de Intervención en Trabajo Social
- La intervención en trabajo social en el campo de la salud
- Trabajo Social Hospitalario

Origen y Expansión del trabajo social

Es necesario tener en cuenta que el surgimiento de la profesión de trabajo social, obedece a determinadas condiciones histórico -sociales.

Con la llegada de la revolución industrial en la segunda mitad del siglo XVIII y la división internacional del trabajo, la asistencia social asumió nuevas formas. La asistencia pública fue organizada entonces con el objetivo de remediar los problemas causados, por la explotación manteniendo y reproduciendo la mano de obra necesaria para el desarrollo capitalista.

Es así que a través de esta transformación la asistencia social en Europa dependió en su mayor parte, de la grandeza de los terrateniente y miembros de la nobleza, o de la iglesia, a la cual acudían tradicionalmente los enfermos y necesitados.

Sin embargo, la mayoría de las iglesias eran pequeñas y su asistencia limitada. No obstante, mantuvo un gran número de servicios para los pobres, los enfermos, los viudos y huérfanos que no escaparon al deterioro que caracterizó la sociedad en general.

A partir de los aportes que realiza María Casanova en su artículo titulado "Historia de la Asistencia Social en Europa", donde señala que la caridad se especializó en varios aspectos junto con otras fases de la vida social. Se fundaron hosterías para viajeros y para el alojamiento temporal de los menesterosos. Se otorgaron facilidades especiales para los enfermos graves sin hogar, se establecieron hogares para huérfanos e incapacitados, casi siempre bajo la dirección de la iglesia.

A mediados del siglo XIX en Inglaterra era notoria las crisis económicas, la situación socio-económica de los trabajadores era cada vez más grave. Tanto los hospitales, asilos y hospicios prestaban un servicio lamentable. En este periodo de pleno auge del capitalismo, aparecen las opciones parches para los problemas sociales que se multiplicaban y para la pobreza que se hace ostensible, especialmente en las ciudades.

Las formas de ayuda al necesitado eran muy variadas y caóticas, comenzaron a darse dos líneas principales de acción: una legislación de tipo social promovida por el gobierno y actividades de asistencia social.

Es decir, por una parte se realizaban actividades sostenidas por el Estado y por la otra se continuaban las formas de ayuda provenientes de la Iglesia.

El espacio ocupacional del Trabajo Social desde el origen, se fue estableciendo en torno a las funciones de asistencia, gestión y educación las cuales se orientaron con el objetivo de modificar las prácticas y conductas de las clases trabajadoras.

De esta manera la historia del Trabajo Social según Oliva Andrea en su tesis titulada “Antecedentes del Trabajo Social en Argentina: Asistencia y educación sanitaria” alude que “se inicia con la apertura de centros de capacitación especializados en el manejo y la orientación tecnológica de la asistencia social, publica y privada como respuesta al desarrollo de la sociedad industria.”(OLIVA, A 2006:73).

Por otra parte, la trayectoria de Mary Richmond puede ser ubicada, en la sociedad estadounidense en los últimos años del siglo XIX y las dos primeras décadas del siglo XX. En el año 1917 Mary Richmond, le da consistencia metodológica a la nueva profesión con la publicación del libro “Social Diagnosis”. Este libro es considerado por diversos autores como, la primera propuesta científica centrada en la investigación, acerca de la persona y su problemática social para luego intentar una modificación de comportamientos, así como también es visualizada como la teoría fundacional del Trabajo Social. En América Latina el Trabajo Social surge y se desarrolla, desde sus orígenes históricos como una profesión destinada a atender, orientar y socorrer a sectores sociales en situación carencial que recurrían a las instituciones en busca de apoyo.

Previo al surgimiento de la primera escuela de Servicio Social, la asistencia era practicada por las clases dominantes como señalamos en el apartado de la perspectiva histórica de los hospitales, cuando desarrollamos la función que cumplían las organizaciones no gubernamentales a principios del siglo XX y desde el punto de vista ideológico de la religión y la moral como practica caritativa y desinteresada.

Como antecedente encontramos “la primera escuela de Servicio Social Alejandro del Río en Chile, en el año 1925” (SALAME, C.; CASTAÑEDA, M. 2009:1) Su orientación era paramédica y parajurídica, con un sello

marcadamente femenino. Las primeras actividades de dicha escuela se desarrollaron en establecimientos asistenciales u hospitalarios, mas no con el carácter de ayudante de medico, sino ejerciendo sus propias funciones cerca de los enfermos y de las familias de estos, buscando la solución a los problemas socio –económicos.

Por todo lo anteriormente mencionado se puede concluir, que la profesión de trabajo social, se conforma como profesión a finales del siglo XIX y principios del siglo XX en los Estados Unidos. Pero, previamente se pueden identificar los antecedentes europeos que surge para dar respuesta a la cuestión social, en el contexto de la revolución industrial.

Trabajo Social en Argentina

Al interior de nuestro país, los primeros antecedentes del trabajo social datan del siglo XIX, cuando se desarrollaron en el terreno de la asistencia y de los problemas sociales, diversas prácticas e intervenciones.

Dentro de ellas se encuentran la Sociedad de Beneficencia y los Médicos Higienistas. Una de las particularidades de estas acciones e intervenciones, en el plano de la ayuda a los necesitados se encuentra vinculada a que las mismas se caracterizaron, por ser actividades concretas y sistemáticas de enfrentamiento a la cuestión social.

La Sociedad de Beneficencia fue la primera institución dedicada a brindar intervención en lo social. Según Norberto Alayon en su libro "Historia del Trabajo Social en Argentina" destaca que "su actividad se extendió desde 1823, cuando el gobierno acuerda autorización para establecer una sociedad de damas bajo la denominación de Sociedad de Beneficencia, con la finalidad de sustituir la acción de las ordenes religiosas en este aspecto social."(ALAYON, N.; 1992: 9)

Dicho autor indica que la misma desde sus orígenes tenía a su cargo:

- La dirección e inspección de las escuelas de niñas.
- La dirección e inspección de la casa de expósitos, de la casa de partos públicos y ocultos, hospitales de mujeres, colegio de huérfanas y de todo establecimiento público dirigido al bien de los individuos de este sexo.

Una de las características fundamentales, de la Sociedad de Beneficencia fue su carácter eminentemente femenino y su principal acción desarrollada, se expuso anteriormente, hacia la educación de las niñas pobres.

Por otro lado, durante la última mitad del siglo XIX encontramos el antecedente de los Médicos Higienistas. Fueron ellos uno de los primeros grupos en advertir, las consecuencias ocasionadas por la cuestión social en el país, proponiendo ante ello medidas concretas que pretendían dar respuesta a las diferentes problemáticas existentes. Desarrollaron así una intensa actividad tanto en el campo sanitario como social, basado en un amplio programa de

profilaxis sanitaria, social y moral. Privilegiando la prevención y demandando del Estado la intervención y responsabilidad mediante acciones concretas.

Durante los años `30 los reclamos de los Médicos Higienistas recibieron por parte del Estado respuestas parciales como consecuencia de la profundización de las manifestaciones de la cuestión social en el marco de la llamada crisis del `29 y del crecimiento migratorio interno.

En relación a lo mencionado anteriormente Norberto Alayon, indica que no se puede omitir el trabajo desempeñado por las visitadoras de higiene. Las cuales dependían del instituto de higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, las mismas desempeñaban desde sus inicios las siguientes “funciones” en la escuela: (ALAYON, N.; 1992: 61)

- Profilaxis de las enfermedades transmisibles.
- Examen físico individual de los alumnos.
- Examen psíquico individual de los alumnos.
- Higiene física del edificio escolar.
- Higiene profesional del maestro.
- Enseñanza de la higiene.

De este modo y en busca de brindar un carácter de técnico calificado a estas Mujeres, en el año 1924 fue creado el curso de Visitadoras de Higiene Social el cual tenía una duración de dos años: El primero preparatorio y el segundo Especialización.

Cabe destacar que como manifiesta el autor citado mas arriba, a pesar de las reales limitaciones de estos cursos corresponde establecer que los mismos constituyen, el primer antecedente de la enseñanza de la Asistencia Social en la Argentina.

En el año 1928 se origina un Proyecto de Ley para la creación de la Primer Escuela Nacional de Servicio Social, presentado por el Poder Ejecutivo Nacional, la cual se fundamentaba señalando la carencia de establecimientos, al interior del país, destinados a capacitar y formar técnicos en dicha disciplina. Sus objetivos se encontraban orientados a proporcionar enseñanza técnica y administrativa a todos los jóvenes, que aspiraran a ocupar puestos en obras asistenciales y de previsión social. Pese a ello dicho proyecto de Ley no llego a aprobarse.

“El 2 de Diciembre de 1927 el Doctor Germinal Rodríguez publica un artículo en el diario “La Nación” donde desarrollaban las características y los propósitos del Servicio Social, así como también los contenidos curriculares y la experiencia de otros países fundamentando la necesidad de crear “la Escuela de Servicio Social” (ALAYON, N; 1992:79)

El 23 de Junio de 1930 el Museo Social Argentino incorpora a sus actividades la inauguración de su primera escuela, la Escuela de Servicio Social la cual se encontraba bajo la dirección del Doctor Alberto Zwanck. La misma inicio sus actividades con un plan de estudio de dos años de formación, el cual evidenciaba una orientación para-médica que predominó durante largo tiempo.

En 1946 la Universidad Nacional de Buenos Aires creó la Escuela de Asistentes Sociales en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, dependiendo del patronato de Recluidos y Liberados creada en 1941.

Como menciona Natalio Kisnerman en su libro “Pensar el Trabajo Social” “quedaron así definidos los primeros objetivos de la formación: preparar personal idóneo para trabajar en la salud y en la justicia, también fue característico en todas las escuelas latinoamericanas en una primera etapa”. (KISNERMAN, N; 1998:82)

Avanzando cronológicamente e instalado el Estado de Bienestar en el país, resulta pertinente mencionar como hemos destacado en la página 16, que las políticas sociales en relación al campo de la salud y la asistencia social, son impulsadas desde la concepción de que todos los hombres tienen igual derecho, a la vida y a la sanidad resaltando el hecho de que no existe política sanitaria sin política social, la cual a su vez requiere de dispositivos adecuados para garantizar el acceso al pueblo.

Como se ha mencionado en el apartado del “Sistema de Salud Argentino” durante el Gobierno de Juan Domingo Perón, se crea la Dirección Nacional de Asistencia Social la cual dependía de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Destinada a ejercitar en todo el territorio Nacional, el amparo por parte del Estado de las personas que por causas fortuitas o accidentales se vieran privadas de los medios indispensables de vida y de las que, careciendo de ellos, se encontraran incapacitadas en forma definitiva para obtenerlos.

Desde la Fundación Eva Perón, se toma la iniciativa de mejorar los servicios vinculados a la salud y comienzan a construirse varios hospitales, maternidades, policlínicos, un tren sanitario comenzó a recorrer las provincias ofreciendo asistencia médica general y medicamentos en forma gratuita, se organizan campañas preventivas acercando los servicios de salud a poblaciones que carecían del acceso a dichas prestaciones.

Dichos acontecimientos evidencian la necesidad de tecnificar la administración del sistema sanitario, generando la creación de un ambiente propicio, para el desarrollo de las profesiones que se vinculaba a dicho ámbito. Dentro de las cuales se encontraba también el Trabajo Social, volviéndose el ámbito de la salud un espacio ocupacional privilegiado para la profesión, incorporando las tareas de prevención de la salud y acción comunitaria.

Avanzando en el tiempo e instalada ya la década del los `60, comienza a problematizarse acerca de los métodos y técnicas implementados por los Trabajadores Sociales. Los cuales se consideraban que hasta el momento habían sido copias, sin tener en cuenta que el Trabajo Social norteamericano era parte y producto de un contexto determinado, diferente a las condiciones que presentaban la realidad de nuestro país.

En dichos años en Argentina, se instala como mencionamos anteriormente en el apartado titulado “sistema de salud en Argentina” el modelo desarrollista. Marcado por una gran influencia externa, tanto en lo económico como en lo social, se puede señalar en este caso a la CEPAL como una de las más relevantes. En este contexto, crece el interés por los programas de organización y desarrollo de la comunidad. A manera de ilustración, la Organización de Servicio Social de la OEA realiza acciones tendientes a influenciar la formación y la práctica de Trabajo Social impulsando el desarrollo comunitario.

El propósito de esta nueva tendencia, es vincular la población de una manera “activa y consciente” en los planes y proyectos específicos de desarrollo hacia la eliminación de las causas del subdesarrollo.

Frente a esta marcada influencia externa surge como menciona Gustavo Parra en 1965 lo que se denominó movimiento de reconceptualización del Trabajo Social, el cual “es considerado como un momento de ruptura,

implicando una renovación profesional, abriendo nuevas perspectivas y reflexiones sobre el que hacer del Trabajo Social, ello implicó un cambio sustancial en los presupuestos básicos de la profesión”. (PARRA, G; 1999:76)

Se destaca que desde el ámbito de la salud, la intervención se vincula con los objetivos propios del movimiento: una idea transformadora, orientada hacia la concientización y organización popular. Surge aquí la necesidad de una acción eficaz, transformadora y científica. En cuanto a las técnicas e instrumentos de intervención, el autor mencionado anteriormente destaca que la observación participante y el registro en cuadernos de campo, fueron las que tuvieron mayor adhesión, ya que los profesionales se planteaban vivir en y con la comunidad.

Siguiendo a Natalio Kisnerman, en su libro “Pensar el Trabajo Social”: una introducción desde el construccionismo, la reconceptualización significó una ruptura con el modelo norteamericano impuesto a sociedades que no guardan con aquella ninguna similitud, permitiéndose pasar de agentes receptores y repetidores de una tradición dominante a un papel protagónico de rescate de voces y saberes de los Trabajadores Sociales Latinoamericanos, elevando la capacitación, creando materiales de estudio propios y adecuados al contexto social donde se aplican.

Otro aspecto significativo en este momento histórico, se da en la resignificación de las modalidades de intervención comunitaria en el campo de la salud, ya que no se está buscando solo la eficiencia técnica de la aplicación de un programa, en términos de mejorar determinados indicadores sanitarios, sino que la intervención se proponía un objetivo superior: la generación y sustento de modalidades organizativas a nivel barrial.

Como consecuencia del movimiento de reconceptualización se comienza a utilizar el término Trabajo Social para designar a los profesionales, que desde sus orígenes fueron denominados como Asistentes Sociales. Dicha diferenciación en la terminología está dada como alude dicho autor “por la concepción de que la asistencia social, más próxima a la beneficencia, es una acción tendiente a paliar las emergencias sociales siendo el Asistente Social el protagonista de la acción que trabaja para las personas con necesidades materiales, las que son receptoras pasivas, espectadoras de lo que aquél hace.

Por lo contrario el Trabajo Social en la acepción que le dio la reconceptualización, en tanto trabaja con las personas, mas que centrarse en el problema, puso énfasis en la realidad donde ese se produce, en el como los sujetos vivencian sus problemas y en el como intervienen en la acción superadora se sus situaciones.

La crisis del paradigma marxista de los años 80, provoco perspectivas teóricas diversas en la totalidad de las disciplinas sociales, que ocasionaron en el Trabajo Social el desarrollo de diversas tendencias, como un marcado interés por recuperar la propia historia; esto puede interpretarse como un intento por recuperar la identidad a partir del trayecto vital, reconociendo valor a los aportes derivados de la historia de la profesión, que caracterizó la etapa anterior, fueron totalmente descalificados.

Es así que la preocupación por la praxis social, la investigación y la sistematización originada en la etapa de la reconceptualización, adquiere preeminencia durante este período; son especialmente notorias las producciones en torno a la sistematización, como estrategia que prometía ser una herramienta fundamental para la reconstrucción y la socialización de los saberes producidos en la praxis profesional, en cuya difusión el CELATS tuvo un papel fundamental.

De la década de los 90 es interesante destacar, la eclosión de las ciencias sociales en gran cantidad de campos disciplinarios y la aparición de modelos diversos a partir de una realidad globalizante. De igual manera, la internacionalización de la economía en el contexto del modelo neoliberal, sin lugar a dudas, ocasiona transformaciones políticas con respecto a la conformación, constitución y proyección del Estado que comprometen de manera significativa el tema de lo social.

Se produce, entre otras, un debilitamiento de las políticas sociales y aparecen nuevos actores que, de alguna manera, atienden las demandas de lo social ante el debilitamiento del Estado, dígase, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales. De igual manera, sectores específicos de la sociedad civil se organizan para satisfacer solidariamente sus necesidades y para la generación de mejores condiciones de vida colectiva.

Estos cambios mencionados han planteado como menciona Vega “una serie de modificaciones a la acción del Estado sobre lo social, desde la restricción del gasto público y especialmente del gasto social, hasta la presencia de nuevos actores que poco a poco han penetrado en la cuestión social, ante las dificultades para que el Estado atienda todas las demandas sociales que emergen de la sociedad, y en especial de los sectores populares más deteriorados” (VEGA, M. 1997:7-8).

Estas circunstancias obligan a la redefinición de la acción sobre lo social, en los ámbitos oficiales y no oficiales. Se impone, por tanto, una nueva racionalidad para la participación en programas sociales que no puede sustraerse a los imperativos de eficiencia y competitividad que maximicen la capacidad financiera, técnica y administrativa.

A estos imperativos socio-políticos, se le adicionan al Trabajo Social otros de carácter epistémico referidos a diferentes modelos y énfasis en el abordaje cognoscitivo de lo social desarrollados en las ciencias humanas y sociales, los cuales, a su vez, tienen consecuencias en los procesos de intervención profesional.

Al respecto, cabe mencionar, “los enfoques sistémicos y holísticos que se constituyen en herramientas para abordar el problema de la complejidad, además de las lecturas de corte hermenéutico que, al retomar la tradición weberiana, enfatizan en la comprensión de los elementos subjetivos de la acción, de tal manera que los sentidos y los significados socialmente constituidos se vinculan entrañablemente con la acción humana y con las interacciones sociales” (CIFUENTES, R.; GARTNER, L; 2003:7-8).

En este momento se incorporan en Trabajo Social, la cuestión de la ética y la de ciudadanía. Que como indica Susana Cazzaniga en su texto titulado “Reflexiones sobre la Ideología, la Ética y la Política en Trabajo Social” esta primera cuestión es incorporada a partir de la conformación en 1995 del Comité MERCOSUR de Organizaciones Profesionales de Servicio Social o Trabajo Social integrado por Argentina (FAAPSS), Brasil (CFESS), Uruguay (ADASU) y luego Paraguay (Asociación de Asistentes Sociales), y con la firma un año después del Protocolo de Intención donde se decide adherir y trabajar guiados por principios filosóficos e ideales éticos, humanísticos y democráticos.

Esta línea de trabajo que se mantiene actualmente, se ha materializado en documentos tales como Principios Éticos y Políticos para las organizaciones profesionales de Trabajo Social del MERCOSUR, el Documento base sobre Valores Éticos de nivel nacional, textos éstos que han recuperado los aportes sobre Declaración de Principios de la FITS.

Es así que se destacan algunas consideraciones producto de estos debates mencionados en dicho artículo por la Licenciada Pereyra:

- Una conciencia ética es parte necesaria de la práctica profesional de todo Trabajador Social. La ética es lo que le otorga excelencia al ejercicio profesional y lo garantiza.
- La ética se constituye como bien supremo en el ejercicio profesional y como basamento primordial en otros aspectos tales como legales, teóricos e ideológicos.
- La libertad, los derechos humanos y el respeto por la autodeterminación son valores fundamentales y rectores del ejercicio profesional.
- La defensa de la democracia y de la ciudadanía; serán fortalecidas a partir de la justicia social, la igualdad, la solidaridad, la participación y el respeto a la dignidad, al pluralismo de ideas y a la diversidad cultural. Así también como el carácter público de las políticas sociales en garantía de los derechos universales e integrales de la persona.

La cuestión de la ética se anuda al tema de la democracia y de la ciudadanía, identificando los valores necesarios de incorporar a fin de fortalecer su defensa. De esta manera la ética queda vinculada a la acción, acción que por otra parte es política, en tanto propone una expectativa de realización de una sociedad en determinado sentido.

En cuanto a los debates actuales del trabajo social en el ámbito académico, se centran en el funcionamiento democrático y los lineamientos curriculares básicos, que se suponen la construcción colectiva de un proyecto de formación profesional que contempla y considera las complejas relaciones entre Estado, sociedad, cuestión social y mercado laboral.

Metodología de Intervención en Trabajo Social

La metodología de intervención en Trabajo Social hace referencia al estudio y comprensión de los métodos utilizados por la profesión, para llevar a cabo sus intervenciones.

Margarita Rosas en su libro titulado “Una Perspectiva Teórico Metodológica de Intervención en Trabajo Social” hace mención a que “Denominamos proceso metodológico a la secuencia de tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación, que generalmente se dan en la intervención profesional. Estos momentos se pueden recrear en el nivel individual, grupal y comunitario”. (ROZAS PAGAZA, M. 1998:75)

Remarca el hecho de que para comprender la secuencia de lo que denomina proceso metodológico de intervención, es necesario partir de la complejidad existente en la construcción del campo problemático en la intervención, la cual resulta ser la expresión de un conjunto de dimensiones de la cuestión social que se expresa, en la contradicción entre sujeto y necesidad. Esta relación es el eje que orienta y da direccionalidad a la intervención profesional.

Dicha autora menciona tres momentos que se dan en la intervención profesional los cuales denomina como:

- **Inserción**: Primer acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de sus necesidades. Consiste en iniciar el conocimiento de dicho contexto particular a fin de establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de dicha ubicación. Es el momento de los interrogantes, es también el momento de búsqueda del sobre que de la intervención.
- **Diagnostico**: El proceso de conocimiento adquirido durante la inserción posibilita tener elementos empíricos que deben ser analizados a los fines de visualizar correctamente el campo problemático sobre el cual se precisaran los objetivos de la intervención profesional. El diagnóstico es visto como síntesis, es la re-elaboración de ese conocimiento acumulado sobre la problemática en la relación sujeto – necesidad. En esta síntesis se pretende develar la

complejidad de las problemáticas sociales que se han ido analizando en el transcurso de la inserción profesional.

- Planificación: Tiene un significado articulador de las acciones del profesional a nivel general y en el ámbito particular, es la explicitación técnica de objetivos y actividades que viabilizan la intervención profesional. La planificación no presenta rigidez en su formulación, sino que la misma sufre modificaciones constantes debido a que es un proceso que se ve afectado por una realidad en la que los actores involucrados complejizan la operatividad técnica de un proyecto siendo necesario evaluar frecuentemente las condiciones de esa operatividad.

Resulta pertinente mencionar que para la consecución de los objetivos propuestos en cada una de las intervenciones que realiza el Trabajador Social se utilizan diversas estrategias que desarrollaremos mas adelante, las cuales hacen referencia a combinación, coordinación, distribución y aplicación de acciones o medidas.

Las Estrategias de Intervención en Trabajo Social

La intervención del Trabajo Social como mencionamos anteriormente, estaba influenciada por modelos estructurados donde la lógica de actuación era de tipo normativa, se utilizaban procedimientos rutinarios estandarizados previamente definidos, ya que se consideraba que esta acción técnico-preciso y altamente elaborada garantizaba su efectividad.

A diferencia de la intervención estratégica, que se caracterizan por un pensamiento que se contraponen las categorías tradicionales, poniendo énfasis en las de complejidad y contradicción, es por esto que es necesario repensar nuestras prácticas profesionales utilizando perspectivas múltiples, abarcativas y acríticas.

Esta manera de ver y pensar la realidad social donde se encuentra el sujeto con el cual trabajamos, nos exige una “intervención, que supone siempre una estrategia, asociada esta a la idea de procedimiento para ganar poder, colocando el conflicto de intereses en el centro de la discusión y proponiendo objetivos de avance que, necesariamente, deben considerarse como un cambio en la correlación de fuerzas entre varios actores sociales. En tal sentido, una estrategia es un escenario, que puede modificarse de acuerdo a los acontecimientos, las informaciones, las coyunturas”. (GONZALES-SAIBENE; 1996: 45)

Esta forma de intervención profesional cuenta con un conjunto de tácticas, que se utilizan como alternativas para lograr los objetivos planteados ante aquellos escenarios que menciona dicha autora.

Una de las herramientas que utilizamos en trabajo social, para pensar las estrategias de actuación profesional es la entrevista. Es entonces que a partir de la entrevista, ya sea con la persona que demanda, como con sus referentes o con otros profesionales del hospital u otras instituciones. La entrevista, es una construcción de un espacio de escucha y elaboración de estrategias. Existen diferentes tipos de entrevistas que según el cuaderno de investigación titulado “Entrevista semiestructurada” se pueden clasificar en:

La entrevista semiestructurada: Se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas, dando oportunidad a recibir mas matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas. Por lo tanto se requiere para realizar este tipo de entrevista una actitud de escucha.

La entrevista no estructurada: Son aquellas entrevistas en las que el entrevistador parte de un plan general, en el que tiene en cuenta el tema o los temas que desea encarar durante la entrevista, pero deja que sea el entrevistado quien durante la conversación, vaya desarrollando cada uno de los temas con la dirección, profundidad y método que le resulte más atractivo.

Otro tipo de entrevista que se pueden utilizar en la intervención del trabajo social son las denominadas entrevista en profundidad, que según Raúl López en su texto titulado "la entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social" menciona que tienen mucho en común con la observación participante en donde el observador es también actor. Esta posición permite pasar de una observación superficial a una observación desde el interior, en donde se privilegia la experiencia vivida de la situación, la significación dada a los gestos y a los comportamientos de los actores.

Otras de las herramientas son las articulaciones intrainstitucional que según Alfredo Carballada son las que incluye el trabajo interdisciplinario con el resto de los profesionales (interconsultas) y el trabajo con otros servicios para garantizar el acceso de las personas a la atención de su salud.

También se encuentran las articulaciones denominadas interinstitucional, que según dicho autor deben entenderse como el contacto y la articulación con otras instituciones y profesionales, que estén abordando la misma problemática. El mismo permite "no sólo aportar a la reconstrucción del tejido social sino también dialogar entre sí, visibilizando el padecimiento, como manifestación de la desigualdad; al mismo tiempo que nos permite interpelarnos sobre nuestra forma de actuar, revisar nuestra intervención". (CARBALLEDA, A; 2009: 42)

Estas articulaciones se vincula con entrevistas telefónicas (derivaciones, otras consultas, comunicación con referentes familiares, citas, confección de informes y envío de los mismos, accesibilidad a los recursos).

Esto se sustenta en la importancia de esta técnica como la herramienta más apropiada para poder acceder al mundo de sentido del sujeto, teniendo en cuenta que la palabra y la escucha son los elementos fundamentales en las intervenciones sociales, para el acercamiento y acompañamiento de las personas con las que trabajamos.

Otra técnica implementada en el proceso de intervención es el registro en historias clínicas, los mismos dan cuenta de la historia de vida del sujeto, como así también del diagnóstico y el plan de acción a realizar. “el registro es parte de la intervención profesional, que no solo identifica la unidad de atención, sino que informa acerca de ella, sirviendo de control a nuestra subjetividad, permitiendo verificar y evaluar el proceso” (KISNERMAN,N;1986: 80.)

En conclusión, la intervención estratégica del trabajador social, apunta a la implementación de diferentes tácticas o técnicas como son la entrevista, la articulación intra e interinstitucional, la comunicación con referentes familiares o derivaciones a otras instituciones con el fin de concretar los objetivos planteados en la intervención.

Dado que estas articulaciones, construyen espacios concretos y flexibles entre las necesidades e intereses de los actores que participan en el mismo y los objetivos de la institución, tendiendo a la satisfacción y legitimación de los derechos humanos.

La intervención de trabajo social en el campo de la salud

El Trabajo Social estuvo relacionado en sus inicios al campo de salud. En el modelo liberal la salud no era considerada un problema público sino privado, centrándose en evitar la propagación de las epidemias y no en curar a los enfermos. El rol de los médicos higienistas a principios del siglo XIX, estaba orientado a paliar problemas tanto de salud como sociales.

A partir de este contexto, la profesión tenía una concepción de que el hombre debía ajustarse a su medio. Con el fin de controlar a esta población se crea el curso de Visitadoras de Higiene Social.

Estos acontecimientos marcaron los inicios de la intervención del trabajo social en el campo de la salud, el cual se ha caracterizado por una concepción hegemónica sobre salud/enfermedad que se reduce a la comprensión de la individualidad y de las características personales para su adaptación consiente al medio.

A partir de lo desarrollado consideramos importante definir el campo de intervención como “todo sistema de relaciones sociales que funciona de acuerdo con una lógica que le es propia y que se debe tener en cuenta para explicar su evolución. El surgimiento de un campo específico es siempre histórico y en el devenir de su historia, el campo desarrolla leyes de funcionamiento propias, establece las posiciones de los agentes y las relaciones entre dichas posiciones.” (BOURDIEU, P; 2003:15).

Dentro del campo de la salud se encuentran diferentes actores, con interés en juego que poseen un capital intelectual, cultural y social que hacen, que se posicionen en un lugar determinado dentro del campo, cada uno de estos actores construye una representación sobre el proceso salud/ enfermedad.

Dicho campo con la llegada del modelo justicialista tuvo un cambio de enfoque la salud es considerada como un derecho primordial para los ciudadanos, y no inherente a la condición del individuo, sino como un proceso en el que intervienen diferentes factores.

Tomando a Carballada y Barberena que en su texto “Trabajo Social, Política Social y salud” señalan que a partir de la concepción de salud y de

enfermedad se establece una pugna entre dos concepciones; una que se denomina sectorial y la otra integral.

La primera vinculada al saber médico, plantea su accionar especialmente o específicamente dentro del campo de la salud, es decir, secundariza las problemáticas de tipo social o estructural. Esta tiene una representación de la salud como algo esencialmente endógeno y de atribución individual, reducen las cuestiones de salud al campo de la acción del individuo.

La segunda, relacionada a la intervención del trabajo social plantea lo opuesto, entiende a la salud como emergente de la cuestión social. Así esta aproximación a lo social, entiende la consulta; la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud, como emergentes de una situación mucho más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral.

Por otro lado, los sectores populares, “a pesar de reconocer el poder médico y subordinarse a la medicación, poseen una visión crítica, a partir de la experiencia, tanto de los profesionales y su técnica como del sistema de asistencia y servicio del que hacen uso. Por ello reinterpretan el esquema racionalizado, usándolo de acuerdo a sus intereses inmediatos y concepciones particulares”. (De Souza Minayo, 1997:22).

Por lo mencionado, damos cuenta que el proceso salud – enfermedad es un fenómeno complejo. Se inicia con una percepción del sujeto ante algo que le ocurre (enfermedad), y que interpreta dentro de los parámetros establecidos culturalmente. Estos parámetros, afectan tanto a la percepción y actuación del sujeto, como a los comportamientos de su grupo cercano.

El médico actúa en la detección de la patología y el restablecimiento de la salud, su función es el estudio, diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del sujeto sin tener en cuenta otros factores como, el social, económico y cultural, entre otros, que inciden en este proceso.

El trabajador social en dicho proceso, no solo se focaliza en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Sino en las singularidades de la realidad cotidiana en la que se encuentra el sujeto.

Dado que a partir, de la escucha profesional el trabajador social, conoce la trayectoria de vida, el presente personal y el contexto donde se encuentra

inmerso el sujeto. El cual nos permite comprender a ese otro, en la situación compleja y en la que se encuentra, su relación con su padecimiento como interpreta su enfermedad, como la vive, como enfrenta o va a enfrentar el tratamiento y como evalúa la situación.

Es por ello que coincidimos con Carballada en que “La intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese otro sobre el que se interviene. Se intervienen no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que esto genera. La intervención, muchas veces hace visible aquello que no se visualiza que se encuentra naturalizado, de este modo se sale de lo establecido. La emergencia de las problemáticas sociales complejas implica reconocer la intervención en lo social como un saber experto que trasciende los campos disciplinares dialogando con cada espacio de saber, generando nuevas preguntas que en definitiva son trasladadas desde los escenarios de la intervención donde sobresale la incertidumbre, la injusticia y el padecimiento”. (CARBALLEDA, A; 2010: 11)

La intervención es entonces una instancia legitimadora del que hacer profesional y dinamizadora de la práctica, la cual requiere la implementación de estrategias que potencian la capacidad de acción, para alcanzar los objetivos planteados en la intervención.

Trabajo Social Hospitalario:

El trabajo social en el ámbito hospitalario, debe asumirse como promotor de ciudadanía, lo que implica considerar a la persona que demanda atención como sujeto de pleno derecho y protagonista central en la construcción de la salud, así como también en la defensa de los derechos que como ciudadano le corresponden.

Como menciona Cesilini en su libro “La nueva pobreza en el ámbito hospitalario”. La promoción de ciudadanía en el ámbito hospitalario es bien recibida por los sujetos que afrontan a diario dificultades para acceder a la resolución de un problema sanitario. (CESILINI, G; GUERRINI, M; NOVOA, P; 2007:42)

El Trabajador Social tiende a satisfacer una serie de objetivos, los cuales se inserta a su vez en los objetivos generales del hospital del cual forma parte, enfocado desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales.

El papel que desempeña el trabajador social con el objetivo de reducir las desigualdades para el acceso a la salud, puede visualizarse según el nivel de atención y las áreas en las que se desempeña.

Es necesario tener en cuenta que el trabajador social en el hospital, si bien tiene como objetivo el constituirse como promotor de ciudadanía y garantizar el conjunto de derechos que protege a las personas, en su accionar profesional se encuentra con la coexistencia de dos modelos, el modelo médico hegemónico y el modelo de derecho a la salud.

El modelo médico hegemónico que “excluye la variable histórica del proceso de salud-enfermedad-atención. Las características más sobresalientes de dicho modelo son: la asimetría en la relación médico-paciente, el individualismo, la ahistoricidad, el biologicismo, una concepción de sujeto pasivo, donde prevalecen los criterios mercantiles y la racionalidad científica”. (TROIANI, M; 2011:2)

Como respuesta a este modelo diversos actores han sostenido el discurso del derecho a la salud e impulsaron un debate sobre la elaboración de una política de salud con enfoque de derechos humanos.

De esta manera, “los derechos humanos en este campo aparecían más como un discurso ético y moral que como una propuesta para la formulación de políticas, la construcción de herramientas concretas de gestión y el desarrollo de modelos de atención que permitieran cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud. En los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos han fijado obligaciones al Estado. Esto significa que ha definido aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales. En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos.” (ASE, I; BUNJOVICH, J; 2009:28-29)

En las instituciones de salud, es posible detectar la presencia respecto a estos dos paradigmas (biologicista-enfoque de derecho). En lo referente al primero se encuentra caracterizado por una verticalidad en las decisiones, los profesionales mantienen una relación asimétrica con el paciente, manteniendo el monopolio de la información. Así los pacientes son considerados como agentes pasivos, que acceden al sistema sanitario para lograr un tratamiento de sus dolencias.

Con respecto al enfoque de derecho los profesionales enlazan criterios integradores manteniendo una relación simétrica con el paciente y el equipo de salud, facilitando el ejercicio del derecho a la información y el conocimiento que deberá adquirir el sujeto para construir su propia salud, o sea considera al sujeto como activo, por lo tanto se le asigna el lugar de sujeto pensante.

Es decir el trabajador social en su accionar inter-hospitalario, debe tener en cuenta al conjunto de derechos que protegen a las personas, entre los que se pueden mencionar los derechos principalísimos del hombre, los derechos humanos universalmente reconocidos, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a no ser internado contra su voluntad, la privacidad de la historia clínica, el respeto a la intimidad, el consentimiento informado y la confidencialidad.

La categoría conceptual de sujeto es entendida según Susana Cazzaniga “como un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares. Lo universal o genericidad expresa la condición de seres humanos, con

derechos y capacidades; universal en tanto horizonte de sentido, el "deber ser". Lo particular, comprende al sujeto en sus condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, su historia social familiar, lo que "hace ser". Lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del "es" como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular". (CAZZANIGA, Susana 1997).

El sujeto que viene a atenderse a la institución, en general no solo tiene un problema de salud o una cuestión orgánica, sino que la mayoría tienen problemas familiares, laborales o habitacional. Entonces es un paciente complejo que se encuentra atravesado por múltiples problemáticas, por lo tanto el trabajador social interviene considerando las diferentes dimensiones para pensar, comprender e intervenir en el problema. Teniendo en cuenta lo biológico, lo histórico, cultural y psicológico, requiriendo de una multiplicidad de saberes y miradas, incluyendo en primer lugar los de la persona atendida.

En síntesis, el trabajador social al insertarse en el ámbito hospitalario se encuentra ante un primer desafío incorporarse a un dispositivo institucional donde la hegemonía médica siempre ha reinado, contrayendo un espacio desde una lógica de intervención que apunta a impulsar, una mirada integral, lo que implica no separar al sujeto de su historia, de los acontecimientos vividos, de su relación con el contexto global y las nuevas condiciones de exclusión y vulnerabilidad social, donde la urgencia no implica dar respuestas ya, sino tomarse el tiempo de escuchar como a cada sujeto le impacta esa situación de urgencias, poder construir con el otro esa forma particular de entender la realidad que lo atraviesa y evaluar las posibilidades de reducir su padecimiento.

Segunda Parte
Marco Institucional

Capitulo N°4:

El Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende y Hospital Privado de Comunidad

- Descripción histórica de ambos hospitales
- Modelos de gestión del Hospital Interzonal General de Agudos Hospital Privado Comunidad
- Estructura y organización de la unidad de urgencias de ambos hospitales

Descripción histórica del Hospital Interzonal General de Agudos

El Hospital funciona en un predio que ocupa 16 hectáreas donadas por Eufemia Errecaborde, en 1948 por iniciativa del secretario de Estado se colocó la piedra fundacional. El hospital tendría una capacidad para 500 camas, consultorios de todas las especialidades, salas de rayos y diatermia, salas de maternidad y lactantes, salas de operaciones, laboratorio, farmacia, dependencia de dirección, administración, personal médico de atención general y servicios, así como depósitos para medicamentos y víveres, constituyéndose en un verdadero modelo de su género. Una vez finalizado el edificio quedaría solucionado el problema sanitario de la ciudad y la región.

Cabe destacar como ya mencionamos que en la Argentina en la década de los 40 se caracterizó, entre otras cosas, por haber sido el inicio de una etapa en la cual la salud fue asumida como un deber del Estado, razón por la cual se comenzaron a incorporar funciones en relación a este tema prioritario. Aparecieron entonces las políticas de salud que tenían como objetivo el de asegurar el acceso a la atención de todo el pueblo argentino.

Entre 1946 y 1954 se desarrolla un importante infraestructura de atención estatal, que duplicó la capacidad hospitalaria Argentina. En los años 50 nuestro país incorporó una poderosa infraestructura pública en cantidad y calidad.

El hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA) fue creado por el Dr. Ramón Carrillo, quien lo concibió para brindar atención a la población carenciada de la región. Estuvo parcialmente terminado a mediados de 1955, pero después del golpe militar se detuvo la obra que se reinició posteriormente durante el Gobierno de Arturo Frondizi.

Es así que el Hospital formó parte del proyecto Carrillo el cual contempla dos principios fundamentales de planificación la centralización normativa y la descentralización ejecutiva.

En la centralización normativa fueron detallados las formas y medios para implementar todos los procedimientos, acciones técnicas, administrativas de la secretaria de Salud Pública de la Nación.

Desde el punto de vista administrativo se implementó la unificación de definiciones, criterios, regímenes de trabajo, normas sobre la administración de fondos, personal, contrataciones, unificaciones de procedimientos, etc.

Esto se enmarcaba en la concepción de Carrillo y del partido Justicialista que consideraba a la salud como un problema social, no centrado en el saber médico.

El denominado Hospital Regional construido durante esta gestión no fue habilitado por el Gobierno Nacional quien lo transfirió totalmente equipado al de la Provincia de Buenos Aires. En el año 1960 y se habilitó para la atención del público en diciembre de 1961.

Se llamo en 1961 Hospital Regional, en 1973 Hospital Evita, en 1983 Hospital Interzonal de Agudos y en 1996 se le agrega el nombre de Oscar Alende.

A nivel de distrito es cabecera y hospital de referencia de la región sanitaria VIII, conformada por 16 partidos, Ayacucho, Balcarce, General Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, La costa, Loberia, Maipu, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

El hospital corresponde al segundo nivel de atención, al cual se acude cuando se agota el primer nivel de atención, las funciones que presta en el segundo nivel son la prevención, la curación, la rehabilitación, docencia y la investigación.

El hospital "Dr. Oscar Alende" es el único de alta complejidad en la Zona Sanitaria VIII que abarca 16 partidos, con una población estimada 1.000.000 habitantes. Por lo tanto, la única instancia de atención gratuita de alta complejidad en su zona de influencia.

Recibe derivaciones, consultas de instituciones de baja y mediana complejidad de la zona, así como la afluencia de numerosa consulta del área urbana y suburbana del Municipio de General Pueyrredón.

Desde su inauguración cumple las funciones de hospital escuela, acompañando el desarrollo y la evolución técnico-práctica, científica de los profesionales del equipo de salud; por mucho tiempo el hospital fue formador de recurso humanos de enfermería, a través de la Escuela Superior de Sanidad, dependiente del Ministerio de Salud y actualmente a través del Programa de Desarrollo de Enfermería "Eva Perón".

Descripción Histórica del Hospital Privado de Comunidad:

Alvarez y Reynoso en su libro “Médicos e Instituciones de salud” describe el nacimiento y formación del Hospital Privado de Comunidad (HPC). La fundación médica Marplatense surgió el 14 de abril de 1965 por iniciativa de un grupo de médicos que habían impulsado la reforma hospitalaria, que provenía del Hospital Interzonal de Agudos del partido de General Pueyrredon, quienes tenían como objetivo crear, mantener y desarrollar un Hospital Privado de acuerdo a normas y sistemas de elevada pauta técnico-científica, con proyección social a la comunidad en relación con esta finalidad básica, promover, apoyar, sostener, realizar y/o patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud.

En la página web de dicha institución se encuentra desarrollado los inicios y posterior formación de la institución, una fundación era la figura jurídica que permitía adquirir un inmueble contemplando ambos requisitos, no pertenecer al Estado ni perseguir fines de lucro.

Por ello se constituyó la Fundación Médica de Mar del Plata, se elaboraron los estatutos, fijándose como objetivo primordial el de crear un hospital cuya misión sería la de llevar a cabo ciertos postulados que habrían de sostenerse a través del tiempo.

Ni bien se aprobaron, se comenzó a divulgar la idea de fundación, procurar captar amigos y pacientes como socios fundadores, asegurándoles como contrapartida ciertos beneficios económicos en la asistencia médica de su grupo familiar, además la posibilidad de integrar el futuro consejo de administración.

El 31 de mayo de 1971, con el apoyo de miembros de la comunidad marplatense, Fundación Médica Mar del Plata inaugura con el nombre de Hospital Privado de Comunidad.

El mismo es un hospital de agudos de alta complejidad, el cual se caracteriza por asistencia especializada, ausencia de lucro, reinversión para el crecimiento, historia clínica única, generar programas de investigación, trabajo profesional

de tiempo completo y dedicación exclusiva para el plantel médico, programa de educación médica de post-grado, escuela de enfermería dependiente de la Universidad Nacional de Buenos Aires, internación domiciliaria, atención domiciliaria, formación de recursos humanos en todos los niveles y atención en los tres niveles de la salud.

En un primer momento funciono en la dependencia de la actual clínica del niño y posteriormente se traslado al actual edificio ubicado en las calles Córdoba y Juan B. Justo.

El hospital se encuentra dentro del segundo nivel de atención por las siguientes funciones prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación. Además de contar con consultorios externos, destinados para la atención primaria de la salud.

Su dirección y administración conformada por: presidente, vicepresidente (médicos), un secretario, cuatro vocales titulares, cuatro vocales suplentes y un síndico elegido por los fundadores reunidos en la asamblea.

La creación de esta institución coincide con la aparición del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.P) y la instrumentación del Programa Asistencial Médico Integral (PAMI), donde la principal herramienta del convenio es la capitación.

Asiste actualmente a una población cautiva de 60.000 afiliados al INSSJP y 40.000 afiliados provenientes de otras obras sociales, mutuales, servicios de medicina prepaga y planes de salud del hospital.

El Hospital Privado de Comunidad cuenta con un plantel profesional conformado por: médicos de todas las especialidades, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, profesores de educación física, auxiliares de enfermería, mucamas, personal administrativo y de mantenimiento, etc.

La dirección del Hospital Privado de Comunidad depende del consejo de administración de Fundación Médica Mar del Plata, entre sus facultades tiene como misión dirigir las acciones de atención a la salud que se brindan en el hospital tendiendo a obtener la calidad total en la programación y ejecución de las mismas, según la demanda de la población beneficiaria, contando con especialistas de gestión y administración hospitalaria.

El nuevo hospital se propondría como un centro moderno, con énfasis en la innovación técnica, en la formación profesional, en la investigación y el desarrollo, en la participación directa de la comunidad en la gestión.

El hospital cuenta con 23000 mts² en los cuales se realizan múltiples actividades que confluyen en el propósito de brindar servicio para la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Los valores éticos y los principios fundacionales han sido el sustento de la superación científica y tecnológica, a fin de dar satisfacción a las necesidades en salud de la población utilizando los adelantos de la ciencia médica en un marco de creación innovadora.

Con el fin de brindar servicios médicos integrales y de alta calidad a la comunidad, el modelo institucional contempla la organización de los efectores, escalonados y articulados según niveles de complejidad configurando una red de servicios integrales.

Además se cuenta con un sistema de historias clínicas únicas, el cual permite el análisis del desarrollo histórico del sujeto en relación con su salud, en la misma se detallan todas las consultas, prácticas, intervenciones, diagnósticos, que la persona ha concretado con los diferentes servicios desde su ingreso a la institución.

Existe también en el hospital los comités profesionales para la normatización de procedimientos de diagnósticos y terapéuticos y el asesoramiento de las instancias de conducción en temas específicos, como así también la reinversión de la totalidad de las utilidades en el desarrollo de la capacitación de los recursos humanos, la planta física y el equipamiento. Se organizan y ejecutan programas de docencia, en particular residencias en las diversas especialidades.

Modelo de gestión del Hospital Interzonal General de Agudos y del Hospital Privado de Comunidad

Hospital Interzonal General de Agudos

Es una institución que brinda servicios de salud ambulatorios y con internación, gratuitos al momento de la atención, dependiente del presupuesto provincial, se ajusta al marco legal, de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, así como a las distintas leyes normativas.

El modelo de gestión del hospital es el autogestionado, inscripto en el decreto 939/2000.

Desde el 16 de Octubre de 1979, el Hospital queda incorporado a la estructura del Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O), iniciando automáticamente el cobro de aranceles estipulados, a través de las obras sociales nacionales y provinciales, mutuales y seguros.

La atención médica que brinda es gratuita basándose en las necesidades y demandas de la población a partir de ejecutar el presupuesto y organizar los recursos existentes para obtener el máximo de utilización de los servicios por parte de la comunidad.

Hospital Privado de Comunidad

El hospital se basa en un “Modelo de Gestión Empresarial”, cumple un doble rol en primer lugar de asegurador y en segundo lugar como prestador de servicios. Sus principales usuarios se caracterizan por proceder de los estratos medios y altos.

Los aportes provienen, de asociaciones intermedias, prestadores o empresas, obras sociales nacionales y provinciales.

Cuenta con una variada carta de planes que se adaptan a las necesidades de la población que acude al efector. Coordina sus actividades para conseguir los objetivos de participación e innovación en el mercado, responsabilidad social, rentabilidad, productividad, gestión y formación, mediante la utilización de recursos humanos y materiales.

Ofreciendo un servicio que apunta a una administración eficaz y eficiente orientada a la maximización de la calidad. Sus pilares fundamentales son la

investigación y el progreso tecnológico, para sustentar un modelo de crecimiento sanitario.

	<u>HIGA</u>	<u>HPC</u>
Fecha de inicio	11 Diciembre de 1961	31 de mayo de 1971
Función	General (no destinadas a una especialidad médica)	General (no destinadas a una especialidad médica)
Pacientes	Agudos y de corta estancia	Agudos y de corta estancia
Ámbito	Referente zonal del partido de General Pueyrredon.	Referente zonal del partido de General Pueyrredon.
Nivel de asistencia	Alta complejidad	Alta complejidad
Dependencia patrimonial	Público	Privado
Nivel de Atención	Primer nivel y Segundo Nivel	Primer Nivel y Segundo Nivel
Modelo de Gestión	Autogestionado	Gestión Empresarial

Capitulo N°5

Marco metodológico

- Tipo de investigación
- Objetivos
- Unidad de Análisis
- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos
- Análisis de Datos

Tipo de Investigación:

El presente trabajo contempla un estudio exploratorio-comparativo, fenomenológico, basado en una metodología cualitativa, utilizando como técnica la entrevista semi estructurada.

Sampieri en su texto titulado "Metodología de la investigación" menciona que un estudio exploratorio se utiliza cuando su objetivo 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. Sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación mas completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables".

Se ratifica el carácter exploratorio de esta investigación, ya que actualmente no abunda bibliografía respecto del área urgencia y emergencia, como ámbito de intervención del Trabajador Social, no se hallaron significativas producciones respecto a dicha temática.

Por lo tanto el modo de investigar es fenomenológico, a partir de considerar los fenómenos, tal cual son y como se muestran, basándonos en lo que realmente se experimenta a partir del análisis cognoscitivo en el cual el objeto de intervención se nos hace presente, adoptando la intuición como instrumento fundamental de conocimiento.

Las características más destacadas que aporta la investigación fenomenológicas son: "a) la primacía que otorga a la experiencia subjetiva inmediata como base del conocimiento; b) el estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos, teniendo en cuenta su marco referencial; y c) el interés por conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción". (SCHUTZ A.1995: 111).

La fenomenología, en primer lugar no persigue dar explicaciones respecto de los objetos, sino mostrar como son. En segunda lugar, extraer lo propiamente constitutivo, es decir las características necesarias y suficientes que dan cuenta y son constituyentes del objeto, no pudiendo obtenerse de forma independiente o a través de generalizaciones, por lo tanto el objeto de estudio son los sujetos y la especificidad del objetivo de la investigación viene dada por el problema concreto o los interrogantes que se quieran investigar.

Desde esta perspectiva, el método cualitativo de investigación posee un carácter fenomenológico que expresa aquella relación dialéctica que surge en la relación entre las personas que conforman la unidad de estudio.

Otra de las características de esta investigación es el paradigma cualitativo “se caracteriza por describir e interpretar la vida social y cultural de quienes participan en una realidad o contexto concreto; el investigador persigue entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor o sujeto social; lo central es la búsqueda del significado y la comprensión de la realidad” (Taylor y Bogdan; 1987:20).

Teniendo en cuenta los aspectos de esta investigación, se realizaron ocho entrevistas a diferentes actores que trabajaban en el área de guardia de ambos hospitales. Para obtener elementos discursivos, que cumplan con los requerimientos fundamentales para la elaboración de las conclusiones.

Objetivos:

General:

- Identificar y comparar las estrategias de intervención profesional en el servicio de guardia en un ámbito hospitalario público (HIGA) y privado (HPC) de alta complejidad de la ciudad de Mar Del Plata.

Específicos:

- Describir las características estructurales del servicio de emergencias del HIGA y HPC.
- Analizar la cultura organizacional del servicio de emergencia de los hospitales citados anteriormente.
- Describir las problemáticas relevantes emergentes de la intervención en los servicios de emergencias de ambos hospitales.
- Indagar sobre el perfil de los sujetos de demanda, en los servicios de emergencia del HIGA y el HPC.
- Identificar problemáticas relevantes de la intervención del trabajo social en el área de emergencias de ambos hospitales.

Unidad de Análisis

- Servicio de Guardia de un hospital público y un hospital privado

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se organizan las entrevistas a través de un esquema semiestructurado, que guiaran la visión de los profesionales frente a los objetivos propuestos.

Se efectuaron entrevistas a: jefa de médicos, jefa de enfermería, secretarías y en el caso del Hospital Interzonal de Agudos a la trabajadora social del área de guardia y en el Hospital Privado de Comunidad a la jefa del Servicio.

El objetivo de este tipo de entrevista no es recopilar informaciones o conocimientos adquiridos, sino la expresión de los sujetos como una visión más plena de la realidad. Por cuanto que el entrevistador se adecua a las respuestas del entrevistado dándole mayor libertad para conducir su discurso y profundizar en él.

Desarrollando una guía de la misma que permita al entrevistador mantener el enfoque de acuerdo a sus propósitos y objetivos; para poder reproducir y analizar las experiencias del entrevistado. Es decir, la creación de un espacio de encuentro que permita un clima de acercamiento y una comunicación real. Finalmente, como resultado del diálogo mantenido y de la escucha o lectura reflexiva de los datos emitidos en la entrevista semi estructurada basada en un estudio fenomenológico, se definirán las categorías y subcategorías que engloben la experiencia vivida del entrevistado para facilitar su análisis, tratando de integrar los datos tal cual fueron expresados por él, respetando su lenguaje, opiniones y creencias. Teniendo en cuenta que las categorías de las descripciones corresponden a las maneras diferentes de entender y la relación lógica que puede establecerse entre ellas, lo cual constituye el principal resultado de un estudio fenomenológico.

Las mismas contemplan las siguientes dimensiones:

- A) - Estructura organizacional
- B) - Cultura organizacional

C) - Situación problemática y perfil del sujeto

D) - Momentos de la Intervención del trabajo social

Las dimensiones A; B; y C fueron realizadas tomando el discurso del personal que trabaja en el área de guardia y la dimensión D; se realizó solo con el discurso de la trabajadora social del área de guardia del Hospital Interzonal General de Agudos y la jefa del servicio social del Hospital Privado de Comunidad, esta dimensión solo puede ser analizada por el discurso de ambas profesionales por que pueden dar cuenta de la especificidad profesional

Análisis de Datos:

Estructura y organización de la unidad de urgencia de ambos hospitales.

Los datos recabados en cuanto a la estructura física y el plantel en ambas instituciones, han sido obtenidos a través de la observación y la información brindada por referentes claves que trabajan en el área de guardia.

Estructura Física		
Características		
Denominación del espacio	Hospital Interzonal general de Agudos	Hospital Privado de Comunidad
Admisión o estadística	Dos consultorios de estadísticas y admisión. Uno de atención al público	Un consultorio de admisión para atención al público. Tres ventanillas una exclusiva para pacientes de PAMI
Shock room	Seis camas (se asiste al paciente critico de forma intensiva)	Cuatro camas (se asiste al paciente critico de forma intensiva)
Salas	<ul style="list-style-type: none"> -Sala de procedimientos Quirúrgicos - Sala de yeso con radioscópicos - Sala de rayos con ecografo -Office de enfermería - Dos quirófanos de guardia(que funcionan actualmente como sala de aislamiento) - - 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de yeso Sala de rayos con cecógrafo Office de enfermería Sala de obstetricia Sala de pediatría
Consultorios de Atención externo	<ul style="list-style-type: none"> -Cirugía -Traumatología -Ginecología -Clínica medica -Enfermería -Salud mental -Oftalmología -otorrinologia - 	<ul style="list-style-type: none"> -Cirugía -Traumatología -Ginecología -Clínica medica -Enfermería -Salud mental -Oftalmología -Otorrinologia -Pediatría de urgencia
Sanitarios Guardia	Dos sanitarios para pacientes internados en guardia:	Dos sanitario amplio para pacientes

	funciona uno	internados en guardia que posee agarraderas, ducha, y jabón.
Sala de Espera	<ul style="list-style-type: none"> -Una sala de estar con dos sanitarios - Un destacamento policial - Vigilancia privada (encargada de la orientación y control de las personas que ingresan) - - 	<ul style="list-style-type: none"> - Una sala de estar con tres sanitarios. - Un policía - Vigilancia privada (encargada de la orientación y control de las personas que ingresan) -Office de camilleros -Informe de guardia y traslados.

Plantel Profesional		
Características	Hospital Interzonal General de Agudos	Hospital Privado de Comunidad
Jefes y supervisores	-Tres jefe de emergencia medica -Un Jefe de enfermería -Una Supervisora de enfermería	-Tres jefe de emergencia medica -Un jefe de enfermería -Una supervisora de enfermería
Médicos	-Un medico clasificador -Un medico generalista -Cuatro en clínica medica -Tres en cirugía -Dos en ortopedia y traumatología -Uno en ginecología - Dos residentes - Neurologo	Se encuentra conformado por un jefe de médicos y siete médicos de staff, mas los Residentes.
Especialidades con Guardia pasiva	-Oftalmología -Cirugía vascular -Infectologia -Otorrinologia -Cirugía plástica -Dermatología	-Oftalmología -Cirugía vascular -..... -Otorrinologia -Cirugía plástica -Dermatología
Enfermería	-Dos enfermeros en shock room -Uno en cuadrilátero - Uno en procedimientos y sala de yeso -Uno en el office de enfermería -Uno en consultorio externo -Un voluntario	Tres enfermeros por turno y enfermera derivadora
Servicio Social	Hasta le momento no cuenta con profesionales de dedicación exclusiva para el servicio de emergencias las 24 hs. Se interviene de forma directa en el horario de ocho a dieciséis horas de lunes a viernes, con dedicación exclusiva de una trabajadora social.	Hasta el momento no cuenta con profesionales de dedicación exclusiva para el servicio de emergencia las 24hs. Se interviene en el horario de ocho a catorce horas de lunes a viernes por derivación.
Camilleros	Cuatro	Quince
Servicios	Vigilancia (seis) Limpieza (cuatro) Camareras(dos)	Vigilancia (tres) Limpieza (seis) Camareras(tres)

Estructura y Cultura Organizacional:

Partiendo de lo realizado en la página 65 del presente trabajo con respecto a la construcción de las categorías “estructura organizacional” y “cultura organizacional”, hemos realizado una matriz de datos que nos permitan una mejor comprensión del análisis a desarrollar.

En primer lugar la categoría “estructura organizacional”, compuesta por los datos brindados por los entrevistados con respecto a las dimensiones organización de la atención e ingreso del paciente, los mismos serán analizadas a partir de la identificación de indicadores que refieren al marco ideológico, al factor organizacional, historia y motivaciones personales.

La otra categoría “cultura organizacional” incluye las dimensiones comunicación y enfoque de la atención, esta última contiene los indicadores de modelos de atención y enfoque.

A. Estructura Organizacional

Del análisis del relato identificamos puntos en común, que podemos determinar como prácticas instituidas.

Una de ellas es la internación del paciente que es una función exclusiva del médico en ambos hospitales.

Otra de las prácticas compartidas por ambas instituciones es la internación de un sujeto con problemática social, en el caso que no se encuentre la trabajadora social, la misma puede ser efectuada por los profesionales médicos que se encuentran en la guardia.

- “El paciente queda en guardia, hasta ser evaluado por el servicio social” (jefa de médicos del HIGA)

- “si es el día que no está la asistente social, día no laborable, la decide el clínico por supuesto... se interna por caso social” (jefa de enfermería del HPC)

Otro procedimiento común es la clasificación en el ingreso del sujeto a la guardia, en relación a su problema de salud, priorizando la emergencia sobre la urgencia. Dicha clasificación en el ámbito público está a cargo de la

secretaria a diferencia del ámbito privado en donde esta tarea esta asignada a una enfermera derivadora que posee formación profesional en el área.

- “si bien no somos médicos, vas y le decís, las características mas o menos, si esta blanco, si esta morado si le cuesta respirar.... Se atiende primero las emergencias” (secretaria del HIGA)

También se encuentran aquellos componentes que hacen al objeto instituido, como los procedimientos que se realizan con el paciente según su estado de salud.

-“En una situación de urgencia... Ingresan en los que ellos llaman shock room y ahí lo evalúa el medico.” (Trabajadora social del HIGA)

- “se realizan los estudios... la enfermera que le coloca el suero, la sangre que se lleva a laboratorio” (jefa de enfermería del HPC)

Con respecto a la trama de discurso de dicha área del espacio privado se puede ver que en los casos que no hay un cuadro grave de salud del paciente, no se indaga sobre el componente social.

-“Si el paciente ingresa con un cuadro de bronquitis o porque le duele la cadera no se le pregunta por lo social”(Jefa de médicos del HPC)

Otra dimensión de la “organización de la atención” es el factor organizacional donde se tienen en cuenta la atención de los pacientes respecto a los estatutos establecidos para el funcionamiento de la unidad de urgencias, indicando el tiempo estipulado de espera para recibir atención.

Se desprende de lo emitido por los entrevistados en las dos instituciones una saturación en la demanda de atención, dado que hay un ingreso de sujetos que debe ser atendido en el primer nivel del sistema de salud. Dicha situación dificulta el cumplimiento de los estándares de calidad y gestión, generando una demora en la atención en consultorio.

Según lo expresado en la unidad de urgencias del hospital privado reconocemos un mayor control de la demanda a partir de intentar cumplir con los estatutos mencionados.

-“También hay muchas demandas espontáneas, cuando es un estado gripal o algo simple los mandamos a Azcuenaga que hay consultorios”. (Secretaria del HPC)

La unidad de urgencias del hospital público además de presentar una alta demanda de atención primaria, también se encuentra saturada por la gran cantidad de pacientes que permanecen en el área por más de 24 horas.

-“Ahora hay gente que hace seis días esta esperando en camilla, porque no hay cama”. (Jefe de enfermería del HIGA)

Otro de los factores organizacionales que podemos observar son las tareas básicas, que desarrolla la secretaria ante el ingreso de un paciente al sistema tanto en uno como otra institución. A fin de organizar el funcionamiento del área para que dicha atención se adecue a los requerimiento de la institución y del sujeto de demanda. Este primer momento tiene como objetivo indicar el recorrido del paciente

- “Desde el ingreso de anotar un paciente que va al consultorio, tomar los datos personales, para que sea atendido en la guardia” (Secretaria del HIGA)

- “Nos encargamos de averiguar si tiene una cobertura social... de todos los pedidos placas, laboratorio y lo ingresamos al sistema... hacemos la facturación, hacemos presupuestos sobre la internación” (Secretaria del HPC)

Por otro lugar, el servicio social en el Hospital Privado de Comunidad no cuenta con profesional designado para el área de guardia, siendo su atención por derivación de los demás profesionales.

Esta intervención que se inicia a partir de la derivación se convierte en una tarea básica, en el horario y los días en que este se encuentra funcionando.

-“los profesionales médicos o profesionales de enfermería detectan una situación que les llama la atención, llaman al servicio social” (jefa del servicio social del HPC)

En cambio en el espacio público según lo expresado, cuenta con una trabajadora social exclusiva para el área de guardia, que se desempeña de lunes a viernes de ocho a dieciséis horas.

Otra dimensión surgida de las entrevistas, es la “historia y motivaciones personales”, que atraviesa la estructura formal generando al interior del profesional una motivación en su accionar entre lo instituido y lo instituyente.

En el ámbito privado se desprende del discurso de la jefa de enfermería una forma de comprender y visualizar al sujeto de demanda, no solo teniendo en

cuanto los aspectos relacionados con la salud-enfermedad sino comprendiendo este proceso de forma integral.

Teniendo como motivación personal instalar esta mirada en los demás profesionales.

-“es bastante precario, yo personalmente quiero modificar esto hace poco que estoy en esta gestión, pero observo que el enfermero en general en este sector cuando surgen estas problemáticas no se ocupa mucho. Yo lo que suelo hacer... como tengo mucha experiencia... trabaje en el hospital Interzonal y ahí vi muchas problemáticas sociales”. (Jefa de enfermería del HPC)

Por ultimo identificamos la dimensión “ingreso del paciente” que es la forma en la que accede el sujeto hasta ser atendido en el área de guardia.

Tanto en el espacio publico como en el espacio privado se mencionaron que las formas de ingreso de un paciente tienen las mismas características estas son, caminado en camilla o en sillas de ruedas, este primer momento permite diferenciar la urgencia de la emergencia, una vez reconocido el estado de salud del sujeto se organiza la atención.

B. Cultura Organización

En relación a esta categoría “cultura organizacional” analizamos la dimensión comunicación donde identificamos diferentes canales de comunicación, que se establecen entre los diferentes actores que interactúan en las unidades de emergencias con el objetivo de transmitir información.

El proceso comunicacional que se produce entre la trabajadora social y los demás actores que intervienen en el área de guardia. Identificamos que hay una comunicación directa entre el plantel profesional de ambos hospitales, frente a la presencia de un sujeto con problemática social.

Consideramos que entre los profesionales de enfermería del Hospital Interzonal General de Agudos se establece una comunicación simbólica, dado que los enfermeros reconocen que el jefe de enfermería por el status del rol que ocupa, es el que debe realizar determinadas acciones. Este simbolismo produce una comunicación en dirección vertical.

-“muchas veces nosotros llamamos a la trabajadora social, han venido lo evalúan. El enfermero llama en realidad el jefe de enfermería que tiene mas contacto”. (Jefe de enfermería del HIGA)

Identificamos que la jefa de médicos del Hospital Privado de Comunidad no tiene en cuenta el registro de las intervenciones por parte de la trabajadora social en la historia clínica digitalizada, la cual es un medio de comunicación material indirecta al interior del efector.

-“Si por lo menos me lo comunicaría el servicio social, si hay un paciente solo y de repente aparece un sobrino que se haga cargo de el”. (Jefa de médicos del HPC).

Otro de los aspectos significativos con respecto a esta categoría es el proceso comunicacional que se constituye en el momento de internación de un sujeto con problemática social.

El poder de tomar la decisión de internar a un paciente es competencia del médico en ambos hospitales, aunque reconocemos que se establecen otros canales de comunicación para alcanzar dicho fin, generando una comunicación reciproca al interior de ambas instituciones, entre el medico y la trabajadora social ante la presencia de un sujeto con problemática social.

- “siempre la decide el medico, uno puede llegar a negociar”. (Jefe de enfermería del HIGA)

En cambio en el Hospital Privado de Comunidad, se denota una comunicación unilateral a través de la toma de decisión por parte de la trabajadora social cuando no se llega a un acuerdo.

-“ante una dificultad que el medico te diga que no lo interna, nosotros tenemos poder de internación” (Jefa del servicio social del HPC)

En relación a los discursos emitidos analizamos el proceso comunicacional entre los profesionales y los sujetos de demanda:

Reconocemos un canal de comunicación directa de los profesionales hacia el paciente que presenta una urgencia, a fin de poder comprender de manera global su situación de salud.

“Ni bien llegan las preguntas donde estaba, que le paso, que estaba haciendo”. (Jefe de enfermería del HIGA)

Identificamos en el espacio privado que hay una decodificación inadecuada del mensaje emitido generando una disconformidad en la atención por parte del sujeto de demanda

-“muchacha dice:-el doctor no me dijo nada. Uno va a llamar al doctor que le dice- se acuerda que recién le dije que le íbamos...”. (Jefa de enfermería del HPC)

Para dar cuenta a que “enfoque de atención” responde cada hospital identificamos dentro de esta categoría, el indicador de “modelo de la atención” teniendo en cuenta los diferentes discursos que puedan propiciarnos elementos para el análisis en cada hospital.

A partir de lo mencionado se reconoce una exigencia en la atención por parte de los profesionales, buscando sostener una prestación de calidad en los servicios brindados al paciente.

“Teóricamente las emergencias no deberían demorar mas de diez minutos tendrían que tener grados de emergencia que no se categoriza en este hospital” (Jefe de Médicos del HPC)

Según lo expuesto en el espacio público, podemos concluir que el paciente, se clasifica según la magnitud del problema de salud en áreas asignadas de acuerdo a la atención que requiera.

-“Es un sector donde llegan los pacientes delicados, para compensarse y después derivarse... ya sea a una internación, a un hospital de por acá, en este caso no se puede derivar a nadie, porque este es un hospital de derivación”.
(Jefe de enfermería del HIGA)

Observamos que el recurso de la internación en el espacio privado, se utiliza para garantizar los cuidados que necesite el sujeto a fin de producir una atención basada en la calidad. Cuando se detecta que el paciente no tiene una red de contención que garantice sus cuidados.

-“un paciente que tiene una enfermedad que necesitan que lo acompañen y que tiene quien lo haga, vive solo, es un motivo para que lo interne” (jefa de médicos del HPC)

Otro de los aspectos en el que se puede analizar, el modelo de atención de salud al que responden ambos hospitales, es la forma de organizar la atención ante la respuesta, a las necesidades que presente un sujeto con problemática social.

Según lo expuesto se reconoce que en el espacio público el área de guardia es la que presenta mayor complejidad para la intervención, por lo tanto el personal no le da prioridad a los sujetos que ingresan por cuestiones sociales, siendo el desempeño profesional focalizado a aquellos pacientes que requieren de mayor atención debido a su problema de salud, esto genera que no puedan percibir en los sujetos otros aspectos, que no sea solo una cuestión biológica.

- “no le das prioridad al social, por que tenes muchos mas quilombo, por que no tenes tiempo” (jefe de enfermería del HIGA)

Otro de los indicadores surgidos de las entrevistas en relación a la dimensión “enfoque de la atención” es el enfoque, el cual permite dar cuenta de la mirada que tienen los profesionales en el área de guardia, reconociendo la respuesta dominante que estos le brindan al sujeto de atención.

Se puede identificar que ambas trabajadoras sociales de las respectivas instituciones se enfocan en garantizar y defender los derechos de los pacientes, promoviendo la ciudadanía a través de su accionar profesional.

En el hospital público la adjudicación de esta mirada por parte de los profesionales del área promueve acuerdos en relación a la internación de un sujeto con problemática social.

- “comprender la situación de salud en un contexto familiar, social y ambiental, laboral, uno trata a veces hablando con los compañeros de que integren estas cuestiones... siempre defendiendo los derechos de los paciente” (trabajadora social del HIGA)

-“En la guardia deben constituirse equipos de salud, para poder ver muchas de las cuestiones de las personas que quedan internadas... pensando las herramientas adecuadas para que pueda apoderarse y enfrentar la situación.” (Jefa del servicio social del HPC)

Reconocemos que las jefas de médicos visualizan al sujeto de forma sesgada, considerando a la enfermedad como causa orgánica del problema de salud.

En el espacio público se comprende la intervención profesional dividida por el componente social a cargo de la trabajadora social y el biológico a cargo del médico de turno.

-“Los médicos trabajamos más su parte orgánica, pero me parece que el trabajador social debería encargarse de lo estrictamente social” (Jefa de médicos del HIGA)

En el espacio privado se reconoce una mirada sectorial generada por la formación profesional que reciben los médicos.

- “No tenemos la mente preparada para interrogarlos desde ese punto de vista estaría bueno que haya una trabajadora social pero no las 24 horas” (Jefa de médicos del HPC)

C. Situaciones problemáticas y perfil del sujeto

La construcción de la matriz de datos denominada “Situaciones problemáticas y perfil del sujeto” cuenta con las siguientes dimensiones, problemáticas relevantes, problemáticas recurrentes, problemáticas sociales y perfil del sujeto.

Las problemáticas relevantes hacen referencia a una situación de emergencia sanitaria como se desarrollo en el apartado titulado “unidad de urgencia en la estructura hospitalaria”.

Identificamos en ambas guardias similitudes con respecto a las problemáticas relevantes que ingresan a dicha área, como lo mencionaron los entrevistados, estas problemáticas debido a sus características se asocian a situaciones de emergencia donde se encuentra en riesgo la vida del sujeto, estas son: politraumatizados, Infartos, accidente cerebro vascular (ACV), hemorragias digestivas y arritmia.

Reconocemos un mayor índice de problemáticas que se encuentran atravesadas por lo social en el sector público, dado que solo son derivadas al mismo por las características ya mencionadas del hospital Interzonal General de Agudos.

- “Tenemos mucho laburo con la delincuencia, los drogadictos, el alcoholismo esa es la mayor cantidad y hay heridos de balas, politraumatizados que mucho tiene que ver con estas cuestión social”. (Jefa de médicos del HIGA).

Otra de las dimensiones a tener en cuenta es la de “problemáticas recurrentes”, estas hacen referencia a una situación de urgencia sanitaria como se desarrollo en el apartado titulado “unidad de urgencia en la estructura hospitalaria”.

En el Hospital Interzonal General de Agudos, los entrevistados indican que las mismas deben ser atendidas en el primer nivel de atención del sistema de salud, ya que no son problemáticas que necesiten de una respuesta inmediata, entre ellas mencionan, lumbalgia, cólicos biliares, quemaduras solares, gastroenteritis, hemorragia, neumonía, consultas de ginecología y traumatología. En su discurso la trabajadora social, destaca que en este

nosocomio no hay una problemática recurrente, si no que son múltiples debido a que es referente de la región sanitaria VIII.

Con respecto al Hospital Privado de Comunidad cada uno de los entrevistados identifica diferentes problemáticas recurrentes, pero destacan en primer lugar las enfermedades respiratorias agudas y deterioro cognitivo. En menor medida, deshidratación, gastroenteritis, quemaduras solares y heridas cortantes.

Por otro lado analizamos la dimensión de “problemáticas sociales” las cuales se ponen de manifiesto cuando hay un conjunto de hechos que alteran la vida cotidiana del sujeto, modificando su cotidianidad, dificultando total o parcialmente el desarrollo de su proyecto vital.

Hay una similitud en lo visualizado por parte de los entrevistados en cuanto a la identificación de las problemáticas sociales en el ámbito público, siendo la más relevante la situación de calle.

- “el grueso de la guardia son los pacientes en situación de calle” (trabajadora social del HIGA)

- “hay muchos pacientes sociales, en situación de calle” (jefe de enfermería del HIGA)

Esto no sucede en el ámbito privado en el cual el personal entrevistado detecta como problemática social relevante, aquellos adultos mayores sin red de contención social, sin capacidad para valerse por si mismo para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.

-“la falta de personas que puedan asegurarle un cuidado determinado. Si esta con un deterioro cognitivo” (jefa del servicio social del HPC)

Por ultimo examinamos la dimensión de “perfil del sujeto” desarrollado en el apartado titulado “trabajo social hospitalario”, en donde se contempla que el sujeto que viene a atenderse a la institución se encuentra atravesado por múltiples problemáticas.

Las características de los sujetos que demandan atención en el área de guardia del ámbito publico, según lo expresado por los informantes claves son mujeres y hombres mayores de quince años de cualquier condición social, embarazadas hasta los tres meses, que cuentan o no con cobertura social.

En cambio en el ámbito privado los aspectos que presentan los sujetos, según los profesionales entrevistados, son adultos mayores con cobertura social, en

mayor magnitud las pertenecientes al sub sistema de Seguridad social beneficiarios del Programa de Asistencia Medica Integral (PAMI). También se identifica una alta demanda de pacientes jóvenes producto de que en los últimos años se abrió la cápita para las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART).

En ambos ámbitos identificamos una característica en común, con respecto a la exigencia y la respuesta inmediata en la atención por parte de los sujetos de demanda y/o su familia.

- Lo que uno ve es que la gente viene desesperada, muy demandante para que lo atiendan” (jefe de enfermería del HIGA)
- “exigen sean de cualquier obra social de PAMI, humilde, no humilde quiere que se atienda a su familia.” (Jefa de enfermería del HPC)

D. Momentos de la intervención

A partir de la categoría denominada “momentos de la intervención”, se analizan las dimensiones de inserción, diagnóstico y planificación, que nos servirán para identificar y comparar las estrategias de intervención de ambos hospitales. Siendo nuestros informantes claves la Trabajadora Social del área de guardia del Hospital Interzonal General de Agudos y la Jefa del Servicio Social del Hospital Privado de Comunidad.

En el acercamiento a la trama social denominada inserción ambas profesionales utilizan la estrategia de recolección de datos mediante la lectura de la historia clínica, la cual es la herramienta inicial para recabar datos.

- “realizamos la lectura de la historia clínica” (Trabajadora Social del HIGA)
- “revisamos la historia clínica. (Jefa del Servicio Social del HPC)

Tanto en el espacio público como en el espacio privado se reconoce que utilizan la entrevista como un instrumento para poder interactuar cara a cara tanto con el sujeto, como con su red personal, formulando en este espacio de escucha la elaboración de estrategia.

En el ámbito privado se identifica como herramienta de intervención la obtención de datos por parte del personal que se desempeña en el área de guardia a fin de recabar información sobre el estado del sujeto.

- “recabar datos fundamentalmente con las enfermeras que son las que mas tienen contacto con el paciente, el médico derivante, muchas veces hasta con la misma secretaria”. (Jefa del servicio del HPC)

Una vez realizadas las entrevistas con el sujeto o su red de contención, se realiza el diagnóstico, a partir de este segundo momento, se implementarán otras estrategias de intervención asociadas a la planificación.

En esta tercera etapa ambas profesionales tendrán en cuenta, como un instrumento de la planificación la identificación de los recursos con que cuenta el sujeto, la experiencia vivida y la significación que este le da a lo que sucede. En el ámbito privado se rescata la importancia de potencializar las individualidades del sujeto para que pueda empoderarse,

- "Implementan las estrategias de cuidado que esa persona requiere, sacamos la capacidad, habilidad, el auto cuidado, la auto atención, la comprensión". (Jefa del servicio social del HPC)

En el ámbito publico se expreso la importancia de realizar intervenciones interinstitucionales, es decir la articulación del trabajo con otras instituciones, ya sea derivando o trabajando en conjunto para una intervención mas integral con el sujeto, ante una problemática compleja que requiera intervención de mas de una institución.

- "Se trabaja con otras instituciones pero son pocas, por ejemplo, trabajamos con caritas, hogar de Nazaret, municipalidad, programa frió, tarjeta de alimentos, con las chicas de desarrollo. Cuando son patologías crónicas con los evangélicos, también se trabaja con la noche de la caridad". (Trabajadora Social del HIGA)

Otra herramienta que utilizan de forma estratégica ambas trabajadoras sociales es la articulación intrainstitucional, que incluye el trabajo con los demás profesionales intervinientes.

- "La interconsulta con el medico que nos llama u otro personal que nos llamo" (Trabajadora Social del HIGA)

- "hacemos intervenciones multidisciplinarias". (Jefa del Servicio Social del HPC)

Con respecto a la utilización de la internación como recurso de intervención desde el servicio social, se visualiza una diferencia entre el ámbito publico y privado, teniendo en cuenta que el primero mencionado al ser un hospital publico se prioriza que el sujeto tenga una enfermedad manifiesta al momento de ser internado, es por ello que la internación se decide en conjunto con el medico a diferencia del ámbito privado donde si no hay consenso con el medico interviniente, el servicio social cuenta con el poder de la internación por causa social. El recurso de la internación se utiliza en ambos casos para garantizar los soportes de cuidado que el sujeto requiere.

-"La internación podemos pedirla, siempre se le explica al medico dependiendo de cual es la situación y cual es la situación también de disponibilidad de camas". (Trabajadora Social del HIGA)

-“En situación de riesgo de su propia salud, de riesgo de vida por el cuidado que requiere frente a esto debe ser hospitalizado no puede quedar en la calle” “Nosotros tenemos poder de internación”. (Jefa del Servicio Social del HPC)

Conclusión:

Ambos efectores se encuentran insertos en el Sistema de Salud Argentino siendo el sub-sector público el Hospital Interzonal General de Agudos dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el sub-sector privado, Hospital Privado de Comunidad dependiente de Fundación Medica Mar del Plata

Estas instituciones se pueden diferenciar en relación a sus pilares fundacionales, el Hospital Interzonal General de Agudos perseguía el objetivo de garantizar el acceso a la salud pública y gratuita de la población.

En cambio la creación del Hospital Privado de Comunidad fue brindar servicios médicos integrales y de alta calidad a la comunidad.

A partir de la complejidad de la atención, ambos son considerados referentes zonales del Partido de General Pueyrredon, respondiendo según sus características al primer y segundo nivel de atención. Siendo su nivel de asistencia de alta complejidad recibiendo, pacientes agudos, patologías crónicas y de corta estancia.

Se diferencia por sus modelos de gestión siendo en el ámbito público de autogestión y en el ámbito privado de gestión empresarial.

En relación al área de guardia que fue motivo de la investigación realizada se puede reconocer que es un espacio complejo, uno de los lugares donde se produce el inter juego de las diferentes profesiones en su accionar. Dentro de esta unidad la demanda de atención se basa en la urgencia y la emergencia.

Ambas guardias se ajustan a protocolos establecidos, donde la ubicación se encuentra señalizada y diferenciada del resto de las áreas.

Con respecto a la estructura física, cuenta con un espacio de acceso, recepción, clasificación y organización de la unidad a partir de la separación de espacios como el shock room para la atención al paciente crítico, salas de atención y procedimiento para el paciente que no presenta riesgo inminente de vida.

En cuanto al equipamiento e instalaciones, el Hospital Interzonal General de Agudos a pesar de haber realizado una reforma en el área de guardia en los últimos años, conserva su estructura edilicia desde sus inicios a diferencia del

Hospital Privado de Comunidad que esta compuesto por una estructura moderna y de última generación.

A partir de caracterizar la estructura física de ambos hospitales se puede concluir que la misma, no es el único aspecto que hace al funcionamiento de la unidad sino que también, comporta la actuación de los profesionales y personal que se desempeña en dicha área, generando una adecuada organización de la atención donde surge una cultura que le es propia, por que se identifican los modos de pensar, creer y realizar tareas.

Teniendo en cuenta estos elementos se puede concluir que la estructura y cultura organizacional se encuentran presentes en una y otra unidad de urgencias.

Destacando diferentes aspectos que hacen a la estructura organizacional, en primer lugar se identifican las practicas instituidas como lo la internación de un sujeto con problemática social, otras de la practicas reconocidas es la clasificación de de los pacientes de acuerdo a las necesidades de atención, teniendo en cuenta la emergencia y la urgencia. Siendo la urgencia el primer momento de la emergencia.

A partir de esta clasificación se destaca que ambos hospitales presentan una alta demanda del primer nivel de atención en salud, generando en el Hospital Interzonal General de Agudos una saturación de pacientes en la espera para ser atendidos en guardia. No sucediendo lo mismo en el Hospital Privado de Comunidad ya que se deriva a los pacientes a consultorio externo.

Otro aspecto presente en ambos hospitales es la estructura informal en donde se comprende y visualizan las diferentes intervenciones que se realizan en dichas áreas a través de la cultura generada por los profesionales, siendo la comunicación el eje principal de la cultura.

La comunicación en las dos instituciones presenta algunos aspectos en común, se basan en una estructura verticalista, respetando el organigrama asignado a cada institución, pero se puede considerar a partir de la estructura informal que se producen negociaciones y acuerdos generando al interior de las instituciones una comunicación horizontal, a través de la toma decisiones conjuntamente, en relación a la organización de la atención.

Luego de haber analizado la categoría de “enfoque de la atención”, y sus respectivos indicadores “modelo de atención” y “enfoque”.

Llegamos a la conclusión que ambos hospitales responden a un *modelo de atención de cuidados progresivos de pacientes*, ya que todos los hospitales de alta complejidad utilizan este modelo estableciendo una clasificación, de acuerdo a la atención médica que se demande, favoreciendo de esta manera a la organización institucional a partir de la utilización de recursos humanos y materiales, según el tratamiento y cuidado que requiera cada paciente.

Además el Hospital privado de Comunidad por las características que presenta responde a un *modelo de atención basado en la calidad*, contribuyendo de esta manera a la calidad de los servicios en salud, alcanzado cobertura e impactos adecuados, con mayor rendimiento, costos acordes a la población usuaria garantizando de esta manera la accesibilidad, manteniendo metodologías y tecnologías adecuadas.

En relación al segundo indicador “enfoque” a partir de lo expresado por los informantes claves determinamos, que en el área de guardia de ambos hospitales los enfermeros/as presentan una mirada integral a partir de considerar las dimensiones del sujeto y su entorno, tomando aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ya que en su accionar profesional establecen una relación próxima con el paciente que les permite tener una mirada abarcativa sobre la situación del sujeto durante el proceso de atención. Con respecto a las jefas de médicos tanto del espacio público como privado determinamos una contradicción en sus discursos, dado que contemplan la situación social por la que atraviesan los pacientes, pero al momento de la atención no realizan las derivaciones respectivas y en algunas oportunidades no observan al sujeto en su integridad.

Por lo tanto hay un predominio del “modelo biologicista”, donde la concepción de la medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos, técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte, teniendo como fin fundamental curar, y en esa medida centrar su preocupación alrededor de la enfermedad.

Con respecto al servicio social de uno y otro hospital, reconocemos que ambas profesionales en sus intervenciones se basan en el “enfoque de derechos” lo que les permite posicionarse como promotoras de ciudadanía a fin de

considerar al sujeto como titular de sus derechos y como un ser activo de su proceso vital, dicho marco conceptual esta dirigido a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. Observamos que las técnicas que implementan están sujeta a la singularidad de cada situación, ajustándose a una intervención estratégica.

Otro de los objetivos de esta investigación es el del “perfil del sujeto” del cual determinamos que en el efector publico, la población atendida son mujeres y hombres a partir de los quince años con o sin cobertura social. En cambio en el efector privado abarca a toda la población que cuenta con cobertura social o con capacidad de pago sin distinción en su edad.

Por otro lado a partir del objetivo planteado sobre “las problemáticas relevantes de la intervención en los servicios de emergencia”, concluimos que en ambas guardias debido a sus características se asocian estas problemáticas a situaciones de emergencia donde se encuentra en riesgo la vida del sujeto, estas son: politraumatizados, Infartos, accidente cerebro vascular (ACV), hemorragias digestivas, arritmia.

Resaltamos que por las características ya mencionadas del Hospital Interzonal General de Agudos, reconocemos un mayor índice de politraumatizados por accidentes en vía publica, heridas de arma de fuego y armas blancas, dado que estas solo son derivadas al sector público.

En relación a la identificación de “las problemáticas relevantes de la intervención del trabajo social en el área de emergencia” determinamos que presenta diferencias en los sujetos de intervención.

La trabajadora social del área de guardia del Hospital Interzonal General de Agudos interviene con sujetos que presentan problemáticas específicas, como es la situación de indigencia, alcoholismo, esto se debe a que utilizan las instalaciones como lugar de refugio y contención, obteniendo por parte de la institución una respuesta momentánea a dicha necesidad.

El servicio social del Hospital Privado de Comunidad en el área de guardia interviene a partir de la derivación, principalmente con adultos mayores incapaces de cuidar de si mismo y sin soporte social.

Culminamos teniendo en cuenta “las estrategias de intervención profesional en los servicios de de guardia de ambos hospitales”. Reconociendo que el área

de guardia posibilita desde la especificidad profesional, comprender cómo llegan los sujetos al hospital, cuál es el mecanismo por el cuál ingresaron, qué datos resultan relevantes para registrar en la historia clínica que luego son de utilidad para el abordaje profesional, a través del uso de diversas técnicas por ambas profesionales, como la lectura de historia clínica, recabar información por el equipo de salud y realizar entrevistas con el paciente y su red de contención.

La utilización de estas técnicas permite, conseguir información sobre la trayectoria de vida del paciente, datos personales y familiares fehacientes y completos.

Luego de la obtención de los datos pertinentes, se evalúa la complejidad del padecimiento y cómo éste se inscribe en el sujeto, desplegando a partir de dicha evaluación diversas acciones entre las cuales puede surgir la necesidad de su internación.

En ambos hospitales nos encontramos ante realidades variadas y complejas, generando estrategias de intervención desde una concepción de salud que comprende al sujeto de manera integral, es decir considerando su historia, sus derechos, el contexto en el que vive, sus redes de contención primaria y secundaria, sus recursos personales (educación, cultura, vivienda, trabajo, vínculos, etc) la relación con su cuerpo y las formas de cuidarlo, así como la relación con el sistema de salud.

Por lo tanto reconocemos que ambas profesionales, consideran a la guardia como un espacio complejo que incorpora la posibilidad de acción para el Trabajo Social en problemáticas sociales, que detectadas a tiempo pueden evitar reinternaciones y propiciar una intervención más integral de las problemáticas. Incluyendo lo social desde los dos ámbitos (público – privado) como otra variable dentro del proceso de salud-enfermedad que permite incluir la historia social del paciente, los aspectos familiares, sus redes sociales, trabajando u orientando en función de las ansiedades, miedos y desconocimientos que genera el padecimiento de su problema de salud.

La dificultad en este tipo de intervenciones se traduce en que el personal de ambas guardias, considera que el rol profesional de los trabajadores sociales es limitado a la satisfacción inmediata de las necesidades puntuales,

básicamente establecidas desde el recorte de los problemas sociales. De modo que el Trabajador Social debe abordar el “caso social” en busca de una solución “inmediata”, desconociendo que esta situación de vulnerabilidad social da cuenta de procesos sociales de mayor complejidad que exceden absolutamente las particularidades del momento actual, y que se traduce en demandas que interpelan a las instituciones de salud.

Por lo tanto destacamos la importancia de poder establecer este primer acercamiento con la situación integral de un sujeto, visualizándolo como una oportunidad de intervención no solo del Trabajador Social si no como parte del equipo de Salud, a través de la conformación de una guardia interdisciplinaria, con la presencia de una trabajadora social veinticuatro horas al igual que las demás profesiones, a fin de aunar conocimientos y realizar intervenciones mas integrales en beneficio del sujeto que ingresa a la guardia.

Anexos

Entrevista

Nombre: Maria José Ulloa

Puesto que ocupa: Trabajadora social

Institución: HIGA

Fecha de la entrevista: 2 de agosto del 2013 **lugar:** office de servicio social

¿Que es una unidad de emergencia?

En el caso de un hospital es un servicio complejo, que actúa justamente frente a situaciones de urgencias de salud, donde operan y confluyen varios servicios, de lo que es la estructura burocrática del hospital, que no tiene que ver con el sector mismo de emergencia, sino también con todos los otros servicios que convergen en la asistencia al paciente o en una situación de emergencia.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Ingresar en esta guardia particular como ellos llaman en forma horizontal, cuando el paciente viene en camilla, o en silla traída por una ambulancia, o en un auto particular, pero generalmente el traslado en lo que es un servicio de ambulancias por ejemplo un accidente de tránsito, o ingresa un paciente infartado o un corte eso es lo que se llama ingreso horizontal.

Otro ingreso es el ingreso por consultorio, es el paciente que se siente mal que va a la guardia, lo examina el médico y decide ingresarlo, a su vez esta forma de consultorio puede ser un consultorio que no tenga que ver con la guardia, que puede ser visto en endroquino, si es un paciente diabético descompensado, la forma de ingresar para evaluar si necesita internación o no, es siempre por guardia.

¿Cuál es la función que le compete?

Trabajadora social de la guardia

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

Son múltiples, en lo que es accidente casi la gran mayoría, descompensación de patologías crónicas, derivación de otros centros porque este lugar es referente de la región, a su vez en el último año hubo un incremento de lo que es herida de arma de fuego, arma blanca, y violencia urbana.

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

No hay diferencias, depende lo que es en la intervención nuestra con personas en situación de calle, que es uno de los grupos que atendemos ahí, si hay características comunes, pero si vos me preguntas del paciente que ingresa a la guardia no.

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Se supone que tiene que ser en el término de dos horas si entra por consultorio, y si entra en forma horizontal en una situación de urgencia tiene que ser atendido en el momento, ingresa en lo que ellos llaman shock room y ahí lo evalúa el médico. En realidad en el consultorio se puede demorar hasta cinco o seis horas.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

No de todo tipo, a veces el hospital incluso como las salas no están 24hs puede venir por un dolor de muela, descompensación psicótica, es muy florida en la guardia. Es la única en Mar del Plata en lo que es atención a adultos.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

En el caso nuestro el problema social que siempre hace alusión a su enfermedad como problema de salud, como causa o efecto, de cualquiera de las dos miradas. Nosotros entendemos exactamente eso salud dentro de una problemática social, ya sea porque la problemática social enfermo a la persona, o porque su enfermedad va a repercutir en su situación social.

¿Cual es el procedimiento ante una problemática social?

Siempre la entrevista es nuestro instrumento inicial, con el paciente y con el referente de su red familiar o de su red primaria como forma general. La lectura de historia clínica y la interconsulta con el medico que nos llamo u otro personal de salud.

¿Quién decide la internación ante un paciente con problemática social?

La internación siempre la pide el medico, pero nosotros podemos pedirla siempre se le explica al medico dependiendo de cual es la situación y cual es la situación también de disponibilidad de camas del hospital.

¿Si no hay trabajador social y el paciente queda internado cual es el motivo y como se evalúa?

Acá por cuestión social no queda internado, solo si tiene causa clínica sino es expulsivo, como igual el hospital es abierto si tiene una enfermedad y tiene un problema de salud lo internan o queda en la guardia, no porque este en situación de calle se lo hecha, siempre y cuando tenga un problema de salud , sino lo echan. Jamás nos llaman un fin de semana eso jamás lo hacen.

¿En relación al trabajo social que estrategias de intervención se implementan?

El grueso de la guardia son los pacientes en situación de calle, que son pacientes que evolucionan en la guardia y que no deberían subir al piso entonces se tienen que ir, muchas veces por su situación de salud crónica no pueden estar en la calle, ese es el gran motor de consulta nuestra.

Tratamos de agotar todas las instancias del paciente, de su familia de su red de lo que tenga, porque lo que es recursos comunitarios, los alberges no tienen camas, generalmente tienen requisitos a los que el paciente se tiene que ajustar, por edad, por estado físico, por su situación de familia, entonces es bastante difícil. Se trata de agotar lo que se puede de sus propios recursos.

Se trabaja con otras instituciones pero son pocas, por ejemplo si trabajamos con caritas, con el hogar Nasaret, con la municipalidad por el programa de frio, con la tarjeta de alimentos, con las chicas de desarrollo que incluso vienen aca

al hospital, cuando son personas con patologías crónicas, los evangélicos también ayudan, la noche de la caridad, cuando uno sabe que hay vecinos del barrio que duermen acá llamamos para que los incluyan, después ahora hace dos años que esta ya la oficina de Derechos Humanos, que esta una colega nuestra como asistente social asique ahora ellos trabajan con situaciones bajo programa, con lo que es trata de blancas, maltrato y abuso sexual. Entonces muchas de estas actividades son compartidas o las derivamos directamente.

¿En que cree que se diferencia el trabajo social de las demás profesiones que intervienen en esta área?

Desde la manera de mirar y comprender la situación de salud en un contexto familiar, social, ambiental, laboral, que muchas veces no se tiene en cuenta, uno trata a veces hablando con los compañeros de trabajo de que integren estas cuestiones. Pero bueno nosotros lo hacemos naturalmente, desde ese punto de vista es distinto y siempre también tendiendo a favorecer los derechos de los pacientes.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Que es fundamental a nosotros nos allano mucho el camino, porque es la puerta de ingreso, y también es la puerta de egreso de situaciones sociales que se nos van a plantear después y que generalmente teniendo contacto desde el primer momento tenes otros datos que después se te van yendo. Por ejemplo en los casos de personas con abandono familiar, ya cuando ingresan a la guardia generalmente la familia en los primeros momentos se presenta, entonces uno puede tratar de comprometerlos. Distinto es cuando pasan tres meses de internación, que llaman porque la familia no aparece, ahí no tenes manera de contactarlos porque es mas difícil.

Después algunas cuestiones que se pueden derivar al primer nivel que podemos hacer evitando internaciones que en realidad no tienen sentido, y le evitas a la persona también todo lo que significa una internación en el hospital, para la familia, para el mismo paciente, entonces nosotros también aportamos al equipo medico con recursos de afuera que a veces no los tienen en cuenta.

Entrevista

Nombre: Cristina Alvarez

Puesto que ocupa: Jefa del servicio Social

Institución: HPC

Fecha de la entrevista: 8 de agosto del 2013 **lugar:** servicio social

¿Que es una unidad de emergencia?

Es donde acuden las personas cuando tienen una demanda, frente a un cuadro que no puede resolver y siente que requiere de un cuidado determinado o una consulta determinada hospitalaria, un cuadro de salud que lo perciben como que lo está alterando y no puede resolver.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Generalmente ingresan por sus propios medios, es traído en ambulancia, ya sea por un llamado de algún familiar, vecino, la misma persona que requiere de ayuda o por un accidente callejero, que puede ser traído en ambulancia o viene por sus propios medios.

¿Cuál es la función que le compete?

Como Jefa del servicio social hospitalario, atender las situaciones sociales emergentes frente a una problemática social. Tenemos diferentes áreas de intervención, que tiene que ver también con las necesidades de la institución, las necesidades de la institución es asegurar que cuando la persona tenga el alta medica estén las condiciones dadas, para su cuidado en domicilio que se garanticen las condiciones.

Después vamos interviniendo en las diferentes áreas que tenemos programadas, áreas que intervenimos por demanda. O hay veces cuando los profesionales médicos detectan o profesionales de enfermería, hasta la misma secretaria detectan una situación que les llama la atención en las condiciones en que una persona se ha acercado para se atendido a la guardia.

Detectan que viene solos, que viene de forma recurrente o que cada vez que viene; vienen solo, que viene a consultar por situaciones que no tienen que ver con problemas de salud, sino que tienen que ver más con situaciones de

fragilidad. Como viene con su higiene, llama la atención si vienen golpeados, ante determinadas situaciones que detectan las personas que trabajan en la guardia llaman al servicio social de lunes a viernes de ocho a catorce horas, en el horario que esta el servicio social funcionando.

Si el servicio social no se encuentra, decide el profesional interviniente si le da el alta o si lo deja internado por caso social. Muchas veces ese caso social es una situación medica, no una situación social por la que quedo internado. Eso lo determinamos después.

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

Generalmente la mas recurrentes desde los profesionales, porque la persona vino sola y esta en situación de fragilidad, esta sola, sucia, se detecta que no esta tomando la medicación, que ha consultado tres veces por la misma situación, generalmente son esas, muy rara ves por una situación de violencia.

¿Hay alguna otra consulta relevante en la guardia?

No. Lo puedo especificar por que no estoy en el área de guardia

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

Generalmente son mayores que viven solos, que no tiene hijos o si tienen hijos están lejos geográficamente, han perdido el contacto con los hijos, que hay una tensión en sus vínculos donde no hay comunicación, hay una historia familiar basada en la violencia o han quedado en una situación con poco contacto con el vínculo familiar. Por lo general son personas mayores.

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

El tiempo para mi que corresponde es de una o dos horas, cuando pasa ese tiempo es un exceso y para mi es una situación de violencia por parte de la institución que se esta ejerciendo.

En realidad no puedo diferenciarlo, porque no es un área donde tengamos un profesional asignado, por lo tanto no tenemos un profesional asignado en

emergentología de todas maneras, creemos también que lo social, si bien es un problemática urgente, por que requiere de toda una transformación relevante, se convierte en urgente cuando fluye y deja a la persona en una situación de riesgo de su propia salud, de riesgo de vida por el cuidado que requiere frente a esto, debe ser hospitalizada no puede quedar en la calle, una vez que es hospitalizada desde la internación trabajaremos desde lo emergente.

Desde lo que detectamos, son situaciones que si no quedan internados y son situaciones de fragilidad social, requiere de intervenciones puntuales que se harán desde consultorio externo y por los soportes que esa persona tenga o lo que se pueda recrear.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Cuadro desde la salud deshidratación, por bolo fecal, falta de alimento por que no tiene quien se lo prepare, quien le caliente la comida, los deterioros cognitivos.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

Todas aquellas cuestiones que en un momento determinado acontecen en la vida y le impiden el desarrollo, desenvolvimiento de su cotidianidad, que son obstáculos para sostener una calidad de vida adecuada o la que venia llevando.

Como situación problemática social en el campo de la salud puede ser la falta de personas que puedan asegúrale un cuidado determinado. Si esta con un deterioro cognitivo, quien la organice, administre la medicación, que entienda lo que esta pasando con esa persona. Para que tenga los cuidados que requiere, si identifican realmente la problemática de salud que tiene, para este tipo de cuidado. Generalmente uno de estos cuidados es el que le esta faltando, ya sea que los miembros de su red personal no se lo pueden garantizar por diversidad de cuestiones, porque no están enterados, porque creen que la persona esta bien y puede seguir manejándose solos ya sea por que respetan su independencia, autonomía y lo real es que no se han acercado para ver que esta pasando o no se lo ha manifestado el paciente.

¿Cual es el procedimiento ante una problemática social?

La rutina que tenemos en este momento cuando intervenimos en interconsultas frente a la demanda que los profesionales consideran que es oportuno ser atendido por el servicio social, llaman al área nuestra y ahí concurrimos.

Si esta el trabajador social, si fue llamado el trabajador social ayer por ejemplo tuvimos una intervención a la tarde y el medico le estaba dando el alta y decidimos la internacion. Generalmente se llega a un acuerdo con el medico interviniente ante una dificultad que el medico te diga que no lo interna, nosotros tenemos poder de internacion.

¿Quién decide la internación ante un paciente con problemática social? Si queda internado, sale de la guardia, pasa al área de internacion. Si ponele que lo dejan internado. Por caso social, queda internado es por el emergente social que observo el profesional que dejo la orden de internacion, a veces ese emergente es porque vino solo y no hay nadie, por que el familiar insiste, ya que hay una claudicación familiar y después detectamos que no hay una problemática familiar si no que no hay una información adecuada para que el familiar pueda contener los emergentes de salud. Después pasa al área de internacion y la internacion tiene otra rutina.

¿En relación al trabajo social que estrategias de intervención se implementan?

Recabar datos, fundamentalmente con las enfermeras que son las que mas tienen contacto con el paciente, el medico derivante, muchas veces hasta la misma secretaria y revisamos la historia clínica.

Una vez reunido todos los antecedentes de la historia de salud en el hospital, hacemos una entrevista en profundidad con la persona, si la persona esta en condiciones de ser entrevistada, sino apresuramos la internacion, la persona queda internada y empezamos a identificar a los miembros de su red personal para tener entrevistas.

¿En que cree que se diferencia el trabajo social de las demás profesiones que intervienen en esta área?

Cada disciplina tiene su especificidad profesional, creo que para diferenciar tenemos que fijarnos en su propia especificidad, la enfermería tiene su especificidad. Es lo que ponemos después en común, la forma de concebir practicas, creo que de todas maneras y ahí se constituye los diferentes modelos, va depender de que enfoque estás disciplinas entienden el sujeto en su completud, a partir de ahí determinar que seria como lo ideal.

Dentro de lo que son el dialogo que se da entre las diferentes disciplinas, nosotros le aportamos la mirada que tiene que ver con su cotidianidad, implementan las estrategias de cuidado que esa persona requiere, sacamos las capacidad, habilidad, el autocuidado, la autoatencion, la comprensión creo que eso aportamos para que desde las diferentes disciplinas, como brindar frente a ese nivel de comprensión, por el cual esta pasando las herramientas adecuadas para que pueda apoderarse y enfrentar la situación.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Creo que es el que abre la puerta, nosotros hacemos intervenciones multidisciplinarias por ejemplo en la guardia deben constituirse en equipos de salud, para poder ver muchas de las cuestiones de las personas que queden internadas, puede ser resuelta desde la guardia, sin necesidad de que llegue a la internacion hospitalaria con las estrategias propias para poder continuar luego en consultorio externo después con esa persona y acomodar su situación.

El trabajador social que esta en la guardia agiliza todo el proceso de internacion porque esta alerta, si ese paciente queda en internacion, alerta a los profesionales que intervienen en los diferentes niveles, sectores sobre las problemáticas que trae el paciente para empezar a trabajar.

Entrevista

Nombre: Maistegui

Puesto que ocupa: Jefa de Médicos

Institución: HIGA

Fecha de la entrevista: 2 de agosto de 2013 **lugar:** un patio interno de la institución

¿Que es una unidad de emergencia?

Lo que es o lo que debería ser, una unidad de emergencia debería ser un lugar donde se atienden a los pacientes con problemas agudos, así presente un cuadro como un dolor de muela, esto es agudo cuando tiene cuarenta grados de fiebre y esta situación no lo deja dormir. O cuando es un accidente, un infarto, un paciente traumatizado, algo que pone en riesgo la vida eso si es para una unidad de emergencia.

Pero esto no es así, vienen pacientes a los consultorios de guardia que deberían ser atendidos en las zonas periféricas, donde están las salitas de primeros auxilios o en los consultorios externos del hospital. Por que son para atención primaria.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

El paciente puede ingresar de dos formas en camilla o caminando; en camilla o puede ser silla de ruedas. Puede ingresar por sus propios medios o traídos por un vecino, la ambulancia, la policía, con un estado de gravedad.

¿Cuál es la función que le compete?

La función que desarrolla un jefe de servicio de emergencia, tiene que ser aquel que coordine y permita que la guardia funcione durante las veinticuatro horas los siete días de la semana. Por lo tanto, tiene diferentes profesionales a su cargo que son los que organizan y distribuyen a los diferentes médicos que trabajan en la guardia. En casi todas las guardias hay cuatro clínicos, tres cirujanos, dos traumatólogos y un ginecólogo. Ellos son los médicos de planta fija, mas los residentes de todas esas especialidades.

Recordemos que acá no se hacen partos, por lo tanto no hay obstetra, si hay como les decía ginecóloga, no hay pediatra.

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

Si hacen una estadística en guardia, la mayor cantidad de consultas vienen para los consultorios externos, o sea la mayor cantidad son para atención primaria, no son problemas realmente graves que tengan riesgo de vida.

Nos obstante eso el paciente con problemas graves, el politraumatizado debe representar el cincuenta por ciento de la guardia.

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

Ingresan hombres y mujeres de diferentes edades, a partir de los quince años de edad. De cualquier cuestión social atendemos al hombre que vive en la calle de igual manera que el hombre que tuvo un accidente en ruta dos con su auto mercedes vens.

Mayores de quince años, esa es una característica, no mujeres embarazadas, atendemos embarazadas hasta los tres meses, esa es otra característica. Pero después de los quince en adelante con cualquier patología y cualquier condición social.

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Si tienen una urgencia real un segundo, si vienen a los consultorio para la atención primaria de la que hablamos hoy, lo mismo que demoraron en atenderme a mi el otro día en una clínica privada, cuando tuve que esperar, dos horas y media para que me atienda un medico.

A veces más, por que si viene un paciente para que lo atienda un traumatólogo, y están los traumatólogos ocupados en quirófano, van a demorar dos, tres, cuatro horas porque una cirugía puede demorar eso. Van a tener que esperar para que lo atiendan, para hacerse una placa.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Las de mayor importancia, entrarían los pacientes politraumatizados la gran parte de ellos por accidentes de tránsito, después los pacientes que tengan un infarto, arritmia, diabéticos esas son las más relevantes como patología.

Las más recurrentes son las de consultorios, las de atención primaria, lumbalgia, cólicos biliares; en verano aparece el paciente que estuvo al sol, y aparece todo quemado a las dos de la mañana por que no puede dormir.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuáles son los que tienen mayor incidencia?

Que entiende por problemas sociales tiene que ver con algo político, tiene que ver con lo que recibe cada ser humano por el gobierno, las cuestiones básicas salud, trabajo, educación.

El de mayor de incidencia en la guardia, yo creo que la falta de trabajo no tanto ahora pero en el 2001, nos marco una cosa social muy típica, nos marco esto de tener mucha gente sin laburo, trabajo en negro. Una subocupación muy importante por parte de las mujeres, y como vivimos en una estructura, que se esta modificando, si bien estamos en un camino. Muchos mantienen la misma estructura familiar la mujer en la casa, el hombre trabajando para mantener la casa. Y muchas veces por lo que yo vi en esa época, los hombres no conseguían trabajo, las mujeres estaban subocupadas, venían las mujeres destruidas, golpeadas, porque sus esposos se dedicaban a tomar alcohol, cuando llegaban a la casa, las golpeaban porque no tenían trabajo, no conseguían nada. Igual es un poco más complicado la falta de trabajo.

Ahora no se ve lo mismo, porque mejoro la situación. Pero nosotros en Mar del Plata tenemos problemas que nadie conoce, todos conocen la Mar del Plata turística, que no es la realidad del Barrio Libertad, en Las Heras, o donde yo vivo. Tenemos mucho laburo con la delincuencia, los drogaditos, mucho laburo con el alcohol esa es la mayor cantidad y hay heridos de balas, politraumatizados que mucho tiene que ver con esta cuestión social.

¿Cual es el procedimiento ante una problemática social?

Los médicos hacemos lo que podemos, atendemos a los pacientes que realmente están enfermos, si vamos a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud todos tenemos algún problema con el medio.

Así que desde los médicos tratamos la enfermedad, una vez que nos supera la enfermedad, cuando vez que por su enfermedad ya esta en condiciones para darle el alta o ya no debería estar acá. Llamamos a la trabajadora social para que se haga cargo.

¿Quién decide la internación ante un paciente con problemática social?

La internación de un paciente social se hace desde un lado social, la internación siempre la decide el medico. Pero uno se pone de acuerdo con la trabajadora social, por ejemplo si hay un hombre que no hay que dejarlo internado, si lo dejas en la calle al otro día aparece peor, muerto de frió, con neumonía o con algo parecido.

No debería haber pacientes sociales, este es un Hospital Interzonal General de Agudos que debería solo atender a los pacientes agudos, del partido de General Pueyrredon y de los dieciséis partidos de la zona sanitaria octava. Pero como no hay un hospital municipal en la ciudad en Mar del Plata, nosotros atendemos todos los pacientes, crónicos, agudos.

Entonces la internación se decide entre todos, y de acuerdo como lo podemos manejar, no lo mandamos a la calle un hombre que no tiene ropa, que esta desnudo, sin comida por que no tiene una patología clara.

¿Si no hay trabajador social y el paciente queda internado cual es el motivo y como se evalúa?

Las que se implementan son pocas, las que deberían implementarse son las entrevista, con la cual se fijan si pueden hacer algo, contactar a la familia, derivarlo a un hogar ello lleva tiempo, hay mucho sin documentos. Hay problemas que no pueden solucionar, ahí estoy a favor. Hemos tenido épocas

que la gente ha hecho cosas y hay otros que no han hecho nada, depende de cada individuo.

Con respecto a la pregunta, el paciente queda en guardia, hasta ser evaluado por servicio social

¿En relación al trabajo social que estrategias de intervención se implementan? ¿En que cree que se diferencia el trabajo social de las demás profesiones que intervienen en esta área?

Precisamente en que tiene una mirada social, el medico ve todo el sistema de salud. Yo siempre digo que desde el que limpia hasta el director del hospital deben trabajar con el mismo objetivo, el paciente.

Los médicos trabajamos más su parte orgánica, pero me parece que el trabajo social debería encargarse de lo estrictamente social.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Y es sumamente importante, debería haber una trabajadora social en la guardia las veinticuatro horas igual que hay un cirujano, por que todo paciente que viene tiene un problema social, si bien un administrativo le puede solucionar un traslado por la obra social. El trabajador social esta mucho mas preparado para agilizarle los tramites, llamar a familiares, ubicarlos en algún lugar para mi el trabajador social es uno mas del equipo de salud.

Entrevista

Nombre: Marisa

Puesto que ocupa: Jefe de médicos

Institución: HPC

Fecha de la entrevista: 1 de agosto del 2013 **lugar:** guardia

¿Que es una unidad de emergencia?

Un servicio compuesto por diferentes consultorios con diferentes niveles de atención, preparado para la atención ambulatoria, son los consultorios de demanda preparados para un dolor abdominal, dolor de espalda y una zona más compleja con aparato, con equipos para poder tratar una urgencia.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Puede ingresar caminando, en silla de rueda, en camilla, por sus propios medios.

¿Cuál es la función que le compete?

Aparte de atender a los pacientes estoy coordinando la guardia, pero lo que mas hago acá es atender a los pacientes, me dedico mas que nada a los pacientes de emergencia; al ser un hospital privado no tenemos tantas emergencias; entonces hacemos muchas atenciones de lo que se demanda en el momento.

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

En esta época del año, por gripe y resfrios, en verano Gastroenteritis.

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

En este hospital muchos son mayores, mucha gente mayor de mas de 70 y 75 años que tiene PAMI, mucha gente sana, que puede venir por un cuadro banal, pero que no es crónicamente enferma, es una población cerrada. Pacientes que en su gran mayoría de las cosas se atienden acá y no en otro lado.

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Teóricamente las emergencias no deberían demorar más de diez minutos, tendrían que tener grados de emergencias, que no se categorizan en este hospital. Pero un paciente de mediana urgencia, esto depende de la patología que tenga, de cómo este, eso depende de los signos vitales, no debería demorar mas de media hora y un paciente que viene por una consulta banal podría esperar dos o tres horas.

Esto esta estipulado en un cronograma de atención de emergencias que se manejan en muchas partes del mundo en EEUU, en España, pero acá no lo hemos podido clasificar y estamos tratando de meterlo, es un sistema difícil. Depende de una derivación y clasificación que te hagan los enfermeros y las secretarias.

Se dividen en rojo, amarillo, verde y negro como en las guerras, el negro es para clasificar a los muertos, el rojo es para la urgencia inmediata, el amarillo para la urgencia mediata. Va a depender del amarillo y el rojo de los signos vitales, por ejemplo el dolor de pecho puede que sea rojo, amarillo y verde, cuando es un dolor de pecho que fue causa por un golpe en las costillas. Si es por tiene una taquicardia es amarrillo y si es un infarto es rojo.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Las problemáticas son infartos, ACV, politraumatizados, en menor media.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

En esta guardia desde mi punto de vista lo que puedo evaluar tiene que ver con estar solo, la gran problemática social que yo noto son pacientes que tiene su familia en Buenos Aires y se han puesto viejitos y son ayudados por sus vecinos, por el portero de su edificio. Manejándose solos, hasta que les pasa algo, en ese momento que les pasa algo, no tienen de donde agarrarse.

Te encontras con pacientes que no comen bien, que no tienen quien los cuide, quien les hagan las compras.

Si yo tuviera que decir nuestra problemática social es mas la soledad que la falta de recursos económicos, me parece desde lo que yo evaluó nosotros no tenemos tantos, si bien el jubilado cobran poco, el sistema esta hecho para que paguen menos impuestos, comerá una solo vez al día o irán al centro de día a comer, para mi esta es nuestra problemática.

Hace unos días hubo un caso donde una madre tenía que internarse, pero tenía un chico con síndrome de down que no contó con una persona a quien dejárselo.

¿Cuál es el procedimiento ante una problemática social?

Si yo detecto la llamo a Yolanda, en la guardia donde mas lo detectamos es por lo general en casos agudos, si el paciente ingresa con un cuadro de bronquitis o porque le duele la cadera no se le pregunta por lo social, lo social te das cuenta si fue algo grave una caída por ejemplo.

¿Quién decide la internación ante un paciente con problemática social?

Lo interna en clínica medica, hasta esperar que el lunes lo evalué unas asistente social.

¿Si no hay trabajador social y el paciente queda internado cual es el motivo y como se evalúa?

Los motivos son por ejemplo un paciente que tiene una enfermedad que necesita que lo acompañen, y no tiene quien lo acompañe, se cayo se rompió la rodilla, lo tuvieron que enyesar y vive solo, si tiene alguien que lo ayude no lo voy a internar, pero si tiene alguien que le de una mano lo voy a dejar en el hospital, o los pacientes que viven en el campo o en Batán, o tiene una neumonía es un motivo para que lo interne, un paciente que por ahí no tiene un cuadro tan grave pero que la familia no lo cuida, es muy viejito y no se banca la enfermedad también lo voy a internar, por eso te digo que mas que nada los casos sociales, son pacientes que están solos y no tiene una red que los acompañe, eso es lo que yo mas me manejo y yo lo preguntó cuando los atiende

¿En relación al trabajo social que estrategias de intervención se implementan?

De las estrategias que implementan no tengo ni idea

¿En que cree que se diferencia el trabajo social de las demás profesiones que intervienen en esta área?

El trabajador social no trabaja en la guardia, por lo tanto no conozco el trabajo que desarrollan. No me he sentido contenida cuando he tenido un trabajador social, no he visto que me haya solucionado algo. Si por lo menos me lo comunicaría el servicio social, por ejemplo si hay un paciente solo y de repente aparece un sobrino que se hace cargo de el, que lo va a cuidar me quedaría tranquila, si alguien lo atendió en el servicio.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Ayudaría un montón si tendríamos mas contención social, pero por eso que te decía que al ser una población con tantos pacientes ancianos, es una problemática que se nos esta escapando y que nosotros no tenemos tiempo de averiguar si tiene alguien que lo cuide o no, por lo general no nos interesa. Estaría bueno que el paciente que yo vi que se cayo, y se fracturo la cadera, se interno en traumatología por ahí esta la trabajadora social, pero si no tuvo una internación nadie se va a enterar de ese paciente, si vive solo o con quien. No tenemos la mente preparada para interrogarlos. Desde este punto de vista estaría bueno que haya un trabajador social pero no las 24 horas.

Entrevista

Nombre: Eduardo

Puesto que ocupa: Jefe de enfermeros

Institución: HIGA

Fecha de la entrevista: 2 de agosto del 2013 **lugar:** office de enfermería

¿Que es una unidad de emergencia?

Es un sector donde llegan los pacientes delicados, para compensarse y después derivarse, a donde tengan que derivarse, ya sea a una internación, a un hospital de por acá, en este caso no se puede derivar a nadie, porque este es un hospital de derivación. Llegan pacientes delicados, acá viene de todo.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Puede ingresar en ambulancia, auto particular o caminando, si no es grave lo que tiene, pero que igual tiene que venir a la guardia, la mayoría viene en ambulancia. También mucho vienen caminado todo lo que es consultorio vienen caminado, le duele la muela, la cintura, tiene cefalea, esta descompuesto.

La urgencia viene en ambulancia si se accidento en la calle, o le pegaron un tiro, montón de cosas que si vienen en ambulancia viene de todas las zonas. Porque que pasa cuando vos hablas con la gente, yo voy a la salita y cualquier salita que tengan mas cerca, te dan turnos para quince días, te piden un laboratorio y no tienen para sacar sangre te mandan no se a donde, es muy complejo entonces prefieren venir acá, perderse tres o cuatro horas, el día entero, pero acá te sacan la placa, te sacan sangre, te hacen la ecografía, te ve alguien.

¿Cuál es la función que le compete?

Yo era el jefe de enfermería y tenia a cargo todo el servicio la parte de enfermería, 34 personas a cargo en los tres turnos, distribuía por sector, el shock room que entran los mas delicados ahí había dos enfermeros, después la parte de observación, una ves que están compensados y tiene que ir a

observación por una hipertensión, por un infarto por lo que sea, pasan al sector de al lado que es observación, están en una camilla con suero y lo sigue observando otro medico, un residente su evolución, si ve que su evolución es favorable lo mandan a la casa, si ven que la evolución es igual, o continua peor lo internan o vuelve al shock room.

Después esta el sector que llamamos pecera o office de enfermería, ahí es donde se distribuye mediación, elementos de insumo ahí hay una enfermera también. En frente al office esta la parte de procedimiento, donde se hacen suturas, cambios de sondas, todas cosas rápidas que se puedan hacer, ahí también hay una enfermera.

En consultorio hay uno específico que es de enfermería, vos venís porque te duele la panza, pensas que tenes una apendicitis o algo, te ve el cirujano, te pide un montón de cosas y con esas cosas que te pide vos vas al consultorio diez, hay un enfermero, que si te pidieron suero te lo pone, sangre, electro, lo que el medico te pida todo eso se hace en el consultorio diez.

Acá ahora hay seis enfermeros dos en el shock room, uno en observación, uno en pecera, uno en consultorio diez, el sexto esta en procedimiento o en la sala de yeso.

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

Las que nosotros vemos porque estamos del lado de la asistencia al paciente, hay mucha gente que viene con dolor de panza, esos a veces no pasan ni siquiera por el diez. El medico les dice bueno vaya a su casa haga reposo, ese ni siquiera paso por enfermería o venís vos con dolor de panza y te dicen si mira tenes gastroenteritis, hacete el urocultivo, los análisis y dieta, ese ni siquiera paso por enfermería solamente por el franquito.

Acá lo que mas se ve son los accidentes, los baleados y los infartados, los ACV, las cosas más graves que si se ven en shock room. Pero muchos que pasan por consultorios llegan al diez, ah ellos no les preguntas porque vino, que le paso, vos le haces lo que te dice el medico.

Todo lo que entra se anota en el SAE que es estadística, ya sea una pavadita o algo grave se anota ahí, por ejemplo si pasaron 300 personas, y enfermería vio solo 50 están todas anotadas ahí. Por mas que no haya quedado internado en

guardia, porque antes de ver al medico pasas por el SAE, que te dicen bueno que quiere ver el neurólogo, el clínico consultorio tres o cuatro, te ponen el número de llegada, si esta grave igual te anotan porque después el SAE pasa por el shock room para tomar los datos.

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

No es variado, lo que uno ve es que la gente viene desesperada para que lo atiendan vos le pones el suero, te das vuelta paso media hora, se arranco el suero y se fue. Como que se siente bien y se va, no espero el análisis de sangre, la placa, no espero al medico, sobre todo la gente que viene al consultorio. No pasa lo mismo con los que vienen al shock room, porque ya saben que vienen delicados y no se van. Uno lo que ve es eso, que la gente viene muy demandante y una ves que vos le resolves el problema, pero no del todo se resolves, le resolves la situación de ese momento, se te va.

Muchas veces vos le decís, no te podes ir y empiezan yo me quiero ir, me quiero ir, se terminan arrancando el suero y se va. A la tarde lo ves de vuelta, porque se le paso el efecto de la medicación, vuelven con dolor eso se ve mucho. Por ejemplo cuando viene algún baleado también se te van o un dolor de muela le pasas el calmante y se van. Ellos vienen por el calmante mas que nada.

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Por ejemplo ahora hay gente que hace seis días esta esperando en camilla, porque no hay cama. Si uno viene con algo grave lo atienden enseguida acá, si no es tan grave depende de la guardia, la hora.

Podes esperar tres o cuatro horas para que te atienda, por ejemplo si venís a las dos de la mañana y quieres ver al cirujano, el no viene hasta las seis de la mañana. Porque no puede estar una persona 24hs atendiendo gente, de noche descansan, de 24 a 6 se van turnando, lo llaman cochería ellos. Cada dos horas viene un medico diferente, de 0 a 2 viene un clínico, de 2 a 4 traumatólogo, de 4 a 6 viene el cirujano y así se van turnando. Si vos venís a la

una buscando un cirujano, el cirujano hasta las cuatro no va a venir, lo resolverá el que esta dentro de lo que pueda. Porque yo no le puedo decir a un neurólogo que me vea un infarto, hace lo que puede y los que más esperan son los que están por subir a piso, por falta de camas, los de traumatología son los más complicados.

Hay épocas, anoche había por ejemplo 50 personas dando vueltas por la guardia, para internar o para observar y ver que pasaba. La guardia no es como un piso que se te completan las 40 camas y ya esta cerraste el piso. Acá tenes 50, capaz se te vienen 15 mas o 2 mas, se te van tres y te vuelven 5, no es como el piso que se te llena.

Todo el mundo busca cama no es que no se preocupan, busco yo, la supervisora, el medico y no hay. Eso no sucede todo el tiempo, por ahí en invierno hay mucha patología respiratoria, y en los pisos no hay muchos tubos de oxigeno como para todas las patologías que hay acá. Son diez o doce en total, por ahí no podes subir a todos los pacientes que tenes, subís los que mas podes, eso se prioriza por gravedad y por antigüedad en la guardia.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Hay muchos baleados, atropellados, muchos ACV, tenes distintos en el horario del día, al medio día entran dos o tres atropellados, que están por el centro, que salen de buscar los chicos o de trabajar, a la madrugada entran todos los baleados, apuñalados, después lo otra va pasando durante el día, al medio día también entran muchos con cortes por las amoladora, por accidentes del trabajo, porque están apurados para irse a comer se cortan.

En los diferentes horarios uno sabe que recibís ciertas cosas, al medio día esperas que venga el de la amoladora, tipo ocho esperas al accidentado siempre uno o dos te caen.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

En realidad abarca mucho, hay muchos pacientes sociales en situación de calle, muchas veces son alcohólicos que hacen convulsiones en la calle, quedan desmallados, la ambulancia los trae, pero no son pacientes para

internar, salvo esa convulsión que hizo, que fue por la abstinencia por la falta de alcohol, tampoco son pacientes para estar en la calle. Entonces están ahí dando vueltas, vagando y eso es una situación social. Después mucha gente que quiere que el hospital le de todo, el medico le receta ibupirac, pregunta en donde me lo dan, entonces va a la farmacia, no hay, y vuelve acá a la guardia. No hay acá más ibupirac, bueno pero cómprese, capaz que la tirita vale diez pesos, pero no tiene para el ibupirac, pero tiene para los cigarrillos, o tiene para el vino, pero uno tampoco puede opinar mucho.

¿Cual es el procedimiento ante una problemática social?

Uno llega los baña, higieniza, después viene y los evalúa el medico, porque en realidad cuando viene, llegan catastrófico, hechos pis, caca, pero de días, no de recién, vos ves que vienen con olor a acetona pero viejo, uno los acondiciona. Los evalúa el medico, después están acá tres o cuatro días, muchos se van solos, muchos se quedan.

¿Quién decide la internación ante un paciente con problemática social?

Siempre lo decide el medico, uno puede llegar a negociar, por ejemplo yo tengo este de traumatología que esta acá hace tres días, vos tenes una cama en cirugía no me lo podes subir igual, bueno subilo te dicen. Uno negocia una cosa, pero después mucho mas no podes negociar porque los que manejan los pacientes son los clínicos, los traumatólogos, los médicos que estén ahí. Por ejemplo en terapia suben los pacientes que dicen terapia, ahora hay dos ventilados que están en el shock room, que hacen tres días que están acá, porque arriba no hay cama.

Al paciente de situación de calle, una vez que lo evalúa el medico sigue internado, cuando se recupera ahí queda el bolonqui dando vuelta, no lo tienen internado porque pasa esto, capaz que hay siete u ocho esperando antes que el, que tienen realmente una enfermedad, lo que sea una cirrosis, un ACV, un diabético, por lo que sea, entonces esa cama esta autorizada para ese tipo de pacientes, el social hay que buscar la forma de ubicarlo en algún lado.

¿Si no hay trabajador social y el paciente queda internado cual es el motivo y como se evalúa?

Muchas veces nosotros llamamos a la trabajadora social, han venido lo evalúan. Cuando están dos o tres días hemos llamado, cuando tienen el alta, han venido lo han llevado a no se a donde, le han hecho un tipo de pensión y lo mandan a un geriátrico en seguida, consiguen documentos o se lo hacen alguien, se lo lleva ahí algún lugar eso ha pasado varias veces.

Llamas le comentas la situación y te preguntan si tiene documentos, si tiene tal cosa, tal otra, le consiguen todo y se lo llevan a un geriátrico.

¿Quién llama?

El enfermero va en realidad el jefe de enfermería que tiene más contacto, por que el enfermero tiene tanto trabajo que no tiene tiempo de fijarse, para ellos es un paciente más. Uno que tiene más tiempo, esta mas desocupado, tiene más contacto, hablas con la trabajadora social le comentas la situación y te dice mándamelo.

¿El medico tiene conciencia que tiene el recurso de la trabajadora social?

El medico si no te ve físicamente no, el medico en realidad no, por que el medico que esta en observación son todos residentes están tres, cuatro meses es como que hace una evaluación y se van, no llega a gravar la cara de todos, y menos de alguien que viene cada tanto no.

¿Y en los casos de los fin de semana cuando no esta la trabajadora social?

Se lo comunicas el lunes, si el paciente viene un sábado si o si va estar hasta el lunes hasta que se compense.

¿En relación al trabajo social que estrategias de intervención se implementan?

Yo se que usan la entrevista, había uno que venia todos los días con dolor de panza, vino dos tres años.

Como venia siempre a una hora diferente, los médicos van cambian todos los días el lunes es un medico, el martes es otro y siempre que venia lo veía uno medico diferente. Venían el lunes lo veía el cirujano, venia el miércoles lo veía otro cirujano. Nosotros que estamos todos los días, lo veíamos le decíamos al médicos vino el miércoles, el jueves, el sábado y estaba ahí, se quejaba. Le hicieron hemoscopia, tomografía, le hicieron de todo y le decía esta todo bien, no le encontraban nada.

Nosotros un día dijimos y si come. Hablamos con la dentista, le dijimos dale de comer a ese hombre y se comía la vida. El servicio social vino, intervino y hablo con una enfermera Mari luca que tiene pacientes a domicilio, ahora ya no viene mas a la guardia, pero vino como dos años seguidos.

Siempre y cuando se pueda ellas intervienen, hay pacientes que no tienen documento le buscan la huella, le buscan los datos, es un tramite que demora una semana.

¿En que cree que se diferencia el trabajo social de las demás profesiones que intervienen en esta área?

El que esta trabajando en la guardia esta acostumbrado a tener mil cosas en la cabeza, tenes diez mil cosas que hacer, que llego el baleado, el apuñalado, el ACV, que llego este, llego aquel.

No le das prioridad al social, porque tenes mucho más quibombo porque no tenes tiempo, capaz estas trabajando ocho horas, cinco horas trabajando y el resto están haciendo otras cosas, no le das prioridad a un social, por que tenes mucho más quibombo, no le prestas atención.

Uno se acostumbra a eso, por ahí viene uno que le duele la muela y para mi es un dolor de muela por que soy enfermero, pero para el que le duele la muela es. El paciente social es bañarlo, es conseguirle ropa, darle de comer para la trabajadora social es re importante y para mi es conseguirle ropa nada mas. Uno se acostumbra, ves tantas cosas, uno nacimiento acá es normal; te lo pones a pensar y no es normal los detalles chiquititos se te escapan. Y lo toman como si no fuera nada, pero es.

¿Como caracterizan a un paciente social en la guardia?

Y cuando le decís al paciente ya esta todo en orden, se puede ir de alta, te dicen y a donde voy, le preguntas a donde vivías antes, te contestan que vivían en la calle, a ese ya lo consideras como social.

¿Como se comunican con los pacientes?

Ni bien llegan le preguntas donde estaba, que le paso, que estaban haciendo, se lo pregunta el medico con el enfermero al lado, o el medico primero y después el enfermero.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Viene bien, en todo el hospital viene bien por que arriba esta lleno de sociales también, tiene cronicidad pero no tiene criterio para estar internado, pero después donde lo ubicas nose donde.

¿Y para la guardia?

Para los casos que no son tan urgentes en la guardia, que pueden ser derivados a una institución privada, hacerle el documento, conseguirle un lugar, conseguirle una pensión, eso no quiere decir que la persona se quede en la institución privada para siempre.

Muchas veces le consiguen todo, después de un tiempo vuelven, le preguntas que le paso y te dicen que en donde estaban lo hacían lavar la ropa, levantarse temprano, bañarse. La gente se acostumbra a estar en la calle, a estar en libertad.

Una vez vino un quemado, que lo habían quemado cuando dormía en su colchón en la plaza España, cuidaba coches, estuvo internado se curo, estaba re bien le consiguieron un lugar, pero después volvió a la calle.

A uno le había conseguido una casa en Brown y Primero de Mayo, la municipalidad le había prestado una casa, fueron cinco o seis, no duro nada, tenían que limpiar, bañarse, cocinar hacer algo. Volvieron todos a la calle después.

Entrevista

Nombre: Daniela

Puesto que ocupa: Jefe de enfermería

Institución: HPC

Fecha de la entrevista: 1 de agosto del 2013

lugar: guardia

¿Que es una unidad de emergencia?

Es una unidad a donde llega el paciente, que tiene un signo o síntoma que nunca había sentido o que si lo había sentido y sabe lo que le esta pasando, recurre a la guardia, ya sea que tiene miedo, desconoce.

El miedo es un factor muy importante, por que hace que la persona concurra a la guardia, otros por preocupaciones, si el síntoma por mas que haya tomado precauciones o medicamentos. Por que tiene una historia previa, concurre a la guardia muchísimo, por ejemplo te dicen:

Tenía tos y lo traje a la guardia por las dudas.

No tratan de recurrir al medico de cabecera, esto sucede en la guardia.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Hay un grupo de pacientes que ingresan por ambulancia privada o misma los pacientes que se atienden por PAMI, que llaman por teléfono por una emergencia al hospital se les envía un móvil, muchas veces el familiar del paciente que llama por una urgencia y es una urgencia. Muchas otras son por miedo y después otros que si son urgencias como dolor de pecho, arrimia grave, infarto, ACV, politraumatismo, discapacitados que llegan a la guardia derivados del Interzonal, que tuvieron perdida de conocimiento que viene luego de ser atendido.

¿Cuál es la función que le compete? ¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

En esta guardia hay mucho paciente añoso deteriorado, que se deteriora cada ves mas, y paso a paso concurre a la guardia, por ejemplo pacientes

deshidratados, que no tragan bien o no tragan como corresponde, no toman la medicación, no comen, lo mismo pasa con los líquidos.

También ingresan pacientes que están en hogar o en geriátricos, estos concurren muchísimo. Teniendo enfermera, medico en el mismo hogar. Teniendo un medico a domicilio, porque acá hay un sistema de atención domiciliaria, así que los pacientes postrados cuentan con un medico asignado. Sin embargo, asiste a la guardia directamente, aun cuando se les explica por teléfono que pueden esperar un día por la dolencia que presentan, aun así no hacen caso y asisten.

¿Cuales son las consultas más recurrentes?

Los casos mas frecuentes son infartos, ACV, hemorragias digestivas. Los politraumatismos no tanto pero vienen. En los últimos tiempos se aumento muchísimo las heridas cortantes, las quemaduras, los cortes, los accidentes en entradas y salidas laborales de las diferentes empresas de Mar del Plata.

Por que el hospital abrió su capita a las ART y a las obras sociales, entonces llega el carnicero o los empleados de los frigoríficos, de fábricas de pescados, por que se les cayó una red o se le caen cajas en la cabeza, ingresando con pérdida de conocimiento.

En los últimos años aumento muchísimo el paciente joven. Hace quince o veinte años que trabajo en la guardia desde el año 91, y era totalmente diferente. Hay muchos accidentes que ingresan con obra social, prepaga por el trabajo y las obras sociales elegidas por ellos son OSDE, SWISS MEDICAL. Todas esas obras sociales que tienen un costo importante en el seno familiar, ese paciente viene mucho.

¿Desde cuando vos notas esa diferencia?

Ya se notaba hace cuatro años cuando era enfermera de alta, cuando volví a la guardia en ese lapso que no estuve, se abrió más el capital. Pero yo ya lo percibía cuando estaba en el piso y daba el alta, el paciente de OSDE es un paciente muy exigente porque paga todos los meses su obra social, sea soltero o por su grupo familiar, entonces exige atención, asiste por un resfrió a la guardia, es así que la sala de espera se ve llena de pacientes por estas patologías.

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

Si se esta notando lamentablemente es una característica negativa, la exigencia y el no escuchar. Yo estoy tratando de cambiar un poco la dinámica, en cuanto a respetar las reglas, las normas, de respetar a la persona que esta atendiendo, a todo el personal, desde la persona que recepcionan que es el personal de vigilancia, la secretaria, la enfermera derivadora, los jefes de ambulancias, el ambulanciero que no tiene una pertenecía directa porque no se le paga el sueldo pero pertenece al hospital, los enfermeros, hasta los médicos. La gente no escucha lo que les estas diciendo a ellos no les importa que hay normas, reglas, que el enfermero que los esta atendiendo o el medico es el que estudio medicina o enfermería es el que tiene conocimiento y te esta diciendo en forma amable que esta persona no esta corriendo peligro de muerte, y ahí es como que no te creen, por desconocimiento, o por miedo, no digo porque se la creen que ellos saben mas que uno, no sabría decir , determinar porque sucede esto, eso es muy notorio.

Ayer me paso con una persona que me dijo que yo lo maltrate, que yo lo trate con falta de respeto y todo lo contrario, una persona que no voy a nombrar pero es una persona que tiene un cargo muy importante en la ciudad de Mar del Plata, y creo que en el lugar donde le toca trabajar justamente hay mucho caso social, me trato muy mal. Justo estaba la doctora Lucero que es la jefa de médicos, ella había escuchado una buena parte de la conversación y lo puso en su lugar. Le explico bien las cosas, y el se quedo acompañando a su padre, pero una persona que tiene estudio, que tiene un cargo, esta actuando de esa manera que le podemos pedir a una persona analfabeta o a una persona que vive calentándose todos los días, con un calentador, que no compra los medicamentos porque no le alcanza, ósea gente muy humilde que les podes pedir, no les podes pedir nada.

Esta persona sabia que una urgencia es una persona que esta peligrando su vida o potencialmente peligrando si vida, esa es la definición que no la dije antes.

Esta pasando eso la característica también es que tienen mucho miedo, el cliente de la guardia no quiere esperar, vienen terriblemente apurados para ser atendidos.

Muchas veces a la tarde que es donde hay mas cumulo de pacientes, estan todos juntos por que no hay mas lugar para la atención, quieren que los atiendan ya viendo que la guardia esta llena, viendo que hay movimiento de enfermeras, médicos, exigen sean de cualquier obra social de PAMI, humilde, no humilde quieren que atiendan a su familiar, hay un egoísmo terrible, en el humano en general.

Esto hace que la tarea sea muy dificultosa porque todos exigen ahora cuando se lo atiende en su turno a veces se demora una hora, cuarenta y cinco, o diez minutos, entonces se les explica.

El medico generalmente le explica al paciente y al familiar pero ellos como no escuchan dicen: - no me atendió. Hasta eso llegan a decir. También mucha gente dice: - el doctor no me dijo nada.

Uno va llamar al doctor, que le dice:

- se acuerda que recién le dije que le íbamos a hacer una placa, le tome la presión, la temperatura, le dije que le vamos a poner suero, porque esta un poco deshidratado.

Se realizan los estudios, le sacamos sangre y todo eso lleva un tiempo el camillero que lo viene a buscar, la enfermera que le tiene que colocar el suero, la sangre que se lleva a laboratorio eso lleva un proceso no es mágico el resultado. No es que llego al laboratorio y por llevar un tubo de sangre me esta diciendo que es lo que tiene.

Hay una exigencia de irse rápido, dicen:

- no yo ya me siento mejor me quiero ir

Esto es muy común, nosotros acá tenemos que tener una paciencia terrible, y eso pasa con el 60% de los pacientes porque los otros entran caminado, entonces el medico los ve y generalmente se van a su casa; o puede pasar que hay una paciente grave en la sala por ejemplo una pancreatitis pero como es un paciente fuerte con un umbral del dolor alto, entonces es el que estaba en la sala en ves de entrar, mientras que el que esta adentro es el que tiene un dolor en la pierna hace 25 o 30 días, pero eso es porque el familiar y el

paciente mienten, así es literal la gente miente, para estar adentro de la guardia.

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Hay veces que hay una demora de una hora y media, dos horas, en el verano a veces lamentablemente de médicos estamos hablando, no de enfermería, de tres horas, este verano llego un día a cuatro horas, pero era un día de temperatura altísima, vino mucho paciente postrado, entonces el paciente ocupa mucho lugar, no hay lugar en las camillas, ya se ocuparon los lugares de las camillas y entonces se ocupan los consultorios. Pacientes que están muchas horas en la guardia entonces, no hay lugar para atender, ahí empiezan a dar un poco de vuelta para atender al paciente, y después la falta de médicos. Cuando vienen muchos médicos la atención es rápida y ahí se produce un poco de demora en la practica que indico el medico, demora el enfermero, porque si yo tengo tres enfermeros o cuatro, y tengo ocho médicos trabajando, tres no pueden contra ocho médicos que en ese momento posiblemente en dos minutos atiende un paciente e indican algo a ese paciente que acaba de atender. Entonces ya ahí se desborda un poco y se genera un poco caos.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

Antes se veía mucho paciente de PAMI solo, pero ahora también se ve mucho paciente de obra social solo, que llega a tener muchos años. Ayer por ejemplo tuve un caso de un hombre de una obra social lucido, ubicado pero que vino solo, eso se esta viendo bastante.

Pacientes que quedan solos que vienen a la guardia acompañado por un familiar, que no deberían quedarse solos, porque no se expresa bien, que tiene colocado un suero, usa pañales, sin embargo el paciente se queda solo, el familiar se va y vuelve o se va y no regresa, no avisa a enfermería. Pacientes que vienen de hogares muy deteriorados, con familiar despreocupado, y no ocupado, el familiar a veces coloca a su familiar en un hogar o geriátrico, a

veces la cuestión económica es algo que juega en contra de gente que quiere muchísimo a su familiar, pero no tiene los medios económicos de dejarlo en un hogar con seis pacientes, se de ponerlo en un hogar que le brinda PAMI y esta muy encima de los cuidados del paciente, va al hogar lo revisa, sabe la medicación que toma, tiene una grilla igual a la que tiene en el hogar y ese familiar sabe todo. Después están los otros, que vienen acompañado por la cocinera, enfermera, mucama, auxiliar o cuidadora, también en algunos casos por el dueño del geriátrico eso se ve debes en cuando, con pacientes abandonados en hogares de pocos pacientes y se ve el compromiso de este dueño que es medico o no, acompañando al paciente que se ocupa como si fuera el familiar. También tenemos el caso en que vienen acompañados por la cocinera o mucama, en donde el paciente esta en la camilla y ellos se van a fumar o están de espaldas, ese es el caso de pacientes que están abandonados o solos.

Otro es el caso de pacientes que tienen familia y el cual representa una carga para la familia, donde se ve que el paciente por ejemplo pide agua y el familiar esta mirándolo lo que hace el resto de la gente en la guardia a los medico, los enfermeros.

La guardia tiene un office muy grande y a la vista que llama la atención, que atrae mucho trabajo medico, de enfermería, atrae lo que le dijo un medico a un enfermero o un paciente, atrae mucho el morbo este de ver una herida, ojala pueda ver algo muy traumático, sangre, que nadie lo expresa pero se ve en las caras, se ve en eso de que en lugar de atender al paciente, que para ellos es familiar, y no se quedan con el paciente, no les preguntan tenes frio, calor, esas tareas esas cosas las hace el enfermero, si se les cae la almohada se la pone, se sacan los sueros delante de los familiares, esa es la problemática que acá se ve continuamente.

Hay gente que viene muy mal vestida, con falta de una buena higiene se ve muchísimo. Gente que viene con un ACV, o que se callo en la casa, con fractura de cadera y estuvo tres o cuatro días tirado en la casa por que nadie lo fue a ver. También se ve mucha gente joven que elige el camino de no hacerse amigo de nadie, que vive en un departamento, o en una casa pobre, eligen el camino de no hacerse amigo de ningún vecino, yo no necesito a

nadie. Cuando llegan a los 80 años, siguen pensando exactamente igual, y nosotros como enfermeros del hospital, la asistente social, la dirección crean un engranaje de cuidadores de esa persona, que el eligió, pero al momento de atenderlo, el exige a todas las personas que no son sus familiares una atención, quiero esto, quiero lo otro, a mi llámame una ambulancia o tráeme esto, a ese nivel de exigencia llegan.

¿Cual es el procedimiento ante una problemática social?

Es bastante precario, yo personalmente quiero modificar esto hace poco que estoy en esta gestión, pero observo que el enfermero en general, en este sector cuando surgen estas problemáticas no se ocupa mucho. Yo lo que suelo hacer, como tengo mucha experiencia de trabajo, trabaje en el hospital Interzonal entonces ahí vi mucha problemática social, sobre todo cuando estuve en la guardia y acá me hace recordar al año 88 cuando yo empecé donde era común, el paciente que no tiene a nadie, el paciente pobre y el enfermero acá no esta muy entrenado en esto, de insistir al paciente que elige estar solo, pero que tiene a alguna persona, que tiene algún teléfono en la cabeza para llamar para que las horas que va a estar en la guardia lo acompañen, justamente porque se fracturo la cadera, o estuvo muy deshidratado o tiene un ACV, va a requerir internación, que se le saque la ropa, que alguien le custodie su cartera o cuiden sus pertenencias. Veo como que realmente se desatiende un poco eso, mi objetivo es que el enfermero se ocupe de eso, y si por ejemplo vamos a suponer que a las tres de la mañana es un domingo o un sábado, donde no esta la asistente social. Yo soy de las que llamo a la asistente social cuando hay lago, y cuando se me espaca de las manos, cuando busco un teléfono y no encuentro respuesta, aviso a la asistente social, pero en general el enfermero en la guardia lo soluciona rápido, le saca la ropa, le guarda las pertenencias en el departamento de enfermería, se guarda bajo llaves, se le hace firmar un libro al paciente si esta solo.

En el medico tampoco hay una preocupación, sobre todo en las especialidades, no tanto con el medico clínico que esta un poquito mas comprometido, pero digace un cirujano, un traumatólogo, están un poco mas alejados todavía del compromiso que el enfermero. El clínico acompaña bastante a la problemática

social y las especialidades que trabajan en la guardia se alegan un poquito, el enfermero esta entre medio del no compromiso y el compromiso, esta en una zona gris todavía, yo insisto bastante es esto, cuando me tengo que retirar porque cumplí mi horario, dejo los pacientes que están solos a cargo específico de una persona. Por lo general cuando yo insisto se responde pero no nace del profesional, preocuparse y ocuparse de esta situación.

¿Quién decide la internación ante un paciente con problemática social?

Si es el día que no esta la asistente social, día no laboral sábado, domingo o feriados, lo decide el clínico por supuesto, o traumatología en caso de una fractura de cadera o lo hacen en conjunto y se pone se interna por caso social.

¿Si no hay trabajador social y el paciente queda internado cual es el motivo y como se evalúa?

Los motivos serian porque el paciente es incapaz de cuidarse por si mismo, que ya no camina, se lo encontró totalmente deteriorado con una higiene deplorable tanto de su persona, como de donde vive con perros con animales de toda clase, esto no solamente pasa en la periferia o de barrios muy humildes, vienen del centro de la ciudad de departamento en pleno centro o en la costa, son personas que tienen algún problema psiquiátrico no resuelto, porque son independientes hasta que les sucedió, por ejemplo una descompensación diabética, una fractura de cadera, una deshidratación, insuficiencia cardiaca, edemas en los miembros inferiores donde los pacientes ya no pueden caminar porque no concurren a la guardia y el edema se hace crónico y cuando vienen ya están en un estado deplorable. No se pueden cuidar a si mismo, es tan evidente que se internan por caso social, interviene el asistente social, porque lo llama el clínico, o cuando llega al piso pasa la interconsulta la secretaria.

¿En relación al trabajo social que estrategias de intervención se implementan?

Conozco superficialmente, lo que yo he observado, en la guardia no tanto porque son llamados pocas veces, me gustaría que se llamen mas que vengan

mas, pero a veces yo como enfermera soy de tomar decisiones, pero a veces tengo que pedir intervención al medico, planteándole el problema y vienen. Cuando yo estuve como enfermera de altas en el piso, ese paciente que vino de la guardia, deteriorado, en mal estado de higiene, mal medicado, o no medicado, la asistente social, mira toda la historia clínica de punta a punta, se pone en mecanismo primero de convencer al paciente que ya no puede vivir solo, que requiere de una compañía para tener una mejor calidad de vida, hasta que llegue su muerte y lo convence de ir a un lugar donde va a tener los cuidados que necesita para tener una vejez con mejor calidad de vida, eso es lo que yo veo que hacen las asistentes sociales, lo veo y no es con palabras, sino que realmente lo hacen. Porque después lo pacientes vuelven a consultar, son pacientes muy frágiles en su salud, y están muy conformes, si bien en los geriátricos encontramos lugares muy malos, donde la asistente social no sabe si les pagan, o los bañan con agua fría y tenemos otros lugares donde son muy grandes y se los atiende muy bien. Entonces tenemos las dos variedades, pero si se que se ocupan llaman al hogar, llaman al exterior, al interior del país, se trata de que todo el núcleo familiar se entere de que esa persona quedo totalmente frágil y desprotegida ante lo que le pasa.

¿En que cree que se diferencia el trabajo social de las demás profesiones que intervienen en esta área?

Primero los enfermeros nos ocupamos directamente de lo que es la salud en cuanto a enfermedad, por ejemplo en cuanto al control de una glucemia, una herida quirúrgica, un lavado ocular, colocación de un antibiótico por prescripción de un medico intramuscular, de eso se ocupa el enfermero. El medico debe prescribirlo para ese estudio, patología para saber que le tengo que dar a este paciente y que no le tengo que dar.

La trabajadora social se ocupa del otro aspecto del ser humano, del social y en cuanto a lo cultural también. Porque muchas personas tienen mucha ignorancia entre comillas, pero es porque viene de una determinada cultura, no le vamos a pedir lo mismo a una persona que pueda llegar a entender de la alta sociedad, que a una persona que vienen de Santiago del Estero y que tiene una enfermedad crónica por la vinchuca como el mal de Chagas, que se ha criado

en el norte en las montañas y que después por las circunstancias de la vida hizo, que viniera a parar a Mar del Plata frente al mar, de esos aspectos creo que se ocupa el asistente social. Si bien el enfermero tiene un conocimiento en cuanto a lo cultural en la licenciatura tenemos materias como antropología, ética, creo que el trabajador social se ocupa de ese aspecto del social y creo que el enfermero también se ocupa de la parte espiritual del paciente.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Me parece un proyecto que como tuve que aprender como enfermera de alta, trabajando codo a codo con el trabajador social y conocer de que se ocupan específicamente.

La trabajadora social no dije que también se ocupa muchísimo del paciente psiquiátrico, que muchas veces el enfermero y el medico que no es psiquiatra le escapa un poco, por hay esta cosa de miedo, tabú, de prejuicio de este paciente psiquiátrico, pero veo que la asistente social acompaña mas, como acompañante terapéutico, pero me parece excelente trabajar con la asistente social.

El enfermero es multifacético, a veces en ese hacer multifacético, no cumplís bien cada función, es como una madre que tiene seis hijos, evidentemente del primero que ya esta crecido y tiene quince años se va a ocupar menos porque ya esta crecido. En cambio del bebe que acaba de nacer, va a estar en prioridad te ocupas del mas débil o del que requiere mas cuidados, sin embargo ese adolescente necesita cuidados igual, lo mismo que el bebe, lo que pasa es que como ya es independiente, camina, habla toma decisiones, es diferente, el enfermero a veces me parece que es lo mismo. Por ejemplo si un enfermero se ocupa de lo social, de la parte psiquiátrica, espiritual, biológica, de la familia, son un montón de cosas, a veces podes enfocarte en esa persona en todo su contexto, y en otras a media o nada. Entonces muchas veces este paciente que mas requeriría, que lo contengan porque en realidad no tiene ningún infarto, y es emocional no le podes hablar, porque están los otros pacientes que vienen si con un infarto, o poli traumatizados, pero este que esta en la guardia sucio, quiere agua, o tiene frio, se lo abriga, pero no le

podes hablar, no te podes quedar tomándole la mano. Entonces creo que en ese aspecto estaría muy bien cubierto, si sería permanente mejor, no que vaya y venga sino como un plantel mas que cumpla varias horas de trabajo, me parece que si es un proyecto que hay, que sería muy bueno, tanto como las enfermeras, médicos, y las secretarias que hacen un trabajo administrativo que acompañan a este trabajo en campo con el paciente cara a cara.

Entrevista

Nombre: Daiana

Puesto que ocupa: Secretaria

Institución: HIGA

Fecha de la entrevista: 2 de agosto del 2013 **lugar:** estadísticas

¿Que es una unidad de emergencia?

La guardia es para atender a pacientes con ACV, accidentes, como espacio esta conformado por el show room, seria la terapia de la guardia. Están los diferentes especialistas, el jefe de guardia, todos están ahí donde entran los accidentes, los pacientes que se encuentran sangrando.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Ingresan por ambulancia o por sus propios medios, ingresa por la guardia. Donde se evalúa al paciente. Uno ya a la vista se da cuenta, como esta, si es para show room o consultorio. Hay una recepción, donde esta el chico de vigilancia, nosotros que anotamos y clasificamos, si viene no somos médicos, vas y le decís al medico, las características mas o menos, si esta blanco, si esta morado, si le cuesta respirar.

Uno por los años que esta acá, te vas dando cuenta, como también podes fallar, capaz lo haces esperar y después te das cuenta que era una emergencia.

¿Cuál es la función que le compete?

Desde el ingreso de anotar a un paciente que va al consultorio, tomar los datos personales, para que se atienda en una guardia o si se doblo el pie, para que lo atienda un traumatólogo del consultorio de la guardia, certificado de defusión, desde abrir una historia clínica en el sistema. También se le pregunta si tiene o no obra social, hay una base de datos, donde te podes fijar si tienen o no, no tenemos la computadora o los programas de Internet para fijarnos, pero bueno tratamos de pedirle a la familia que si tiene obra social que la declare.

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

Ginecología, traumatología y las más recurrentes, diagnóstico. Ginecología más que nada para abortos, hemorragia. En esta época tenes por ejemplo más casos de neumonía.

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

Te das cuenta si una persona es social, si llega en ambulancia porque lo encontraron alcoholizado en la calle, lo ingresan, para que lo vea un médico.

¿Ustedes como lo ingresan al sistema?

Le pedimos todos los datos lo que más pueda, a veces vienen en un estado que no pueden, pero lo ingresamos por alcoholismo o el cuadro que presenten. A veces, vienen sin documento sin nada. Igual mucho de ellos ya están ingresados al sistema, al cual recurrimos a la base de datos vieja, la mayoría vive en Mar del Plata. Por lo tanto, debe tener una historia clínica acá si vemos que tiene aproximadamente cincuenta años, te fijás la fecha de nacimiento o si no tiene domicilio puedes decir quizás puede ser este paciente o el otro.

¿Cuál es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Y bastante, vienen todos acá por que saben que hay consultorios externos, hay pocos profesionales toman cada vez menos residentes o se turnan, entonces se genera una demora.

Se atienden primero las emergencias, si es una emergencia es pasar directo por el pasillo, ellos ingresan en ambulancia o los trae un familiar que tuvieron una emergencia.

Tenes un médico de guardia, hay un médico clínico, que están en consultorios. Los médicos residentes de primer año, van a ateneo, no a la guardia.

Si hay un paciente asmático, cardíaco, diabético no se los hace esperar para que tengan una atención inmediata, por que son pacientes crónicos.

Suelen esperar entre tres y cuatro horas, para ser atendidos en consultorios, pero se van con placas, análisis de laboratorio, se van con todo.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Problemáticas más relevantes accidentes, traumatizados, ACV, hemorrágicos.

¿Qué entiende por problemas sociales?

Problemáticas sociales que una persona no tenga nada, que viva en la calle, en la vía pública o en la puerta del hospital. Si van a la guardia, hay una mujer viviendo ahí abajo. Acá esta la noche de la caridad, que son gente que todas las noches le traen comida y tiene lugares para ir, pero tampoco van se acostumbra a vivir en la calle.

¿En caso de detectar una problemática social a quien le avisa?

A la trabajadora social directamente, si queda internado, a veces los pacientes sociales se van. Muchas veces lo trae la ambulancia y el paciente se va antes que la ambulancia llega a la ruta. Porque no quieren estar acá, la ambulancia se toma el trabajo de traerlos, muchas veces por la presión pública, pero muchas veces no le interesa, le gusta vivir así, no le interesa comer, ni bañarse.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Hay una trabajadora social en la guardia, el hospital esta dividido por áreas, cada trabajadora social tiene su área, hay una o dos destinadas a la guardia. Ellas van ven al paciente, lo escriben en la historia clínica, no tienen muchos recursos, ellos tratan de ubicarlos en los diferentes hogares, ellas tratan, se ocupan, le preguntan porque esta así, tratar de ubicar a la familia.

Entrevista

Nombre: laura Coubeta

Puesto que ocupa: Secretaria

Institución: HPC

Fecha de la entrevista: 2 de agosto del 2013 **lugar:** secretaria de guardia

¿Que es una unidad de emergencia?

Lo que pasa que en este hospital la unidad de emergencia realmente no existe como unidad de emergencia, donde hay demandas.

Acá la gente viene por un estado gripal, que no es una emergencia, la guardia de un hospital, es para una emergencia real. La gente viene por un estado gripal de hace quince días, en realidad también es el sistema.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

A lo mejor los ves venir bien, y cuando llegan a la ventanillas, se sienten que están re mal que no pueden respirar, agravan su enfermedad para que el medico los pueda atender.

¿Cuál es la función que le compete?

En la secretaria nos encargamos de averiguar si el paciente tiene una cobertura medica, por que sino tiene una obra social se le tiene que cobrar todas las practicas, las consultas, todo.

Aparte nos encargamos de todos los pedidos médicos, placas, laboratorios y lo ingresamos al sistema, todo lo que es obra social. Lo que es PAMI se encarga el medico, pero lo que sea para facturar nos encargamos nosotros hacemos la facturación, internaciones de los pacientes, vemos esas internaciones de obra social, hacemos presupuestos. Si es particular se le tiene que cobrar el ochenta por ciento de la internación. Si son obras sociales se hace un documento, hasta que la obra social nos autorice la internación.

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

Estado gripal, resfrió ¿lo diferencias por época del año? En el verano quemadura solar.

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Depende de las estaciones por ejemplo en invierno muchas veces pueden demorar tres horas a pasar de que sea privado, muchas veces no dan abasto. Vienen por cosas muy simples y eso dificulta, a que se atiendan a una persona que a lo mejor esta peor.

Aunque nosotros por los años que llevamos acá podemos diferenciar un cólico renal, un dolor abdominal, un dolor de pecho que nosotros le damos prioridad lo hacemos ingresar directamente, por que nos avisan desde la ambulancia, le tomamos los datos y lo hacemos ingresar.

También hay muchas demandas espontáneas, cuando es un estado gripal o algo simple los mandamos a Azcuenaga que hay consultorios.

¿Pueden identificar características comunes en las personas que consultan en la guardia?

Lo que pasa que acá no se ven muchos casos, si se nota a lo mejor en la gente del PAMI viene solos o cuando vienen acompañados por un familiar, y no saben nada, capaz que hace tres días que no come, por lo general esas situaciones se ven el domingo. Los hijos quizás lo ven el domingo, se encuentran con su familiares que no comen hace tres días, tienen vómitos hace cinco días que esta con diarrea. Se desesperan, porque tal vez lo van a ver solo los domingos y en toda la semana a lo mejor ni se ocuparon en llamar, llegan acá desesperados y quieren que el medico no demore.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Tuvimos una prueba el año pasado, y para mi fue buena. Nosotros a veces no nos damos cuenta, estamos poco con el paciente, no hablamos mucho, nosotros lo recibimos y nada más.

En cambio la derivadora ella si se da cuenta, detecta tal vez cuando vienen solos o cuando vienen muchas veces, o si vienen en ambulancia a veces nos acercamos hablar con el paciente.

Bibliografía:

- ABEL, Lidia; RIOS, Camila; SUARDIAZ, Clara; (2006). “Interrogantes acerca de la practica profesional en el dispositivo de guardia del servicio social del Hospital Intersocial Especializado de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn”. Universidad Nacional de Córdoba.
- ABUELAFAIA, E; BERLINSKI, S; CHUDNOVSKY, M ;PALANZA, M; RONCONI,L; SAN MARTIN,M; TOMMASINI, M. (2002) “El funcionamiento del sistema de salud Argentino en un contexto federal”. Centro de estudios para el desarrollo institucional. Documento 77.
- ACUÑA, Carlos; CHUDNOVSKY, Mariana. (2002).“EL Sistema de Salud en Argentina”. Documento 60 Marzo.
- AGUIRRE, V.; CABRERA M.; MONETTA L.; POMBO A.; SANCHEZ, M.; (2011) “La intervención profesional en una guardia hospitalaria ante situaciones de violencia basada en genero en la pareja. Hospital General de Agudos D. F Santojanni.
- ALAYON, Norberto. (1992). “Historia del Trabajo Social en Argentina”. Ed. Espacio.
- ALVAREZ, A; REYNOSO, D (1995) “Médicos e instituciones de salud”. Ed. H.I.S.A. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- ANDER EGG, Ezequiel (1990). “Del ajuste a la transformación; apuntes para una historia del Trabajo Social”. Cuadernillos de Trabajo Social No.10, Editorial Librería Ecro.
- ASE, I.; BUNIJOVICH, J.; (2009) “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”. Salud colectiva. Buenos Aires.
- BALDERAS PEDRERO, M. (2009) “Administración en los servicios de enfermería”. Quinta edición. Editorial Mc Graw – HILL INTERAMERICANA.
- BALLIRO, Nancy; (2011) “Organización de la atención de la salud” Programa de Formación Básica en Salud Publica. Eje numero 3. Secretaria de salud de Chubut.

- BOURDIEU, P. (2003). "Creencia artística y bienes simbólicos. Elementos para una sociología de la cultura". Grupo editorial Aurelia. Rivera. Buenos Aires.
- CANIZZAGA, Susana; (1997). "El abordaje de la singularidad". Cuadernillo temático N°22. Universidad Nacional de La Plata.
- CARBALLEDA, Alfredo; (2008) "Salud e intervención en lo social" colección cuaderno margen. Editorial espacio. Buenos Aires.
- CARBALLEDA, Alfredo (2009) "Trabajo Social y padecimiento subjetivo". Colección Cuadernos de Margen. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- CARBALLEDA, Alfredo;(2010). "La intervención en lo social. Las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas". Artículo disponible <http://www.margen.org/carballeda/>.
- CARBALLEDA, A; BARBERENA, M. (2008) "Trabajo Social, Política Social y salud". Editorial Espacio. Buenos Aires.
- CASANOVA, María Mercedes; (2005). "Historia de la Asistencia Social en Europa". Universidad de San Carlos de Guatemala.
- CESILINI, G; GUERRINI, M; NOVOA, P. (2007) "La nueva pobreza en el ámbito hospitalario: de la indefensión al ejercicio de ciudadanía social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- CIFUENTES PATIÑO, R; GARTNER ISAZA, L; "La practica investigativa en trabajo social". Disponible en <http://www.aprendeonlinea.udea.edu>
- DI MARIA, Ana Clara. (2009). "La construcción del rol profesional en la guardia". Revista Margen. Edición N° 53.
- ETKIN Jorge, (2000) "Política, gobierno y gerencia de las organizaciones: acuerdos, dualidades y divergencias". Editorial Pearson Educación.
- FOUCAULT, Michel (2008) "El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica" Buenos Aires. Ed. siglo XXI editores Argentina.
- FRAGA, M.; MAURIN, C.; (2002) "La salud de Mar del Plata. Un abordaje desde el servicio de emergencia del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" y las unidades sanitarias" Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
- GILARDI, J; IAPICHINO, J; (2005) "Modalidades de internación en el Hospital Pedro de Elizalde". Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Publicación

de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Año 9 . N° 41 .

-GONZALEZ SAIBENE, A (1996) "El objeto de intervención profesional: un mito del trabajo social". Revista umbral, prácticas y ciencias sociales desde el sur. Santa Fe.

-ITUARTE, Amaya (1994). "El papel del trabajador social en el campo". Trabajo Social y Salud nº 20.

-KATZ, Ignacio (2003) "La formula sanitaria: claves para una nueva gestión". Ed. Eudeba.

-KIRCHENER, Alicia (2010). "Políticas sociales del bicentenario: Modelo Nacional y Popular". Tomo 1. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

-KISNERMAN, Natalio (1986): "Asistencia individualizada y familiar." Tomo 7. Editorial Humanitas. Buenos Aires.

-KISNERMAN, Natalio (1998). "Pensar el Trabajo Social: Una introducción desde el Construccionismo". ED: Humanitas. Buenos Aires.

-LOPEZ ESTRADA, R; JEAN-PIERRE, D. (2011) "La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social". Revista Margen N°61. Buenos Aires

-LOPEZ, Susana (2006). "El sistema de salud Argentino". Material para la materia de medicina social. Facultad de Trabajo Social. UNLP.

-MONDRAGON L.; TRIGUEROS, I (1999). "Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud". Siglo veintiuno editores. España.

- M. S. Bs. As. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2010) "Inauguran obras y equipamientos por mas de dos millones de pesos en el hospital de San Juan de Dios de La Plata". Área de Prensa.

- M.S.P. Ministerio de salud dirección regional de salud de Cajamarca.(1997) Modelos de atención en salud . Publicado en M Convenio Multilateral Perú - Holanda - Suiza y la Dirección Regional de Salud Cajamarca en el período.

-M.S.P.S. Ministerio de sanidad y Política social. (2010). "Unidad de Urgencias Hospitalarias: Estándares y recomendaciones". Informes, estudios, investigación. Paseo del Prado. España.

- MUGARZA, Fernando (2011). "El sector sanitario privado ofrece oportunidades que favorecen la innovación en gestión sanitaria". Congreso Nacional de Hospital n°17. Instituto para el desarrollo e integración de la sanidad. Madrid.
- OLIVIA, Andrea Antonia. (2006). "Antecedentes del Trabajo Social en Argentina: Asistencia y educación sanitaria". Tesis de Doctorado del Programa de Postgraduación en Servicio Social de la PUC-SP. Brasil.
- PARRA, Gustavo (1999) "La institucionalización del Trabajo Social. Antimodernidad y Trabajo Social". Bs. As. Secretaria de Bienestar y Extensión universitaria. Dpto. De publicaciones e imprenta.
- RENNA, Oscar (2009) "La gestión hospitalaria". En: Revista Médica Universitaria, Vol. 5, N° 2
- ROSSI, M.; RUBILAR, A. (2005) "Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de Salud. El caso Argentino: una historia de fragmentación e inequidad". Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.
- ROVERE, M (2004) "La salud en la Argentina: alianza y conflictos en la construcción de un sistema injusto" publicado en la revista electrónica la esquina sur.
- ROZAS PAGAZA, Margarita:(1998) "Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en Trabajo Social". Editorial Espacio. Buenos Aires.
- SALAME, C; CASTAÑEDA, M; (2009) "Evolución de la Formación Profesional en Trabajo Social en Chile". Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
- SALTAMACCHIA, H. (1992) "Las entrevistas semiestructuradas" en movimientos sociales, identidad y narrativa contra-hegemónica. Investigación cualitativa en sociología y ciencias políticas. Cuaderno de investigación. Buenos Aires.
- SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ, Collado F.; y BAPTISTA, Lucio P. (1991) "Metodología de la investigación" MC Graw-Hill Interamericana México D F.
- SCHUTZ Alfred. (1995) "El problema de la realidad social". Editorial Amorrortu. Buenos Aires

- SECADES FERNANDEZ, P;(2009) “La transformación de la sanidad Argentina como consecuencia de la inmigración europea de los siglos XIX y XX. Nuevas arquitecturas para una nueva realidad social”. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3755303.pdf>
- TAYLOR S, J. y BOGDAN, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significado*. Editorial Paidós.
- TOBAR, Federico. (2001). “Herramientas para análisis del sector salud”. Medicina y Sociedad. Volumen 23.
- TOMEY, Marriner (2009) “Guía de gestión y dirección de enfermería” octava edición. Editorial EISEVIER. España.
- TROIANI, María (2011) “La identidad profesional del trabajo social en la guardia de urgencia” Hospital General de Agudos. “Dr. Cosme Argerich”.
- VEGA, M. (1997) “El Trabajo Social en América Latina. Balance, retos y perspectivas”. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica Biblioteca Virtual de Trabajo Social <http://cariari.ucr.ac.cr/~trasoc/trabsoc.html>.
- VELEZ RESTREPO, O. (2005). “Reconfigurando el trabajo social”. Editorial Espacio.
- WILLIAMS Guillermo (2010) “calidad de los servicios de salud” *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Dirección de Programas y Servicios de Atención de la Salud - MSAS*