

2003

Una aproximación a la problemática de los pacientes sociales : un abordaje desde el servicio social

Medvescig, María Florencia

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1027>

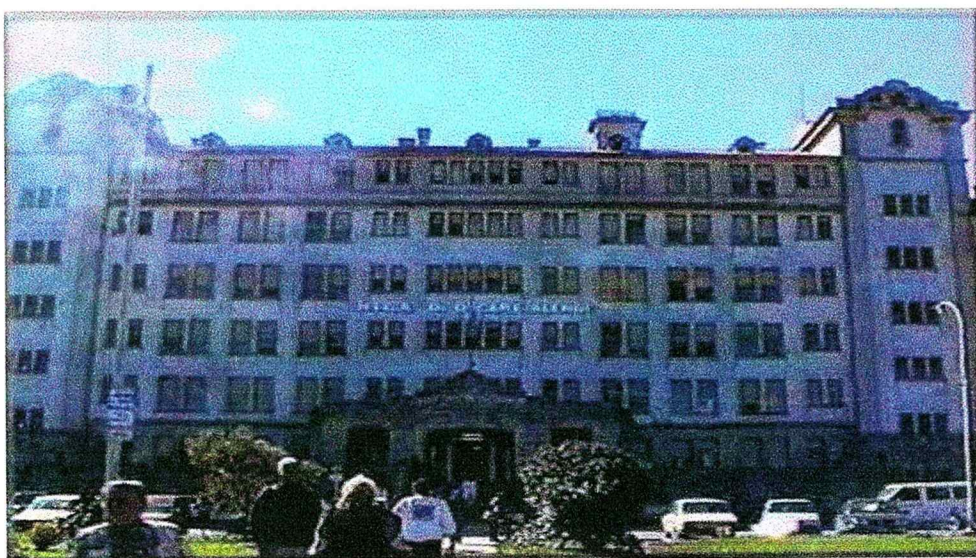
Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Una aproximación a la problemática De los “pacientes sociales”

Un abordaje desde el Servicio Social

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.



Hospital General Interzonal de Agudos
Dr. Oscar Alende.



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

TESIS DE GRADO.

Título:

Una aproximación a la problemática de los “pacientes sociales”.
Un abordaje desde el Servicio Social.

Tema:

Problemática en torno a pacientes sociales en el H.I.G.A. Dr. Oscar Alende.

Alumna: María Florencia Medvescig.

Matrícula: 4574/98

Directora: Lic. Marisa Burlastegui.

Co-directora: Lic. Cecilia Maurin.

Diciembre de 2003.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inven 2322	Signatura top
Vol	Edición: 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

AGRADECIMIENTOS.

Llegó este momento tan esperado y es inevitable reflexionar que sin mucha gente esto no hubiera sido posible o, en todo caso, hubiese sido muy diferente.

Quiero agradecer a mi familia; mis padres, mis abuelos y mis hermanos; quienes estuvieron presentes y me acompañaron siempre, guiándome en las pequeñas y grandes cosas de la vida, haciendo de mí, la persona que hoy soy.

A todas mis amigas, a las que me acompañan desde la infancia y a las que conocí en la facu (las tiburonas!!!), con quienes compartí momentos felices y no tanto, pero que nunca me hicieron sentir sola.

A Marisa quien con su asesoramiento, guía y apoyo enriqueció este trabajo.

A todas las chicas del hospital, sobre todo a Ceci y a Gabi, quienes me enseñaron que para ser buen profesional hay que tener un corazón enorme y en quienes encontré no sólo asesoramiento y enseñanzas, sino grandes personas y amigas.

A Martín, con quien comparto mi presente y todos mis anhelos, y que en este último tiempo me ayudó a salir adelante y a sentir que la felicidad es algo de todos los días.

En fin este agradecimiento es a todos los que me tuvieron paciencia e hicieron posible que hoy pueda ser feliz, no sólo por haber llegado a cumplir esta meta tan importante y anhelada en mi vida, sino también por sentir que la puedo compartir con tanta gente que quiero.

ÍNDICE.

	Pág
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	8
Concepto de Salud	9
Situación socioeconómica y desigualdad social como factores de riesgo.	14
La interrelación hombre-medio: determinante de la salud.	14
Situación Socioeconómica y salud.	15
Desigualdades Sociales y Salud.	20
Situación socioeconómica actual. Sus consecuencias en el ámbito de la Salud.	25
Aumento de la pobreza y las desigualdades en la población.	26
Situación Nacional y Local.	29
La situación de la Salud.	30
Salud Pública.	32
Concepto.	32
Promoción de la Salud.	34
Rol del Estado.	35
Políticas de salud y Sistema Sanitario Nacional.	37
Transformación de las Políticas Sociales.	37
Consecuencias la definición de las Políticas de Salud.	
Privatización y descentralización.	38
Establecimiento de políticas de salud en Argentina.	39
Sistema de Salud Nacional.	41
El Hospital Público Argentino.	43
El Trabajo Social en el ámbito de la Salud.	49
Consideraciones generales.	49
Proceso metodológico en la Intervención Profesional.	53
Trabajo Social en Salud.	54
Trabajo Social Hospitalario.	56

Intervenciones específicas del Trabajador Social Hospitalario.	59
TRABAJO DE CAMPO.	64
Aspectos Metodológicos.	66
Investigación en el ámbito de salud.	66
Características específicas del trabajo.	67
Caracterización Institucional.	70
Características del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”.	70
Características, funciones y desempeño del Servicio Social del H.I.G.A.	74
Desempeño del resto de los servicios hospitalarios en relación a los pacientes sociales.	80
Instituciones de la zona de influencia del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” que representan una alternativa viable para la externación de los pacientes sociales.	82
Investigación y Estudio de Caso.	85
Datos demográficos.	85
Caracterización socioeconómica.	88
Grupo social continente.	89
Caracterización según estado de salud e internación.	91
Cotidianidad	93
Estudio de casos concretos.	95
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.	108
BIBLIOGRAFÍA.	115
ANEXO.	119
Tratados internacionales y el reconocimiento de la Salud como Derecho.	120
Derechos de los pacientes	121
Orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS	122

Proyecto: Hogar la Quinta	124
Proyecto sala Diurna de Sociales	128
Convenio de ingreso en geriátricos privados de la ciudad de Mar del Plata de pacientes sociales internados en el HIGA.	130
Planilla para sistematizar los datos obtenidos.	133
Artículos de diarios.	137

INTRODUCCIÓN.

Durante el año 2002 realicé mi pasantía de pre-grado, correspondiente a la Cátedra de Supervisión del último año de la carrera de Lic. en Servicio Social, en el área de Clínica Médica del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"¹. En dicha experiencia pude observar la presencia de pacientes que presentan condiciones de alta médica y que se encuentran imposibilitados de externarse. Los mismos son denominados desde el equipo de salud como "pacientes sociales".

Teniendo en cuenta el contexto socio económico en el que se encuentra en la actualidad el HIGA de Mar del Plata, y a partir del deterioro de la calidad de vida que se presenta en general, existe un notable aumento en la cantidad de estos pacientes. *Permanecen...*

Su permanencia en el hospital se presenta por diferentes causas: en algunos casos, si bien no presentan ningún tipo de patología su situación socioeconómica impide la cobertura de necesidades básicas, lo cual conlleva a un deterioro del estado de salud en general. En otros, si bien no poseen criterios de internación, presentan algún tipo de patología que debe ser sometida a un tratamiento ambulatorio y/o a cuidados especiales en cuanto a acompañamiento, higiene, alimentación, entre otros. Dicho tratamiento se encuentra limitado no sólo en relación a la carencia de medios económicos para costear insumos (sillas de ruedas, muletas, medicamentos, pañales, traslados al hospital, etc.), acondicionar sus viviendas y/o alimentarse de manera óptima, sino también a la carencia de redes de contención familiar que los acompañen en sus patologías y que colaboren en relación a sus limitaciones para realizar las tareas de la vida diaria. *no lo, y aparte*

En ambos casos, si se concreta la externación se visualiza la presencia de reiterados ingresos, deteriorándose cada vez más su estado de salud, concluyendo en internaciones de prolongada duración, las que implica riesgos tanto para la institución como para el paciente. *reiteración (sólo)*

En el primero de los casos las consecuencias que se visualizan se evidencian en múltiples aspectos, ya que un hospital de alta complejidad no posee las condiciones óptimas para la atención de enfermedades crónicas como las padecidas por gran parte de dichos pacientes, debido a que las mismas requieren de un tratamiento prolongado que no responde a la especificidad de la institución. En consecuencia dicha situación provoca desgaste físico y

¹ De aquí en adelante cuando se haga referencia al Hospital Interzonal general de Agudos "Dr. Oscar Alende" se mencionará HIGA.

mental en el recurso humano de la institución afectando el desarrollo laboral del personal respecto del resto de los pacientes, sumado a que, al no poder ofrecer respuestas favorables, se produce en ellos una vivencia de frustración y desánimo.

En cuanto a la persona que se encuentra internada sin presentar las características para su permanencia en una institución de alta complejidad, se visualiza como consecuencia la tendencia a desmejorar tanto en su estado anímico como en el físico, ya que al encontrarse rodeado de otros enfermos y con una movilidad limitada, lleva a la dependencia en cuanto al cuidado de sí mismo y a la cronicidad de la enfermedad, no sólo corriendo el riesgo de adquirir enfermedades intra hospitalarias, sino de presentar consecuencias negativas en relación a la vida social, ya que se vulnera el reconocimiento de la autonomía y la autodeterminación de la persona como ser humano libre de decidir sobre su propia vida.

Es importante destacar que actualmente en la ciudad de Mar del Plata no existe respuesta institucional oficial para estos pacientes y las instituciones que se encuentran capacitadas para dar una respuesta parcial se encuentran limitadas, ya que, a partir de la presencia de enfermedades crónicas en gran parte de dichos pacientes, los hogares para pacientes crónicos existentes son de carácter privado y en el caso de los pacientes mayores de 65 años el Hogar de Ancianos Municipal se encuentra con su capacidad sobrepasada y con una lista de espera sobredimensionada. A estos hechos se les suma que para esta última institución los pacientes deben ser auto válidos, teniendo como dificultad por un lado, que no todos cuentan con esta característica, y por otro los que poseen tal capacidad se deterioran físicamente durante la internación, por lo antes expuesto, de manera tal que en el momento de externación no se encuentran en condiciones.

A partir de lo expuesto anteriormente se realizará un análisis de los pacientes que se encuentran internados en el HIGA, que presentan condiciones de alta médica y no poseen posibilidades de externación, con el fin de establecer una definición y descripción del concepto de "paciente social".

Para el logro de dicho análisis, este trabajo comenzará con el desarrollo del Marco Teórico Referencial, el cual guiará el Trabajo de Campo y finalmente se expondrán las conclusiones y propuestas.

A partir de la complejidad y multicausalidad de la situación a categorizar, el Marco Teórico constará por un lado con las definiciones de los conceptos de Salud. Luego definirá la situación socioeconómica y la desigualdad social como factores de riesgo, haciendo hincapié en cada uno de ellos. A continuación se detallará la situación socioeconómica de Latinoamérica

¿ el desajuste prof.?

¿ de ag. de?

ya plantea las consecuencias

ja - ja, ja

riten
dia reg ya que

Da por supuesto
que son paciente
autón?

→ pobre como
formulación, solo
del concepto? o
descripción del
universo? o de
los seleccionados?

como contexto y de Argentina en particular, específicamente, con relación a su influencia en el estado de salud de la población.

pasa al presente

Luego se establece la definición de la Salud Pública, determinando la importancia de la promoción de la salud y el papel que juega el Estado dentro de la misma.

Culminando se desarrollará la situación política actual terminando con la descripción del sistema de salud y políticas sociales en nuestro país, especificando las características del Hospital Publico.

Por último se desarrollarán los conceptos relacionados a la profesión del servicio social, en general, especificando el rol y funciones del mismo en el ámbito de salud, sobre todo el hospitalario.

¿que hospitalario? ¿el ámbito?

El Trabajo de Campo será dividido en dos etapas. En la primera se realizará un análisis institucional, caracterizando al HIGA, al Servicio Social de la Institución y al resto de los servicios hospitalarios que desempeñan diferentes labores con los pacientes sociales. A su vez se realizará un relevamiento de instituciones de la Zona Sanitaria VIII que representen una alternativa viable para la externación de los pacientes sociales internados en el HIGA.

En la segunda etapa se realizará una Investigación y estudio de casos. En la cual se seguirán los siguientes pasos:

- Caracterización de los pacientes sociales y su entorno.
- Caracterización de la internación de los mismos.
- Estudio de casos concretos.

Finalizando el trabajo se realizará una exposición de las conclusiones arribadas definiendo el concepto de "paciente social" y anexando, a su vez, diferentes propuestas de acción.

*No desarrolla la situación como tal sino que desarrolla una visión acerca de...
- Reitera 'desarrollo'
- Otra vez se realiza en 'contexto'*

Marco Teórico

Referencial.

- CONCEPTO DE SALUD -

"La salud es un estado tal que capacita o facilita al ser humano a encarar positivamente los desafíos de la vida, luchando con energías para superar las dificultades de cada situación concreta. Porque el hombre verdaderamente saludable no esta, no quiere estar solo ni aislado, sino formando parte de un proyecto colectivo, comunitario y socio – cultural en el cual desplegar sus ricas posibilidades espirituales".²

La salud, desde una postura humanista, es un bien colectivo, un bien esencial para que los miembros de una sociedad ejerzan completamente sus capacidades y funciones eficientemente en la sociedad y ejerzan su libertad para vivir una vida adulta y cabal.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se promulgó con la Carta Fundacional de la OMS el 7 de abril de 1946, y sostiene que *"la salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad"*. Supone un avance con respecto a la reducción organicista, ya que presenta varias ventajas, pero también se han apreciado en ella inconvenientes. *¿cuáles?*

Posteriormente en Alma-Ata, la OMS definió a la salud como "El perfecto estado de bienestar físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual", desarrollando así el carácter potencial del dicho bienestar presente en todos los seres humanos. *1948*

Alma ATA = 1978.

² UNESCO – FNUAP. "Niña – Madre. Guía del facilitador – Adolescentes: Ayudándolos a conocerse, mejorar su salud y convivir en Familia." Venezuela 1993

Ventajas e inconvenientes de la definición de Salud de la OMS.³

Ventajas	Inconvenientes
Expresa la salud en términos positivos	Utópica y poco realista: en esta vida nunca se da el perfecto bienestar
Intenta incluir todos los aspectos relevantes para la salud en la vida humana	Subjetiva: equipara bienestar a salud
Hace un planteamiento optimista y exigente	Poco operativa: resulta difícil medir así la salud

Milton Terris corrige la definición de la OMS definiendo dos aspectos en la salud:

- uno subjetivo (sensación de bienestar)
- y otro funcional u objetivo (capacidad de funcionar).

Una persona puede encontrarse sana, pero tener una enfermedad o lesión. Por otro lado puede haber personas en las que no se encuentre ningún signo patológico, y sin embargo ellos se consideren enfermos. Se pueden establecer varias escalas continuas: la subjetiva; la objetiva-social; la objetiva-patológica.

La **concepción subjetiva** de la salud se relaciona con la sensación de bienestar o malestar (dolor). Es la que determina la demanda y el uso de la asistencia médica, pero es el médico el que determina los servicios que el paciente debe recibir.

Amando de Rodríguez⁴, manifiesta que la salud empieza siendo un sentimiento, una apreciación subjetiva. Por lo tanto hay tantas variedades como individuos de sentirse saludables o enfermos.

Cada sujeto intuye negativamente que estar sano equivale a no sentir el cuerpo de la manera especial que lo siente un enfermo. En la práctica se considera que salud equivale a no sentir dolor. A la salud contribuyen muchos factores: la constitución orgánica, la conducta.

³ "Concepto de Salud y sus determinantes. Conceptos de Medicina Preventiva y salud pública". www.unav.es/preventiva/pagina/archivosadjuntos/primeraclaseconceptos.doc

⁴ Amando de Miguel Rodríguez, "Calidad de vida y cohesión social". "Seguridad y salud: aspectos sociológicos". Salud y sanidad. Ponencia en el Congreso de Ciudades saludables. Universidad Complutense de Madrid.

individual, las facilidades del medio y la acción de diferentes organizaciones con ánimo terapéutico.

Las personas que se consideran con una salud deteriorada suelen ser más temerosas, pesimistas o resentidas respecto del orden social. Implícitamente, es la sociedad en general, quien tiene la culpa de las dolencias de cada uno.

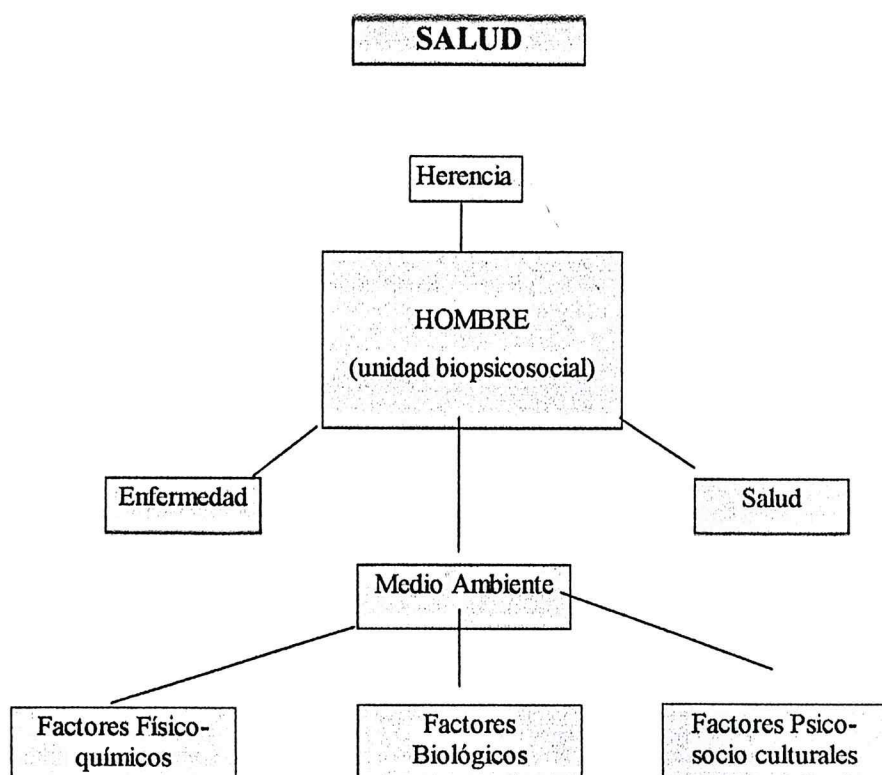
La **concepción objetiva** establece que la salud es la resultante de criterios de las personas que nos rodean respecto a nuestra situación en relación con una serie de normas aplicables a los diversos niveles en los que se estructura el hombre:

- Nivel físico químico
- nivel biológico
- nivel psicológico
- nivel sociocultural

Alvin Tarlov, en 1992, basándose en la teoría de sistemas, desarrolla un modelo de entradas y salidas para explicar los factores que determinan el estado de salud de la población (funciones de entrada). Las funciones de salida serían las consecuencias personales y sociales de optimizar la salud de las poblaciones.

No plantea una clara evolución en el concepto de salud

A partir de las diferentes definiciones se concluye:



Sumado a las definiciones anteriores, se debe tener en cuenta que muchas veces se define a la **salud como derecho**. *"...es un derecho fundamental de todos los seres humanos... implica que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los medios económicos que disponga la persona para pagar los servicios"*⁶

Carlos Eroles sostiene, que *"si todos los seres humanos tienen derecho, un derecho inmutable y universal, que les permite desarrollar, crear y recrear sus capacidades con el fin de satisfacer sus necesidades en la sociedad, en el ámbito de la Salud, toda práctica*

⁶ Tulio, Ángel A., en "Trabajo Social y Derechos Humanos. Su relación con la Bioética". Carlos Eroles. Revista de Trabajo Social. Año III N° III. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Bs. As. La Plata. Agosto - 2000.

institucional o profesional, debe adecuarse a las exigencias de respeto y valorización de derechos humanos”⁷.

En nuestro país, durante el ministerio del Dr. Ramón Carrillo (1952-1958) se definió a la salud como derecho individual y social, teniendo el eje de su conducción la garantía del acceso a la atención, a la promoción y protección y al respeto de las libertades individuales y sociales, definiendo a la salud como política de estado.

Si bien dentro de las prioridades nacionales en salud, se reconoce a la salud como derecho, actualmente no hay legislación específica sobre el tema.

La Constitución Nacional no hace referencia explícita sobre la Salud⁸, sino a través de los reconocimientos de tratados internacionales. En ellos se habla de las responsabilidades de los países adherentes para garantizar el estado óptimo de salud de los habitantes, asegurando el acceso a los servicios sobre la base de principios de equidad, universalidad sin ningún tipo de discriminación y con la participación de diferentes actores sociales.⁹

En la Constitución de la Provincia de Buenos Aires se encuentra explícito dentro del art. 36 “La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos, sosteniendo el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico dependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud...”¹⁰. En el mismo artículo se mencionan derechos a la salud de grupos especiales de riesgo.

La Ley provincial de descentralización hospitalaria, en el art. 4 habla sobre los principios básicos de universalidad, equidad, accesibilidad y gratuidad de la atención en los Hospitales Públicos, enumerando los derechos de los pacientes.¹¹

⁷ Carlos Eroles, “Trabajo Social y Derechos Humanos. Su relación con la Bioética”, Revista de Trabajo Social. Año III N° III. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Bs. As. La Plata. Agosto - 2000.

⁸ Sólo en el art. 42 de la Constitución Nacional habla de los derechos de los consumidores y usuarios de servicios, mencionando “protección de la salud”, “información adecuada y veraz”, “libertad de elección” y “condiciones de trato digno y equitativo”.

⁹ Ver anexo I.

¹⁰ Art. 36 inc. 8 Constitución de la Provincia de Buenos Aires.

¹¹ Ver anexo II.

*¿y los recursos escasos?
¿todo a todos?
¿prioridades?
¿sale de la utopía?*

- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DESIGUALDAD

SOCIAL COMO FACTORES DE RIESGO -

*"El principal factor que reduce años de vida saludable es la pobreza y sus consecuencias....mucha gente se enferma porque es pobre y es pobre porque se enferma"*¹²

La interrelación hombre-medio: determinante de la salud.

"Todo criterio de salud reúne una concepción del hombre y la historia que lo fundamenta. De esta manera puede entenderse al hombre en una actividad transformadora que tiene su motor en la necesidad y donde la elaboración de un criterio de salud significa el análisis de las formas de relación del hombre con el mundo. El sujeto es sano en la medida que aprende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización y tiene capacidad para transformarlo, modificándose, a su vez, él mismo. El sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada"¹³.

aprehende

"En la representación social de sentido común la enfermedad es un fenómeno destructivo. La enfermedad está relacionada con la pérdida del rol social, con la dependencia de otro y con la angustia. La pérdida del rol social que ella implica se asocia a la exclusión de la vida social, a la soledad y a un sentimiento de aniquilamiento"¹⁴

La recuperación de este rol social es uno de los mayores desafíos en la recuperación de la salud de un individuo.

*Esto es claro p/
este trabajo*

Estas definiciones evidencian el papel que juega la interacción del hombre con su medio en la determinación del estado de salud. El hombre es un ser social por naturaleza, por tanto debe estar integrado en la colectividad que le rodea y mantener relaciones armoniosas con ella. Dicha integración constituye un factor de salud o enfermedad.

¹² Board on International Health. Institute of Medicine. "America's Vital Interest in Global Health. Protecting our people, Enhancing our economy, and advancing our international interest" Washington, National Academy Press, 1997. <http://www.nap.edu/readingroom/books/avi/>.

¹³ E. Pichón Riviere, en "La recuperación del trabajo, un camino en la recuperación de la salud. Implicancias psíquicas, físicas y sociales de la inserción laboral en pacientes bajo programas de atención de salud en la Provincia de Buenos Aires". Hartfiel, M. Isabel; Kuravsky, Rosana. <http://www.clacso.edu.ar>

Como se detalla anteriormente, la noción actual de salud integra los niveles individual, social y medioambiental. Las personas son seres activos, que no sólo se hallan influidas por su ambiente, sino que ellas mismas, de forma individual y colectiva, van configurando su propio ambiente que a su vez los influye.¹⁵

Esta interrelación del hombre y su medio, lleva a analizar las determinaciones y condicionantes que éste último posee sobre el concepto de salud y enfermedad:

- La herencia: biológica, capacidad de adaptación al medio en constante cambio.
- Medio ambiente ecológico: determina la vida como una lucha continua con los organismos para adaptarse al medio. El medio ambiente es productor de salud o generador de enfermedad. La salud estará en función a la relación del sujeto con su medio ambiente.
- Contexto cultural: la educación para la salud incide en esta dimensión. Salud y enfermedad están ligadas a los modos de vida y no pueden ser aisladas del contexto en el que se producen.
- El orden económico: la alimentación, el alojamiento y el trabajo, son pilares básicos de la salud (OMS, 1981). Expresan el factor económico, causante de grandes desigualdades en salud. La pobreza sigue siendo el freno al desarrollo humano y con ello la causa principal de enfermedad, pero el crecimiento económico por sí mismo no acarrea de mejor situación sanitaria, si no se acompaña de medios apropiados para contener esos efectos y para favorecer el desarrollo social. (UNICEF, 1979)

Ante lo expuesto se observa como, tanto la situación socioeconómica, como las desigualdades en salud, se constituyen en factores de riesgo para la salud de los seres humanos. Definiendo estos factores como *“características detectables en individuos o grupos, sin ser necesariamente las causales, asociadas con una mayor probabilidad de sufrir un daño en la salud”*¹⁶.

Situación Socioeconómica y salud.

El concepto de *enfermedad social* se refiere al origen de la enfermedad, cuyas causas radican en la propia estructura y organización de la sociedad y que se acentúa con las desigualdades sociales.

¹⁴ Ídem cit. 13.

¹⁵ M. Dolores Buesquets y otros. “Los temas transversales”. Ed. Santillana, 1995.

Toda enfermedad es un fenómeno social porque tiene orígenes sociales, factores sociales que influyen en su evolución y consecuencias, no sólo para el individuo, sino para toda la sociedad; no obstante hay enfermedades que adquieren mayor o menor importancia en relación con algunos factores:

- tasa de morbilidad (frecuencia de la enfermedad en la población)
- distribución de la morbilidad
- mortalidad (porcentaje y selectividad)
- cronicidad, la cual produce: invalidez, incapacidad laboral, baja del poder adquisitivo, reducción de la producción, los gastos prolongados de las atenciones médicas, gastos de rehabilitación, etc.
- tipo y grado de incapacidad que deja la enfermedad
- las posibilidades de extenderse (infecciosas y contagiosas, y desnutrición por falta de alimentos).
- enfermedades hereditarias y congénitas
- la etiología de la enfermedad, en relación a los factores sociales causales de enfermedad.
- la existencia o carencia de tratamientos preventivos, curativos y de rehabilitación está relacionada con la importancia social de la enfermedad: si no hay tratamiento, la enfermedad adquiere mayor gravedad social.
- la forma como la sociedad provee a la población de servicios de prevención y protección de la salud y de tratamiento a la enfermedad, agrava o disminuye la importancia social de la enfermedad.

El Dr. René Favaloro¹⁷ sostiene que los pobres a menudo requieren una atención más intensiva y costosa que los pacientes con más recursos, tendiendo a haber menor seguridad en el resultado del tratamiento que se les brinda.

El autor postula un análisis de la situación socioeconómica como factor de riesgo, demostrando que los siguientes factores influyen en la mortalidad:

1. Educación: cuanto más alto el nivel de educación, más baja es la mortalidad;

¹⁶ Redi, Cristina. Ficha de cátedra de la materia Medicina Social y Preventiva. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. 1998.

¹⁷ Favaloro, René. "Homenaje a Paul. D. White. Panorama de la práctica actual de la medicina y de nuestra sociedad". 1º Congreso Virtual de Cardiología. Conferencias de Miembros del Comité de Honor. 1999

2. Ingreso: hay una clara relación inversamente proporcional entre el ingreso familiar y el riesgo de muerte.
3. Ocupación: existe una relación inversamente proporcional entre nivel laboral y la presencia de todas las causas de muerte.
4. Empleo: el desempleo aumenta claramente el riesgo de muerte.
5. Condiciones de vida: las observaciones indican que las condiciones de vida tienen una gran influencia en la incidencia de mortalidad.

La atención de los pacientes de los niveles socioeconómicos más bajos se traduce en internaciones más largas y mayor empleo de recursos, con las consecuentes implicancias para los hospitales que brindan atención a una cantidad considerable de personas pobres.

La morbilidad de los factores sociales parte de: el aislamiento, la soledad, la marginación social, el rechazo social y el desempleo, y otras formas de trastornos del ser humano con la sociedad.

Los estilos de vida integran el comportamiento individual con el contexto cultural que lo modela y determina. Éste se caracteriza por ciertas manifestaciones de la cultura como vivienda, alimentación, vestido y tecnología y se manifiesta en determinadas formas y estructuras (familia, grupos de parentesco, redes sociales, instituciones políticas y religiosas). A su vez se expresa en el conjunto de ideas, valores y creencias que determinan o modelan el proceso de salud-enfermedad y las respuestas frente a los distintos sucesos de la vida.

El estilo de vida depende del grado de vulnerabilidad individual, niveles riesgo a los que se está expuesto, factores en riesgo que se posee y factores protectores¹⁸ que ejercen su acción. La combinación de todas estas variables nos llevan a la salud o enfermedad.

Es importante analizar el estudio que Lalonde realizó en su informe "Nuevas perspectivas sobre la salud". Este análisis otorga un papel preponderante a los estilos de vida como determinante de salud, al comparar la proporción de muertes atribuibles a cuatro grandes grupos de causas con los fondos económicos dedicados a luchar contra ese determinante.

En sus resultados se demuestra que es mínimo el porcentaje de gasto (1,2%) dedicado a los factores de estilo de vida que son los que tienen la mayor repercusión sobre la mortalidad (43%).

¹⁸ Ídem cit. 16

La tabla siguiente ayuda a comprender la relativamente poca importancia del sistema de asistencia sanitaria como determinante de la morbilidad y mortalidad.

Distribución de la mortalidad según sus causas y la proporción de gastos federales asignados al sector sanitario en los EE.UU. Periodo 1974-76.

	Mortalidad	Gastos
Sistema Asistencia Sanitaria	11%	90,6%
Estilo de vida	43%	1,2%
Medio ambiente	19%	1,5%
Biología humana	27%	6,9%

A pesar del escaso peso como determinante de salud, la proporción de gastos asignados al sistema de atención sanitaria suele ser en todos los países superior a los destinados a los restantes determinantes. Los avances en biomedicina en las tres últimas décadas están abriendo muchos nuevos frentes y hacen replantearse al alza el porcentaje de mortalidad que podrán atribuirse a factores modificables de la biología humana en el futuro. No obstante, actualmente el papel preponderante sigue siendo el de los estilos de vida.

Para conseguir estilos de vida sanos la principal herramienta es la educación para la salud. La inversión en promoción de salud es mínima y la educación para la salud sigue siendo una gran asignatura pendiente.

A fin de evidenciar dicha situación en nuestro país se presentan los estudios de la OPS ¹⁹ sobre las principales causas de muerte de la población argentina, en la que se puede observar que las enfermedades cardiovasculares, las tumorales, las infecciosas y las ocasionadas por accidentes, suicidios y homicidios, (causas externas) fueron en 1997 responsables de más del 70% del total de las defunciones en la Argentina.

Estas causas tienen fundamentalmente su etiología en el estilo de vida.

Es estrecha la relación entre el estado de salud-enfermedad y el desarrollo socioeconómico de los pueblos. Gran parte del cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad del

¹⁹ Organización Panamericana para la Salud, "Situación de la equidad en salud, Argentina", 1999. <http://www.ops.org.ar/FuentesInfo/PublicacArg/Equidad>

último siglo, ha sido consecuencia de los cambios sociales y económicos producidos y no de los mayores recursos invertidos en los servicios sanitarios.

Factores de la salud que condicionan a los problemas sociales:

Como se desarrolló anteriormente, la calidad de la salud es causa y resultado de las relaciones sociales y personales. La idea de salud se vincula con la de solidaridad, participación e integración. Los procesos y mecanismos de evolución personal y grupal, la complejidad de las relaciones familiares e institucionales, sociales y comunitarias, son los mecanismos por los cuales se condicionan las actitudes y comportamientos.

Desde lo expuesto se pueden determinar los *factores de la salud que generan problemática social*:

- Enfermedades crónicas:
- Enfermedades transmisibles.
- Accidentes.
- Alcohol y drogas.
- Alteraciones mentales.

Factores sociales que generan problemas de salud

Asimismo existen *factores sociales que generan problemas de salud*. Las personas o los grupos que no tienen un determinado nivel de productividad-consumo o que no aceptan una serie de valores y normas establecidas por las clases dominantes son extraídos de la sociedad y marginados. Indicadores como el trabajo, frente-básica de ingresos, la educación, la salud, la vivienda precaria, nos llevan a diferentes grados de patologías sociales, como resultado de la acumulación de las carencias en las personas que padecen la precariedad económica y social.

o excluidos

Se dan factores desencadenantes de la marginación que conllevan problemas de salud:

- Factores personales o endógenos: origen en el individuo:
 - enfermos crónicos o incapacitados permanentes
 - accidentados con incapacidad grave
 - disminuidos psíquicos y sensoriales

- desviados de la conducta típica

Estos provocan circunstancias marginadoras:

- la incapacidad para el trabajo y la función económica
- dificultades para relacionarse socialmente.
- limitación de necesidades básicas para el desarrollo de la persona y su integración

social.

- Factores exógenos: están fuera del individuo, están en la sociedad misma.

• Familiares: es la clave para la formación de la conducta social. Se crean condiciones precarias para que se den problemas de conducta y de salud. El desarraigo familiar se asocia a peores estilos de vida y a menores niveles de salud. En cambio una institución familiar estable es un factor de promoción de salud.

• Culturales: analfabetismo, bajo nivel cultural, contraste de valores y de costumbres generadores de inadaptación y marginación y alteraciones en la salud física y mental. Casi todos los problemas importantes de Salud Pública son más frecuentes en personas con menor nivel educativo.

• Ambientales: el ambiente físico en el que viven las personas condiciona en gran medida la calidad y la duración de la vida. Diferentes ámbitos se relacionan con la vida y la salud de las personas, entre ellos el de la vivienda, el ámbito trabajo, el educativo, el recreativo y el ambiente público o el entorno natural. Las condiciones de la vivienda y los servicios de saneamiento básico relacionados con ésta tienen la mayor trascendencia, ya que en ella transcurre una buena parte de la vida de la población.²⁰

- Sociales: prejuicios étnicos y raciales
- Laborales y económicos: el desempleo, los salarios insuficientes, malas condiciones

laborales.

- Políticos

Desigualdades Sociales y Salud.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1999-2002". Washington, OPS; 1999.

En todo el mundo se exhibe una persistente situación de desigualdades que diferencian el acceso de la población a los beneficios de la sociedad según el nivel de educación y de ingresos, el lugar de residencia, el origen racial o étnico, el sexo, la edad y la ubicación laboral. Estas diferencias se expresan en la capacidad de participación en la vida política, en el nivel de satisfacción de las necesidades económicas, en las posibilidades de alcanzar niveles de educación básica o superior y, en términos de salud, en la probabilidad de sobrevivir o morir, en el riesgo de contraer enfermedades y en el acceso a los sistemas y servicios de salud.²¹

A pesar de que han mejorado en términos absolutos los indicadores sanitarios, las desigualdades en salud no sólo persisten, sino que incluso hay evidencias de que se han incrementado en los últimos años. (ano)

La declaración de Alma-Ata reconoce que la desigualdad en el estado de salud de la población, es política, social y económicamente inaceptable.

A su vez se definen como diferencias sociales que son innecesarias, evitables e injustas²².

Se pueden observar tres tipos de desigualdad en relación a la salud:

- desigualdad natural frente a la desigualdad social: concepción fatalista y azarista acerca de la enfermedad y la muerte.
- enfermedad como causa de desigualdad social: personas sanas (inclusión al sistema) y enfermas (marginación).
- la desigualdad en salud es la enfermedad y la falta de salud, consideradas como consecuencias de la desigualdad social.

A estas desigualdades y a su disminución se refiere la equidad que el sistema sanitario y las políticas sociales deben garantizar, tanto en el acceso a los servicios sanitarios como en el resultado de las intervenciones, de forma que disminuya la mortalidad y la morbilidad asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables.

El concepto de equidad en salud plantea dar más al que más lo necesite. Esto lo diferencia de la igualdad, que no siempre es equitativa. Este concepto está relacionado con:

- el concepto de igualdad,
- la justicia social,
- la ética de la atención equitativa,

²¹ Ídem cit. 20

²² Navarro V, Benach J Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. "Desigualdades sociales en salud en España". Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1996.

- los Derechos Humanos Universales,
- las oportunidades individuales de salud y de vida,
- las potencialidades individuales de salud.

El mantenimiento de la salud es en parte un asunto económico y las decisiones se toman en términos de rentabilidad de la inversión aun cuando en el plano legal pueda llegar a afirmarse el derecho a la salud como un bien fundamental protegido constitucionalmente.

En esta economización de la salud los débiles o marginados económicamente llevan la peor parte.

Una causante de estas desigualdades está en la división del trabajo tan profunda que existe actualmente, la que lleva a que sólo el que produce ^{recibe} el medio monetario con el cual acceder a otros bienes y servicios. Al enfermar, se pierde capacidad productiva, se deja de percibir dinero y faltan los medios necesarios para contratar atención médica a fin de recuperar la salud, pero se carece también de la capacidad de cumplir las tareas sociales de generar recursos para el sustento propio y de los dependientes. Se cree que el círculo vicioso sólo puede romperse si la sociedad en que se estableció este régimen productivo está dispuesta a subsidiar las falencias mientras el ciudadano enfermo no puede producir ni generar los medios para solventar su atención sanitaria.

En relación a la enfermedad las desigualdades de clase se reflejan en los siguientes aspectos:

- distinto conocimiento y actitudes en relación a la enfermedad y su cuidado,
- distinto riesgo de enfermar y distinto grado de enfermedades específicas,
- distinto grado de acceso a los servicios médicos,
- distinto tratamiento en el caso de enfermar,
- distintas probabilidades de curar,
- distintas probabilidades de obtener una plena rehabilitación y reinserción social,
- distintas probabilidades de morir antes de la edad media de vida.

Las posibles causas de estas desigualdades pueden enumerarse como:

- Las personas con mala salud tienden a desplazarse hacia las clases menos favorecidas y viceversa.
- Diferencias en comportamientos y/o conductas individuales (estilos de vida).

- Pertenencia a un entorno o ambiente social menos favorable (condiciones de trabajo, presión de consumo, etc.) en el que viven los grupos sociales desfavorecidos.

- Factores psicosociales, como el control sobre el trabajo, el estrés asociado a éste o la falta de apoyo social.

- Factores materiales (tipo de empleo, problemas económicos, condiciones de vivienda y del vecindario, etc.) y factores conductuales (consumo de tabaco, alcohol, actividad física, sobrepeso, etc.).

- Uso diferencial de los servicios sanitarios según el nivel socioeconómico.

Este último, dice que la capacidad de servirse del sistema sanitario público o privado, es inversamente proporcional a la necesidad objetiva de su atención, ya que no hacen uso de la atención sanitaria quienes más lo necesitan.

(cita)
La OMS en "Salud para todos en el Siglo XXI" sostiene que antes del año 2020 todos los países deberán haber introducido por medio de programas económicos, educativos, organizativos y comunitarios, estrategias que fomenten los estilos de vida saludables y eliminen los que son dañinos para la salud. A su vez establece como metas globales: un incremento en la esperanza de vida y en la calidad de vida de todas las personas; mejorar la igualdad respecto a la salud entre países y dentro de los países, y posibilitar el acceso de todos a un sistema sanitario y a unos servicios sostenibles.

Amando de Miguel Rodríguez sostiene que no se puede pretender la realización del objetivo de la Organización Mundial de la Salud: "salud para todos", es decir, sin desigualdades. Se trata de una utopía, como lo es hablar de "pleno empleo" en asuntos laborales. Lo positivo es que tiene el atractivo y la fuerza de movilizar los recursos en la dirección adecuada. *"Es claro que no dejará nunca de haber enfermos y parados. Es más, con una amplia red de hospitales y de institutos de empleo, aumentan tanto los enfermos como los parados. El verdadero objetivo deseable es que ambos estén razonablemente bien atendidos. El objetivo social no es tanto el aumento de la esperanza de vida. La cual equivale al número medio de años de vida que le espera a una persona en el momento de nacer o a una edad determinada. Todo indica que no va a seguir ampliándose mucho más. Lo interesante es el concepto más fino de 'expectativa de años de vida con una salud aceptable'"*²³.

²³ Ídem cit. 5

¿dónde está?

Para alcanzar un desarrollo social más equitativo se requiere de la presencia efectiva del Estado, ya que ninguna otra institución puede articular a los diversos actores sociales que deben intervenir en el proceso de transformación.

- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA ACTUAL.

SUS CONSECUENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD -

Hoy la salud es entendida como “Un hecho social, producto de una circunstancia política, económica y cultural, que ocurre en un determinado tiempo y lugar, y refleja el grado de satisfacción individual y colectiva de las necesidades vitales de una población”²⁴. Por tal motivo se considera trascendente caracterizar este “tiempo y lugar”, a fin de poseer una visión integral del estado de salud de la población.

Existen cambios representativos a nivel global que afectan los sistemas de salud en todo el mundo:

- Envejecimiento de la población: mayor expectativa de vida, mayor tasa de dependencia de ancianos y menor aporte relativo al sistema, e incremento de los costos en los tratamientos de larga duración.

- La globalización política, económica, social, cultural y tecnológica, con reducciones de la relación tiempo-espacio. Con efectos referidos al fortalecimiento de la democracia, la generalización del modelo económico neoliberal, la formación de bloques regionales y subregionales, la revisión del papel del Estado y la participación social.

- El cambio epidemiológico priorizando las enfermedades crónicas sobre las transmisibles, a los adultos mayores sobre los jóvenes y alertando sobre enfermedades nuevas o recurrentes.

- El incremento de las expectativas públicas (poder de los consumidores).

- Avances de la ciencia y del conocimiento y aumento del rol de la tecnología.

- Nuevas exigencias en materia de aprendizaje.

Visto desde la Salud, se visualiza una crisis relacionada con:

- El desmantelamiento del estado de bienestar.
- La globalización de la economía.
- El incremento del empobrecimiento.
- El ajuste del sector.
- Los cambios en la administración.

²⁴ Lic. Franco, Saul; en “Conceptos de Salud”. Ficha de la Cátedra de Medicina social y preventiva. Redi, Cristina. Fac. de Ciencias de la Salud y Servicio social. U.N.M.D.P. 1998.

- La transformación de la atención.
- La aparición de nuevas enfermedades relacionadas directamente con *lo social*.

Aumento de la pobreza y las desigualdades en la población.

La propia CEPAL reconoce que los resultados de las políticas de ajuste impuestas por el modelo neoliberal han sido buenos para lograr la estabilidad económica, pero "insatisfactorios en cuanto a crecimiento y equidad", con políticas sociales de "capacidad insuficiente y una eficacia limitada"²⁵

Al analizar la evolución de la pobreza, la distribución del ingreso dentro de los países, el desempleo y la generación de empleo, los salarios reales y las remuneraciones, se aprecia el impacto que han producido los niveles de crecimiento alcanzados y, en general, el comportamiento de la economía sobre las condiciones de vida. La cantidad de personas que se encontraban por debajo de la línea de pobreza y la desigualdad en la distribución del ingreso aumentó²⁶.

La tasa media anual de desempleo urbano en América Latina crece sin interrupciones desde finales de la década de 1980 a pesar de la recuperación de su economía. Esto ha ido acompañado de un crecimiento significativo del sector informal, que se convirtió en el principal generador de empleo. Además, se produjo una disminución real del poder adquisitivo de los salarios, así gran parte de los trabajadores perciben ingresos inferiores al mínimo necesario para lograr el bienestar.

La población trabajadora constituye entre el 40% y el 60% de la población de esta región. Si se considera el trabajo informal y el trabajo en los hogares, la mayor parte de la población está expuesta a los riesgos y a las condiciones laborales que en forma creciente tienen un impacto negativo sobre la salud.

Por otro lado, la distribución espacial de la población mantiene una tendencia de mayor crecimiento de las zonas urbanas y disminución del crecimiento de las rurales, con una modificación importante en cuanto a la concentración en las zonas metropolitanas.

²⁵ Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. "La brecha de la equidad. América Latina, el Caribe y la Cumbre Social". CEPAL. Santiago de Chile. 1997.

²⁶ Ídem cit. 25.

Existe un fuerte aumento de la pobreza urbana y una baja de la pobreza rural, demostrando que los pobres se trasladan a la ciudades debido a que en las zonas rurales es mayor el abandono a partir del establecimiento del Estado neoliberal. Con la llegada de más campesinos, las zonas urbanas, además de su problemática social, ven un incremento sustancial en sus necesidades²⁷.

Los flujos migratorios internacionales e internos son mayormente de carácter laboral. Dichos grupos ejercen una presión importante sobre los servicios de salud de los países receptores.

Al analizar las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas que la OPS estableció para el período 1991–1994²⁸ y para el de 1995–1998²⁹, y al valorar el cumplimiento sus respectivas metas, se aprecia que las disparidades en las condiciones de salud no se han reducido, no se ha logrado el acceso universal a ambientes y condiciones de vida saludables y seguros, no se ha alcanzado la cobertura universal de los servicios de provisión de agua y eliminación de desechos, y aún persisten modos de vida y comportamientos no saludables.

El aumento de las desigualdades en la salud, se evidencia a partir de que pese a los importantes logros producidos en materia de salud, como el aumento de la esperanza de vida, el control de enfermedades transmisibles con la consiguiente reducción de la mortalidad infantil; las evaluaciones de la OMS sobre el alcance de la meta de Salud para Todos en el Año 2000, indican que grandes grupos de población carecen de acceso a los servicios básicos de salud.

Las brechas entre países y entre grupos poblacionales definidos por ubicación geográfica, sexo, ingreso, educación o etnia son constantes y tienden a aumentar³⁰.

Cerca de 105 millones de personas de Latinoamérica carecen de acceso regular a los servicios de atención, el 40% de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud.

²⁷ Gilberto Calderón Ortiz, "La Gobernabilidad en América Latina". Gestión y estrategia / No. 13 / Enero-Junio, 1998/ UAM - A.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991–1994. Washington, OPS; 1991.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1995–1998. Washington, OPS; 1995.

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Edición de 1998. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación científica No. 569).

El impacto diferencial de los procesos estructurales sobre la salud está mediado por los recursos disponibles en los países y por las políticas sociales dirigidas a redistribuir el producto del desarrollo económico nacional y mitigar los efectos de estos procesos sobre la vida de las personas.

Con raras excepciones, los indicadores de mortalidad han mejorado. Sin embargo, hay enormes disparidades entre los países y dentro de ellos, observables al analizar las diferencias de mortalidad por grupos de edad y causa, según sus ingresos y poder adquisitivo.

En el país de ingreso más bajo se hubiese podido evitar hasta el 62% de las muertes en los menores de 65 años, el aumento más significativo en el número de defunciones ha ocurrido en el grupo de países de menor ingreso per cápita.

A su vez se manifestaron repercusiones de la crisis general, en la situación ambiental. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)³¹ calcula que en América Latina el déficit habitacional total es de aproximadamente 50 millones de viviendas.

Asimismo la contaminación es un problema creciente, las zonas de pobreza son las más susceptibles, por su mayor exposición a los residuos industriales y domésticos.

El impacto sobre la morbilidad se manifiesta a partir de que, aunque las enfermedades infecciosas y reemergentes siguen siendo un problema significativo, se incrementan las enfermedades crónicas y no transmisibles.

Las causas principales de morbilidad por enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (45%), el cáncer (20%), las lesiones (10%) y la diabetes. La violencia es otro grave problema de salud pública.

El modo de vida de la población ha cambiado en forma notable en la mayoría de los países debido a la urbanización, el sedentarismo y el estrés.

Se observa una modificación de pautas de consumo y de salud, que se manifiestan mediante la alimentación y la nutrición, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y los accidentes de tránsito asociados con el alcohol, y el uso de tabaco, que ha aumentado sobre todo entre las mujeres y los jóvenes.

³¹ Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Alojar el desarrollo. Una tarea para los asentamientos humanos. Santiago. CEPAL; 1996.

Situación Nacional y Local.

El quiebre del sistema productivo tradicional, la desregulación del mercado de trabajo, la caída de los convenios colectivos, el aumento de los índices de desempleo y la precarización excesiva de las condiciones de trabajo son algunos de los elementos centrales de la crisis que atraviesa nuestro país.

La desaparición del modelo clásico de seguridad y estabilidad, ha dado lugar a un modelo signado por la desocupación, la precariedad de salarios y de condiciones de empleabilidad, lo que dio lugar a profundas consecuencias en la subjetividad y en la constitución de identidad.

El impacto de esta crisis conlleva el surgimiento de nuevos esquemas de valores y formas relacionales como el individualismo, el inmediateísmo, la resignación y el descreimiento social.

En consecuencia, exclusión y marginalidad son producto no sólo de las carencias económicas, sino de lo que éstas y la sustracción de un lugar de identificación y realización imprimen en la subjetividad de las personas y al mismo tiempo en lo social, retroalimentándose.

A su vez existen en nuestro país grandes grupos de población bajo la línea de pobreza y un incremento de la desocupación, la subocupación y el empleo informal, con una caída del salario real y complicación del problema del déficit habitacional.

Se constituyeron grupos de trabajadores que se desempeñan en trabajos inestables y precarios. La changa constituye un recurso imprescindible para sostener gastos alimentarios básicos. Sólo existen coberturas por desempleo muy restringidas. Estas situaciones contribuyeron a segmentar las coberturas sociales a las que acceden los trabajadores y su grupo familiar.³²

Si tomamos en cuenta que la provincia de Buenos Aires contiene más del 45%³³ de la población nacional, un altísimo porcentaje de la producción industrial tradicional (que también entra en crisis a partir de la década del 80') y uno de los índices más altos de concentración y urbanización, podemos imaginarnos el impacto de este ascenso súbito del desempleo (en el año

³² Becaría, Luis y López, Néstor. Sin Trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad Argentina. Cap. 6. De seguir así. Murmis y Feldman. UNICEF/Losada. 1998.

³³ Población provincial: 14.214.701 (proyección censal al 2000, Censo Indec, 1991) Tasa de desocupación abierta según Encuesta Permanente de Hogares. Oct. 2000

95' trepó a más del 18%) tanto a nivel de la economía de los hogares como de la geografía social, política y cultural de la misma.

Un intento para palcar el impacto del aumento de la desocupación abierta consiste en los programas de empleo en la provincia de Buenos Aires, los que, al igual que a nivel nacional, surgen a partir de mediados de la década del 90'.

De igual manera muchos quedan fuera de estas políticas, permaneciendo en altos nivel de indigencia, al no recibir ingresos ni beneficios algunos, que le permita cubrir sus necesidades básicas.

La situación de la Salud.

La realidad sanitaria argentina presenta varias dificultades:

- dificultad económica, social y geográfica para acceder a los distintos servicios,
- lista de espera para determinados tipos de prestaciones,
- sobre prestaciones,
- exceso de prácticas curativas en desmedro de prevención y protección,
- impersonalidad en la atención,
- corrupción,
- sobredimensión de cantidad de médicos por habitante,
- escasa cantidad de auxiliares,
- alto grado de especialización.

Estos factores aumentan el gasto sin proporcionar calidad.

El Dr. Favaloro analiza que en nuestro país se gasta mucho en forma incoordinada y desorganizada y que asimismo; un sector importante de la población, que llega a más del 40%, no tiene acceso a la medicina de calidad de nuestro tiempo.³⁴

A las diferencias existentes en la distribución del gasto de salud entre los ciudadanos según ocupación o desocupación, nivel de ingreso, tipo de obra social y acceso o no a medicina privada, se suman los desniveles regionales.

³⁴ Favaloro, René. "Acercas de las Políticas Nacionales de Salud y Gasto Social". Publicación en Revista del Centro Medico de Mar del Plata. 1996.

La cobertura del sistema de los servicios de salud es alta en las zonas urbanas donde se concentra la población asegurada, con deficiencias en las zonas pobres del conurbano bonaerense, zonas rurales y el interior de las provincias.

El porcentaje de cobertura en el Gran Buenos Aires es mayor que en el resto del país.

Se evidencia un aumento de enfermedades en la provincia de Buenos Aires, el cual se debe a una combinación entre mejor detección y registro estadístico del sistema de salud, las migraciones internas y externas y al incremento de la desigualdad social en la población.³⁵

Un estudio realizado por la OPS demuestra la desigualdad existente en nuestro país en relación a la distribución geográfica de las causas de mortalidad.

El grupo de las enfermedades cardio-vasculares, incluyendo a las cerebro-vasculares, es la primera causa de muerte en las 24 provincias. En segundo lugar, también en todas las provincias, se encuentran las enfermedades tumorales. No obstante el tercer y cuarto lugar varía entre provincias.³⁶

En relación a las enfermedades cardiovasculares el número de defunciones que se presentan en el 50% de la población residiendo en las provincias con menores ingresos es menor al que se presenta en la otra mitad. En las defunciones por enfermedades tumorales el número de defunciones por estas causas fue poco afectada por los ingresos. En las enfermedades infecciosas y también en las generadas por accidentes, suicidios y homicidios el número de defunciones acumuladas en la población más pobre es mayor al de la población con mejores recursos económicos.

³⁵ Rombolá, Marisa. "El gasto en salud no se corresponde con el servicio". Le Monde Diplomatique. Marzo 2001.

³⁶ Las enfermedades infecciosas fueron la tercer causa en el total del país y en la mayoría de las provincias, quedando en cuarto lugar las causas externas (los accidentes, suicidios y homicidios). Sin embargo en Entre Ríos, Santa Fe, Catamarca, Tucumán, Formosa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego las causas externas se ubicaron en tercer lugar y las enfermedades infecciosas en el cuarto.

- SALUD PÚBLICA -

La mejor defensa de la Salud Pública se hace considerando a la salud física de la población como una condición y un medio para alcanzar los fines más altos de los que el hombre es capaz: los bienes espirituales, el don de sí mismo, la creatividad intelectual y estética, la generosidad, la solidaridad y el amor. La misión de la Salud Pública no es mantener una "granja" sana y rentable, sino defender, promover y fomentar un derecho que la persona se merece por la grandeza y honor de su dignidad³⁷.

Concepto.

Existen diferentes significados de salud pública, no obstante hay algo común a todos ellos: la visión poblacional de los fenómenos de salud y enfermedad.

Winslow, en el año 1920, definió a la salud pública como "el arte y la ciencia de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, de modo tal que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad"³⁸.

Actualmente se la define como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de la población³⁹.

En cuanto a quiénes son los responsables de dicha tarea se establece que es una función ejercida por la sociedad en general.

Necesita de la participación organizada de la comunidad en el cuidado de su propia salud, constituyendo un sistema, movimiento o gran empresa social dirigida a elevar el nivel de salud de la población.

La OMS en el año 1973 define: "el concepto de salud pública se refiere a todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, del estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de

³⁷ Ídem cit. 3

³⁸ Vega-Franco. "La salud en el contexto de la nueva salud pública. El manual moderno". Universidad Nacional Autónoma de México. 2000.

³⁹ La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En: Gálvez Vargas R, Sierra A, Sáenz González MC, Piédrola Gil, Medicina Preventiva y Salud Pública, 10ª Ed. Barcelona: Masson, 2001.

servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos. Se ocupa de la salud global de las poblaciones bajo sus aspectos de promoción y protección de la salud. Curación, readaptación y educación para la salud”.

Salud pública expresa los planes políticos en materia de salud de un país o región poniendo énfasis en las acciones sobre el ambiente y reconociendo la importancia de los aspectos sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida.

Desde su concepción se evita caer en culpar al individuo por su mala salud. Se destaca la importancia que los temas de política local y nacional tienen sobre la salud.

Al comparar la salud pública antigua con la moderna Vega-Franco⁴⁰, enumera los siguientes elementos para identificarlas:

- El reconocimiento actual de la importancia del contexto en el desarrollo de cualquiera de las acciones sanitarias, de los problemas económicos y políticos que inciden en los grupos sociales y de la propia historia de las condiciones de vida de las poblaciones.

- La ubicación de un nuevo concepto de salud, que reconoce a este atributo como un complejo y dinámico proceso que también es un bien social y un derecho humano.

- La existencia de dos diferentes concepciones sobre el espacio de las acciones, espacio limitado, en la vieja salud pública, al ámbito de la prevención individual dentro de los muros de las instituciones sanitarias.

- El reconocimiento de que los requisitos para la salud, según la Declaración de Jakarta, son "paz, vivienda, educación, seguridad social, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, ecosistemas estables, justicia social, respeto a los derechos humanos y equidad".

- La presencia de nuevos actores, destacándose la propia población.

- El reconocimiento de que las acciones de salud pública no pueden separarse de otras acciones gubernamentales y, en consecuencia, de que la salud pública es una actividad del Estado, quien debe garantizar el acceso equitativo a los servicios disponibles y funcionar como abogado de los más vulnerables, trascendiendo las actividades ejercidas por el personal de salud.

- El reconocimiento de que dentro de los elementos de la salud -la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios sanitarios-, los tres últimos

⁴⁰ Ídem cit. 38

conciernen directamente a la salud pública; y el entorno es el más importante, ya que si éste es inadecuado también lo serán los otros tres, es el componente que más influye sobre el resto.

- El establecimiento del ámbito de su intervención en los espacios de lo colectivo, lo social, lo poblacional. Es decir, el entorno.

- La importancia del papel de la promoción dentro de esta nueva salud pública.

Promoción de la Salud.

Del punto anterior se destaca que las actividades de promoción y protección de la salud constituyen una poderosa estrategia para vigorizar el concepto y la práctica de la salud pública, y son el eje de un nuevo paradigma tendiente a producir un fuerte impacto sobre los factores condicionantes.

La salud tiene actualmente un significado más positivo y pleno, que connota fuerza, equilibrio e impulso para vivir. La OMS define la Promoción de Salud como aquel conjunto de actividades que abarcan el fomento de estilos de vida y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales, que favorecen la salud, no sólo para protegerla, sino para incrementarla tanto a nivel individual como colectivo.

Otra importante dimensión del movimiento de promoción de salud es una mayor participación de los ciudadanos en la responsabilidad en materia de salud. La salud no es algo que sólo competa a los profesionales sanitarios, ya que depende en gran medida de decisiones personales. Se trata de hacer de la salud un patrimonio de toda la sociedad. En la Carta de Ottawa (1986), se define a la promoción de la salud como “el proceso por el cual se confieren a la población los medios para asegurar el control de su propia salud y para incrementarla”. A su vez enumera cinco dimensiones que se deben seguir:

1. Desarrollar políticas saludables.
2. Reforzar la acción comunitaria.
3. Desarrollar las habilidades personales.
4. Hacer fáciles las elecciones sanas, creando ambientes que las favorezcan.
5. Reorientar los servicios de salud.

Puesto que la salud es un componente central del desarrollo humano, su promoción tiene que abarcar un ámbito de acción mucho más amplio que el usualmente constituido por los sistemas y servicios de salud.

La promoción de la salud es la función que tiende a elevar el nivel de salud del individuo, la familia y la comunidad para que estén más sanos y no enfermen; equivale a los términos de fomento y protección juntos.

Se trata de promocionar la autonomía y la capacidad funcional de las personas y su independencia de los profesionales de los servicios.

Sus principios generales son:

- trabajar con la gente y no sobre ella,
- empieza y acaba en la comunidad local,
- está encaminada hacia las causas de salud,
- se interesa tanto por el individuo, como por el medio en el que vive,
- subraya las dimensiones positivas en salud,
- y afecta y debería involucrar a todos los sectores de la sociedad.

Rol del Estado.

Si bien la Salud Pública no es función exclusiva del Estado es importante definir el rol que este cumple dentro de la misma, ya que constituye una acción de gobierno, que requiere una participación decisiva y activa de toda la comunidad.

El reconocimiento de alguna responsabilidad estatal en relación a la salud, nace del concepto de Estado y de nación que desde un comienzo se entendió como una voluntad política de otorgar protección indiscriminada a los miembros de un territorio definido.

Las naciones modernas se constituyen en el entendido que existe una voluntad de protección social que debe ser ejercida en forma solidaria y ecuaníme.

El reto más grande, en este sentido, es hacer del propio Estado una institución de naturaleza pública en beneficio de la sociedad como un todo. En este terreno, la nueva salud pública ya tiene un papel relevante al limitar el rol del mercado a su papel de facilitador en el intercambio de mercancías. La salud individual se puede llegar a considerar una mercancía, pero los requisitos para su promoción y fomento son indudablemente bienes públicos, y el mercado tiene instrumentos poco efectivos para su desarrollo. Por estas razones, la salud pública puede ser un poderoso instrumento de fortalecimiento de la democracia y de la participación, un puente para el entendimiento y un vehículo para la cooperación.

El Dr. Miguel Kottow, en las VII Jornadas Argentinas de Bioética, establece que las acciones sanitarias estatales deben tener:

- un carácter benéfico para la población afectada,
- el beneficio tiene que ser indudable y no sólo potencial,
- la acción programada debe ser la más eficaz y eficiente posible, basada asimismo en evidencia dura de su efectividad,
- los efectos secundarios y las complicaciones deben incidir en forma aleatoria, es decir, no debe haber un grupo identificado como más vulnerable, ya que en ese caso la acción sanitaria sería discriminatoria,
- conocidos los beneficios, la eficacia y la eficiencia del programa, y la indeterminación de los negativamente afectados.

La acción sanitaria tiene justificación de imponer el grado de obligatoriedad que sea necesaria, es decir, de limitar la autonomía de los individuos y de no permitir escapes ni fenómenos de parasitismo.

De este modo configura el reconocimiento de la función protectora del Estado, en base a los siguientes términos:

- Todo ciudadano es protegido en tanto esté en riesgo o no pueda ocupar el lugar en la sociedad que tendría si estuviese sano. En el pensamiento de los derechos que aquí nos ocupa, significa que todo ciudadano tiene derecho a protección sanitaria en la medida que su desmedro orgánico le impide hacer uso de las opciones que rigen en su sociedad, y en la medida que es incapaz de solventar la recuperación sanitaria por sus propios medios.
- La protección sanitaria se extiende a todos los ciudadanos que no están en condiciones de solventarla. Sus aspectos públicos comprometen a todas las personas cuya inclusión es necesaria para el buen éxito del programa de salud pública.
- Esta protección ha de extenderse a todas las necesidades orgánicas que causen privaciones y restrinjan capacidades.
- La asignación de recursos y de la responsabilidad sanitaria del Estado es idealmente fijada por participación ciudadana.
- Los prestaciones sanitarias se pueden convertir en programas mandatorios en la medida que cumplan con las condiciones técnicas y éticas del principio de protección.

NACIONAL -

Transformación de las políticas sociales.

La atención de los problemas de la población respecto a su nivel de vida, salud, educación, vivienda, históricamente estaban en manos del Estado, mediante un proceso que se inició con la conquista de los derechos civiles, luego se dio paso a los derechos políticos y, cuando a finales del siglo XIX se transitó del Estado liberal al Estado de bienestar, se lograron los derechos sociales. Es muy posible que aunado a esto y al avance de las ciencias, se hayan abatido las tasas de mortalidad, pues la población al contar con agua potable, salud y educación, entre otros servicios, eliminó muchos de los males que la agobiaban.

Desde los inicios de los años ochenta se realiza la reformulación acelerada del Estado, y en ello se observan las siguientes variables: el crecimiento, la eficacia, los costos, el déficit fiscal y otros elementos, consecuencia de la crisis del patrón de acumulación. Estos elementos marcarán la desaparición del Estado de bienestar y su sustitución por un modelo neoliberal.

Esto desemboca en la realización de reformas del Estado, y en virtud de ellas, algunas responsabilidades han sido transferidas al sector privado y a los niveles locales mediante procesos de descentralización. Ello ha modificado la formulación de políticas sociales y de sistemas de protección social en los países.

A su vez la presión de organismos internacionales obliga a la transformación del Estado para que reduzca drásticamente su participación en lo relacionado a la atención del sector social.

Los países han experimentado el tránsito de economías más o menos protegidas, y con fuerte presencia del Estado en la provisión de servicios básicos, a economías de mercado abiertas donde el Estado ha dejado de ser el principal proveedor de servicios sociales.

Este corrimiento del Estado está justificada desde la teoría del "goteo": el crecimiento económico "goteará" hacia los sectores más carenciados, aumentando automáticamente su estándar de vida. Sin embargo, la realidad muestra las deficiencias de esta interpretación.

Los sectores desprotegidos quedaron aún más indefensos, pues los bienes y servicios que proporcionaba el sector paraestatal prácticamente desaparecieron.

Consecuencias la definición de las Políticas de Salud.

Privatización y descentralización.

En Latinoamérica los procesos de reforma han comenzado a modificar la naturaleza de las funciones del Estado, aunque estas modificaciones rara vez han sido propuestas desde una perspectiva de desarrollo social o de salud, y más bien han producido una actitud reactiva del sector. El sector salud se enfrenta a una negociación con los sectores financieros para obtener recursos, los que también son requeridos por otros sectores sociales en una competencia para la que el sector salud no siempre está muy bien preparado. Esto se evidencia a partir de una mayor participación del sector privado en la provisión de servicios de atención médica y en los modelos de financiamiento de la salud.

Esto va acompañado por procesos de descentralización de los servicios de salud pública, que implican el traspaso de funciones de salud a los niveles regionales (provincia, estado, departamento) o locales, los que requieren grandes ajustes y preparación para asumir las nuevas responsabilidades y producir el impacto esperado⁴¹.

La tendencia al crecimiento de la proporción del producto interno bruto destinado a la salud, sólo representa un aumento del gasto de las personas, ya que el gasto público es menor. Esto incrementó la cantidad de proveedores privados de servicios de salud, quedando reservadas al Estado las funciones de regulación, conducción y control de los sistemas, y asignándole la responsabilidad de cobertura de la población de menores ingresos en la mayoría de los casos.

El Estado ha disminuido sensiblemente su presencia en la atención a la salud, observándose que son los estratos con mejor ingreso los que pueden darse la atención necesaria pagando, puesto que su capacidad económica se lo permite. El que estos rubros se dejen al libre juego de la oferta y la demanda es lesivo para los que menos tienen. Al observar que pagará más y mejores servicios quien tenga mayor capacidad de compra, resulta inevitable suponer que profundizará las desigualdades sociales e incrementará los perjuicios de las diferencias.⁴²

⁴¹ Franco R. Los paradigmas de la política social en América Latina. Revista de la CEPAL; Abril 1996.

⁴² Ídem cit. 27

Este “abandono” del Estado a las demandas sociales se agrava, ya que se aplicaron políticas económicas dirigidas a recuperar el crecimiento económico sin poner en práctica modelos de crecimiento con equidad social.

Establecimiento de políticas de salud en Argentina.

Nuestro país como Estado miembro de la OPS, ha suscrito diferentes compromisos mundiales que deberán cumplirse mediante la combinación de esfuerzos nacionales, regionales y mundiales. La asimilación de estos compromisos en la esfera nacional corresponde a la acción soberana de los Estados Miembros, mediante la **definición de sus políticas y planes nacionales de desarrollo y de salud.**

La nueva política mundial de salud se propone:

- el incremento de la expectativa y la calidad de la vida para todos;
- una mayor equidad en salud entre los países y dentro de cada uno de ellos;
- el acceso de todos a sistemas y servicios de salud sostenibles.

Las metas más relevantes para América es que “todos los países adopten políticas para promover la salud para todos y el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad”. La OPS estableció orientaciones estratégicas y programáticas con objeto de guiar la acción de los países y de la OSP al definir sus planes nacionales y programar las acciones. Estas cinco orientaciones abarcan el ámbito natural de la salud y se consideran vigentes⁴³.

Así, formalmente, bajo estos conceptos se diseñan las políticas de salud en nuestro país, y se desarrolla el sistema sanitario.

En Argentina desde 1946 se pusieron en marcha políticas sanitarias que tendieron a asistir, promover, proteger y prevenir la salud de la población.

La caída del modelo de bienestar y su remplazo por el modelo neoliberal ha tenido en nuestro país particularidades. En principio la de una profunda dependencia y una tendencia hacia el subdesarrollo cada vez más pronunciado. Estos cambios se han visto plasmados claramente en el campo de la salud.

Durante las últimas décadas del siglo, comienza un proceso de corrimiento del Estado de su función de asegurador de las condiciones básicas de existencia provocando un profundo deterioro en las condiciones generales de vida de la población argentina.

⁴³ ver anexo III.

La fragmentación del sistema de salud, la crisis del subsistema de Obras Sociales (debido en gran medida a la precarización del trabajo y al corrimiento del estado como respaldo a este sistema) y el consecuente incremento en la demanda del sistema público, han dado lugar a la instalación del discurso oficial de la "reforma".

La reforma del sector salud comienza en la década de los 70' con la descentralización que se plantea como una transferencia de poder desde niveles gubernamentales más altos hacia otros de nivel local. Este proceso se basa en idea de que es necesario transferir poder de decisión y responsabilidad hacia niveles de salud más cercanos a la población y sus necesidades.

El decreto 578 del año 1993 profundiza este proceso con la Autogestión Hospitalaria. Así es que se posibilita que aquellos que se inscriben como Hospitales Públicos de Autogestión puedan cobrar a las obras sociales las prácticas realizadas a los pacientes que las posean. Este aspecto del decreto fue implementado en muchos hospitales como un medio de financiamiento, que permite mediante el SAMO generar fondos para la compra de insumos que cubren algunas de las falencias que el hospital venía padeciendo por su desfinanciamiento, además de compensar de algún modo a los trabajadores.

La descentralización y la autogestión son dos etapas del mismo proceso de reforma, que respondieron a una misma lógica, la de la instalación del modelo neoliberal en el sector salud y el consecuente corrimiento del estado de su rol de garante del sistema sanitario.

La desregulación de obras sociales fue otro de los aspectos de "la reforma", que comienza en el 94' con la libre elección de obras sociales y se concluye en el 2001 con el ingreso al sistema de la medicina prepaga. Se rompe con un principio colectivo de solidaridad y se lo reemplaza por otro individual, sostenido desde la supuesta "eficiencia", "derecho a elegir" y "mejora en la calidad del servicio".

En la actualidad desde el gobierno nacional se impulsan varios proyectos que continúan en esta misma dirección, algunos provienen desde el propio Ministerio de Salud, otros desde el Ministerio de Economía. Todos ellos apuntan a profundas reformas en el ANSES y en el PAMI, a la atención pública restringida a quienes puedan certificar su pobreza, a liberar el camino a la medicina prepaga sin competidores.

A su vez surgen programas focalizados destinados a la franja de población que no puede acceder a la Salud porque no la puede "comprar" en el mercado. Así la focalización en el marco de este proceso de descentralización, desestatización y transferencia al sector no

público, ha generado un ramillete de programas incoordinados entre sí y superpuestos, dirigidos a las mismas poblaciones, quedando, no obstante, grandes grupos desprotegidos⁴⁴.

Sistema de Salud Nacional.

Se delimita en nuestro país un sistema de salud integrado por tres subsectores: público, privado y de obras sociales.

1) Sector Público.

El sistema público es el responsable de garantizar el cuidado de la salud. Está compuesto por efectores de distinta complejidad: municipal, provincial y nacional.

El sector público tiene una fuerte presencia en el campo de la atención médica, bajo responsabilidad de las provincias y los municipios. Cada nivel del sector público presta servicios de salud respondiendo a su propia lógica, sin basarse en una estrategia global.

Sector Público Nacional: El Ministerio de Salud es responsable de la formulación de las políticas de Salud a nivel nacional y de las realizaciones de un conjunto de acciones destinadas a instrumentarlas en todo el ámbito del país. Sus acciones son:

- Regulador, normatizador y fiscalizador de los distintos recursos e insumos del sector.
- Programador y normatizador de las actividades dirigidas a las comunidades y al medio ambiente, dando apoyo técnico para la realización de programas a las distintas jurisdicciones provinciales.
- En el área de investigación y producción, posee institutos destinados a las patologías regionales, nutrición y enfermedades infecciosas.
- Desde la transferencia de efectores públicos efectuada a las provincias en el año 1992, no cuenta con efectores propios.
- La Administración Nacional del Seguro de Salud, está en su jurisdicción. Está destinado a normar, coordinar y evaluar las distintas obras sociales.
- Coordina por vía de la concertación y el consenso a los diferentes sectores representados por sus conducciones nacionales.

⁴⁴ Raquel Castronovo, "El neoliberalismo y las políticas de Salud en Argentina". Segundas Jornadas anuales sobre Salud y Trabajo Social en Argentina. UNLU, septiembre 2000.

Las políticas de salud vigentes, en la esfera de la Nación, están orientadas por el decreto 1269 del año 1992, en donde se establecen las “Prioridades Nacionales de Salud”. Estas son:

- Lograr la plena vigencia del *Derecho a la salud* para la población mediante el desarrollo e implementación de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad.

- Mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población con acciones del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social.

- Disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente las dirigidas a la población de en riesgo bio-psico-social.

- Redefinir y orientar el papel del Sector Salud, fortaleciendo la federalización, la descentralización y la coordinación con las jurisdicciones.

Ante esta determinación se observa una falta de consistencia entre la enunciación de las políticas y las acciones efectivamente realizadas, dada por:

- falta de explicitación de las políticas y de operacionalización de sus enunciados.
- falta de implementación de las proposiciones delimitadas por un marco discursivo sin aplicación.
- cambios frecuentes de los agentes que toman las decisiones.
- falta de evaluación.

Sector público provincial: Las provincias formulan sus políticas de salud y ejercen el poder de policía sobre su sector. Poseen estructuras para el planeamiento y realización de las actividades clásicas de salud pública y ejercen acciones de contralor sobre los sectores intervinientes en la realización de las acciones de salud.

A su vez, formulan políticas de lucha contra las endemias, instrumentan campañas preventivas y de inmunizaciones con criterio regional, entre otros. No poseen control ni regulación sobre el sector privado ni la seguridad social.

Cabe destacar que el sector público subsidia a la seguridad social, ya que existen afiliados que se atienden en el sector público sin que las obras sociales a las que pertenecen retribuyan los servicios brindados. Se carga al sector público con prestaciones de baja rentabilidad. Así

este sector debe administrar casi 2/3 de la capacidad asistencial del país, disponiendo sólo del 1/4 de los recursos totales para la salud.⁴⁵

2) Seguridad Social.

La seguridad social presenta un sistema constituido por aproximadamente 340 obras sociales, y una heterogeneidad en número de afiliados y poder económico. Cada obra social actúa con autonomía y poseen poca relación con el sector público.

Los efectos de la crisis que experimentan las obras sociales y el deterioro en la cobertura del sector público acentúan la segmentación en la cobertura de la salud, reforzando las desigualdades ya existentes. En el sistema vigente predomina la solidaridad en el interior de cada obra social, pero a nivel de prestaciones se registra una disparidad entre ellas.

Existen obras sociales con \$200 por beneficiario y otras con \$30 por beneficiario.⁴⁶

3) Sector Privado.

El sector privado también posee autonomía de funcionamiento con respecto a los otros dos sectores. Está constituido por clínicas, hospitales de colectividades, instituciones médicas de alta complejidad, prepagas y la labor individual de cada médico.

El Hospital Público Argentino.

Para el diccionario de la Lengua Española, "hospital" es un adjetivo que significa afable y caritativo con los huéspedes y que corresponde al sustantivo "hospicio", casa definitiva para albergar y recibir peregrinos y pobres, sinónimo de hospedaje.

La transición entre hospital-albergue y el hospital como "máquina de curar", basándose en los conceptos de Michel Foucault⁴⁷, incluye cambios en el concepto de enfermedad, en la función del espacio hospitalario y en la naturaleza social del hospital.

⁴⁵ Insuani, Ernesto. Bustelo, Eduardo. "Mucho, poquito o nada. Crisis y alternativas de política social en los '90". Cap I. "Ciudadanía o marginalidad". Ciepp. UNICEF. 1996.

⁴⁶ Katz, Jorge. "Puja distributiva y funcionamiento del sector salud". Medicina y Sociedad. Vol. 13. N°4- Julio-Agosto 1990.

El hospital-albergue, proveniente de una concepción caritativo-religiosa medieval, destinado a la reclusión y aislamiento social de la miseria, empieza paulatinamente a ser interpretado como espacio de curación, profesionalizado por la actividad médica.

El Hospital Hoy.

En la actualidad se conviven formas de organización hospitalaria “antiguas” y modalidades organizativas novedosas, como: organización de la atención médica por cuidados progresivos, hospital de día, internación domiciliaria, fuentes de ingresos múltiples, mecanismos de coordinación horizontales, entre otros. En lo asistencial las decisiones de diagnóstico y tratamiento se toman en forma compartida e interdisciplinar.

El **hospital** se define como la Institución Sanitaria en la que se articulan los recursos necesarios para atender la demanda de Asistencia Especializada, tanto en internación, como en atención ambulatoria. Posee dotación específica para atender a la población con patología urgente. Desarrollan tareas asistenciales, de promoción, prevención, investigación y docencia.

Responde al nivel de **atención especializada**, al cual se acude cuando se agota el nivel de atención primaria. Es el conjunto de medios humanos y materiales del sistema de salud, puestos a disposición de la población para atender con cuidados especializados a los problemas sanitarios de mayor complejidad.

El rol social que define el objetivo del hospital público es el de asegurar, para todos los ciudadanos, la accesibilidad a la atención como parte del derecho a la salud, siendo, por lo tanto, el Estado responsable de garantizarlo.

La atención médica es **integrada** porque cada establecimiento constituye una estación intermedia dentro de una red regional. Es **integral** porque dicha red permite que cualquier puerta de entrada habilite el acceso al resto de los servicios del sistema.

El **área programática** comprende la zona geográfica que se encuentra bajo su influencia.

La **financiación multicéntrica** consiste en que los hospitales que eran gratuitos fueron arancelados para los pacientes que gozan de cobertura social, y algunos para los que no los poseen.

⁴⁷ Foucoault, M. (1978) Incorporación del hospital en la tecnología moderna. En Educación médica y salud, vol. 12, N°1. OPS.

Se trata de concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrarlo rápidamente a su medio. La intensidad del cuidado debe estar racionalmente administrada. La organización se basa en cuidados progresivos.

La articulación de las distintas especialidades se hace a través el médico de sala, logrando una mayor coherencia en la relación paciente/institución. Así la clínica médica y la medicina general se convierten en el hilo orientador, evitando superposición de enfoques.

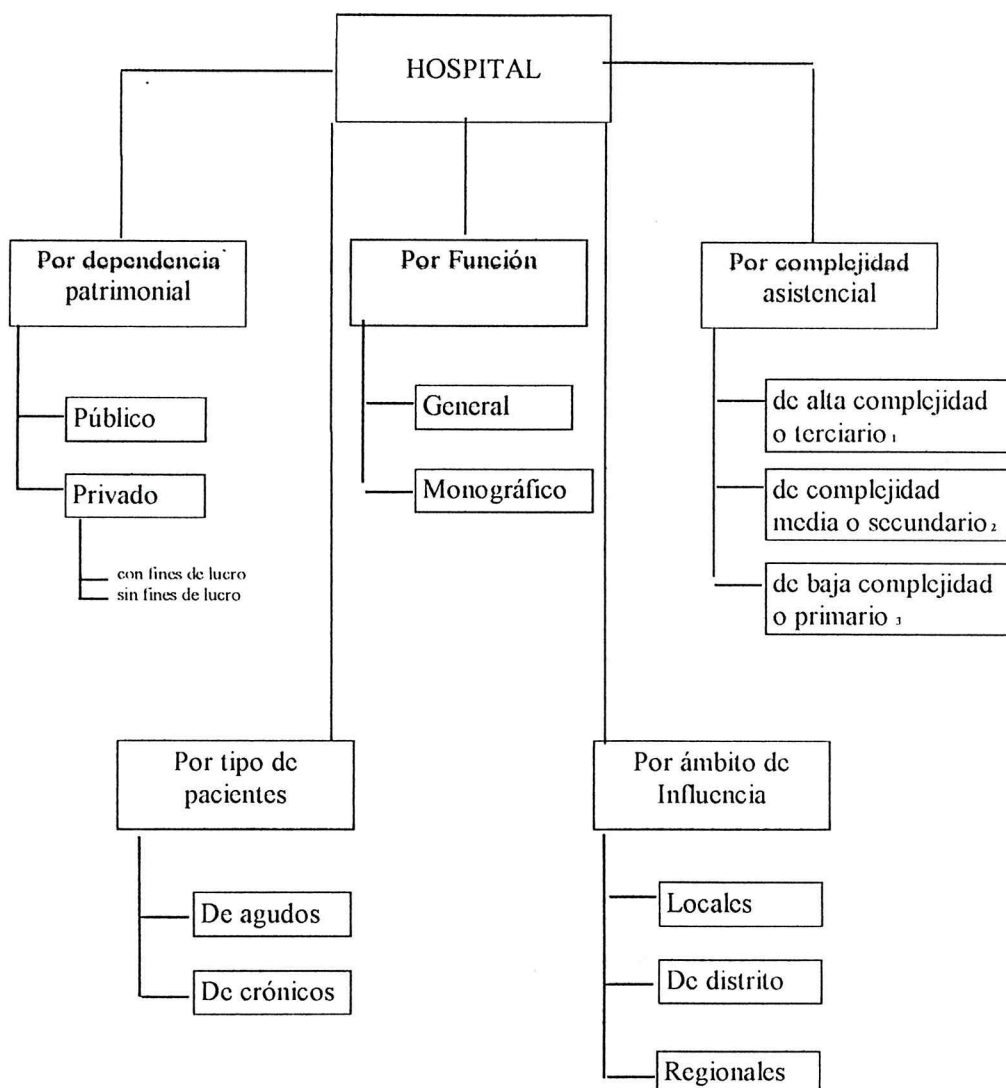
Esta organización lleva a la necesidad de abreviar los plazos de internación, las convalecencias en general deben transcurrir en la casa del enfermo, el cual es dado de alta en el momento en que su cuadro se estabiliza y su tratamiento se puede hacer en forma ambulatoria.

El costo día-cama se eleva por la complicación del proceso asistencial con exámenes complementarios.

En los consultorios externos el médico de orientación es quien recibe inicialmente al paciente y deriva.

Características:

- Ofrecer una cobertura sanitaria totalizadora, ya que en su seno se agotan todas las posibilidades del sistema de salud.
- Acoger los recursos humanos más cualificados en cada área.
- La integración de recursos hospitalarios y extrahospitalarios.
- Acoger los medios materiales y técnicos más sofisticados y costosos
- La adopción de modernas técnicas de gestión.
- La descentralización y coordinación con el nivel de Atención Primaria.



¹ Se llevan a cabo los tratamientos más complejos y disponen de alta tecnología.

² Dispone de importantes recursos, pero no de servicios más complejos.

³ Lleva a cabo la asistencia de pacientes agudos de patología sencilla.

⁴⁵ Erasti, Francisco. Principios de Gestión Hospitalaria.

Objetivos:

- Ofrecer medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que por su nivel de especialización no pueden resolverse en la atención primaria.
- Posibilitar la hospitalización de los pacientes que lo precisen.
- Atender las urgencias y las emergencias que requieran cuidados en este nivel.
- Prestar asistencia ambulatoria especializada.
- Promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria de la población.
- Realizar investigaciones en materia de salud.
- Formación de profesionales sanitarios.

Problemáticas actuales.

Las instituciones hospitalarias padecen una crisis de financiamiento y gerencia que no les permite cumplir con los compromisos contractuales ni con el pago de mejores remuneraciones, lo que pone en riesgo la garantía para la provisión de insumos y el mantenimiento o la adquisición de equipos, elementos esenciales para la prestación de servicios de salud de calidad.

Como los costos de la atención médica están subiendo, algunas obras sociales no pueden cubrir con sus recursos la atención de sus afiliados, entonces el individuo que no puede costear con sus propios medios los pagos de la atención debe concurrir al Hospital Público. Así esta institución, al absorber y no poder arancelar a los beneficiarios de las obras sociales pobre, va quedándose con la población que no tiene capacidad de pago y con las patologías que no tienen retorno económico suficiente (neuropsiquiátricos, atención de crónicos, etc.).

A su vez su coste resulta excesivo, por la sencilla razón de que la estadía media es todavía muy amplia. Más bien se piensa que “los hospitales envían a los pacientes demasiado pronto a casa”.⁴⁶

⁴⁶ Ídem cit. 5

En nuestro país los hospitales, en el imaginario popular y en el discurso oficial, no han logrado salir del lugar de asilo de pobres, para el que fueron instituidos en el año 1580.⁴⁷

Otro de los problemas es que actualmente la simple permanencia dentro del hospital trae riesgos: la utilización cada vez más extendida de antibióticos ha generado una población bacteriana progresivamente resistente al arsenal terapéutico disponible, por lo cual las cepas que habitan los ambientes hospitalarios provocan infecciones altamente virulentas en pacientes cuyo estado general ya está comprometido.

En cuanto a las instituciones de “alta complejidad”, el Plan sintético de Salud Pública, elaborado por el Dr. Ramón Carrillo para el período 1952-1958 decía que “en estos hospitales sólo deben atenderse enfermos agudos que no pueden ser tratados ambulatoriamente en los dispensarios y/o centros de salud” Puede dar respuesta a problemas de enfermedad que requieren uso intensivo de tecnología.

El modelo asistencial que se está poniendo en práctica desvirtúa el papel definido anteriormente, centralizado y postergando la atención de patologías no críticas, encareciendo las prestaciones, provocando un desborde de el número de pacientes y disminuyendo la calidad de la atención especializada.

El hábito de la concurrencia al hospital creado en la población, la aleja de su lugar de residencia obligándola a largos y costosos viajes.⁴⁸

⁴⁷ Rombolá, Marisa. “El gasto en salud no se corresponde con el servicio”. *Le Monde Diplomatique*. Marzo 2001.

⁴⁸ Extensión Hospitalaria. Hospital, Interzonal General de Agudos “Eva Perón”. “Nuestro Hospital en la red de servicios: un desafío colectivo”. 1998.

- EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD -

“El carácter polivalente del Trabajador Social, que sabe promover lo social, que sabe trabajar con la humanidad, que no está en la instancia más recortada que es la instancia analítica, lo convierte en un trabajador privilegiado si queremos cambiar la realidad...planteo estratégicamente al trabajador social como agente activo de políticas de salud en la dialéctica entre la realidad, la organización y los factores exógenos”.⁵²

Consideraciones generales.

Natalio Kisnerman sostiene que el Trabajador Social es un profesional de las relaciones interpersonales, un educador que se capacita y capacita a las personas afectadas por situaciones problemáticas, en el conocimiento de una realidad concreta, transfiriendo instrumentos para que ellos puedan operar en las mismas, ya que sólo el conocimiento racional, sistemático y científico permite a los hombres encontrar alternativas viables y factibles para superar su realidad.

Antes de explicitar la metodología del Trabajo Social es importante definir algunos conceptos que guían la misma.

Victor Frankl, considera al **hombre** como un ser único e irrepetible: no existe otro igual, esto lo lleva a tomar conciencia del propio ser lo cual lo llevará al desarrollo de su autoestima.

Cada individuo encuentra un significado concreto de la vida en un momento dado. Por lo tanto no puede ser reemplazado en sus funciones.

Por otro lado define al hombre como un ser cuyo principal interés consiste en cumplir un **sentido** y realizar sus principios morales, y no busca simplemente la gratificación y satisfacción de sus impulsos e instintos, o la sencilla adaptación a la sociedad y a su entorno.

El hombre debe cumplir su sentido potencial, encontrar un proyecto significativo.

Éste está llamado a la **libertad**, debe elegir ante un conjunto de circunstancias, ya que carece de un instinto que le diga lo que debe hacer. La voluntad interviene siempre: posee libertad para elegir entre aceptar o rechazar una oferta, es decir, para cumplir un sentido potencial o bien para perderlo.

⁵² Escudero, José Carlos. “El neoliberalismo y las políticas sociales en Argentina”. Segundas Jornadas anuales sobre salud y trabajo social. UNLU. Septiembre, 2000.

Ser libre supone también capacidad de fracaso. A pesar de las diversidades de la vida hay una libertad que no se puede arrebatar que es la libertad espiritual, lo que hace que la vida tenga sentido y propósito.

La esencia íntima de la existencia humana está en su capacidad de ser **responsable**.

El hombre es consciente de sus propias responsabilidades y debe decidir por qué, ante qué o ante quién se considera responsable.

El hombre es un ser histórico, ya que pertenece a una cultura, a una nación, a una familia y a una raza determinada.

Las cosas se determinan unas a las otras, pero el hombre es su propio determinante. Lo que llegue a ser lo tiene que hacer por sí mismo.

Se considera al hombre como un ser total en que lo físico, lo psíquico y lo social está relacionado y no es explicable por separado. La influencia de lo social, del medio, del contexto explica por qué personas diferentes reaccionan de manera diferente ante una misma situación. Esto hace que cada persona sea única y distinta a todas las demás y que requiera una atención individualizada, acorde a sus características particulares.

El **paradigma humanista dialéctico**⁵³, el cual se toma como base filosófica que sustenta la práctica profesional, sostiene que el hombre es un sujeto capaz, inteligente, que construye su proyecto histórico, como proyecto de vida.

Se tiene presente la igualdad del ser humano basada en la libertad personal, ya que todos somos seres pensantes, capaces de auto orientarse, autodeterminarse, elegir posibilidades y comunicarse.

Margarita Rozas Pagaza⁵⁴ sostiene que la relación entre necesidad y **bienestar social** es el punto de partida generador de toda intervención profesional. Definiendo a este último como “no sólo la suma de bienestar individuales, sino a la creación de condiciones de igualdad y de justicia social...”.

La autora define a la **necesidad**, no como carencia, sino como potencialidades humanas individuales y colectivas que se representan en proyectos de vida que le dan sentido a las relaciones sociales.

A su vez se define a las necesidades humanas, desde la concepción de Manfred Max Neef, como condiciones claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución posee potencialidades. Las mismas se clasifican

⁵³ Di Carlo, Enrique. “La comprensión como fundamento de la Investigación Profesional”. De. Humanitas. 1996

⁵⁴ Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Ed. Espacio. Buenos Aires. 1998.

en: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Cada una de ellas tiene cuatro categorías a satisfacer que son: ser, tener, hacer y estar.

El desarrollo de las potencialidades del ser humano y el gozo de esa plenitud es la razón de ser de la existencia del hombre. Sin embargo la realidad da cuenta cotidianamente de situaciones que limitan ese desarrollo, dadas por la inexistencia de los recursos para satisfacer las necesidades o el acceso deficiente a los mismos.

Los **satisfactores** constituyen las formas que el hombre acepta como válidas para alcanzar la subsistencia y varían según el tiempo y el lugar. La **satisfacción integral** de las necesidades, es facilitada por la obtención de satisfactores sinérgicos y se da por medio de un proceso de interrelación. Así se define la calidad de vida de los individuos.

Las privaciones en cualquiera de las necesidades antes enumeradas pueden desencadenar patologías diversas. La comprensión de las mismas exigen una comprensión integral del ser humano que las vive y su solución tiene que buscarse integralmente.

La relación entre necesidad y bienestar social determinará el **campo problemático**. Éste determinará el **Objeto de Intervención**.

Así, para la construcción del mismo es necesario primero establecer un conocimiento y definición de la **cuestión social** y luego acotarla a partir de la relación entre los sujetos y la necesidad y el significado que le dan a la misma en la **vida cotidiana**⁵⁵ a través de las estrategias que utilizan para su satisfacción manifestados en el **saber cotidiano**, conformado a partir de historias personales compartidas.

El concepto de saber cotidiano se relaciona con el de **Saber Popular** de Fals Borda, el cual sostiene que éste contiene experiencias de sobrevivencia y aprendizaje que son una posesión cultural de las bases con las que se enfrentan en su vida cotidiana, formando parte de la memoria colectiva que debe servir de base para el conocimiento. El estudio de la vida cotidiana permite incorporar una visión crítica de la expresión microsocial de la elaboración de los procesos macrosociales.

Las relaciones con las necesidades son únicas por su historia, de aquí que se considera importante la relación de comunicación e igualdad y la participación de los sujetos sociales como actores y ciudadanos, ya que son los mejores y los únicos que pueden definir sus necesidades a partir de su experiencia directa con las mismas.

Como se detalló anteriormente la **cuestión social**, está definida por la contradicción entre capital y trabajo. Los modelos neoliberales, la globalización económica y las modificaciones en la producción capitalista llevaron a la necesidad de ganancia de capital, para la cual se transformó el sistema productivo y el mundo de trabajo generando un proceso de

⁵⁵ Margarita Rozas Pagaza, define este concepto como "espacio concreto donde los sujetos construyen y configuran la sociedad y le dan sentido a su vida, porque a través de ésta se pueden explicar los aspectos más significativos de la vida social".

precarización laboral, desempleo estructural y exclusión (jóvenes y viejos). Esto se ve agravado por el quiebre de la protección social por parte del Estado, manifestándose en diferentes ámbitos: salud, vivienda, desesperanza, imposibilidad de pensar un proyecto de cambio a corto plazo; y trae consecuentes cambios en la subjetividad de los individuos, limitando las potencialidades y las características que establece la concepción de hombre antes descripta.

Esta cuestión social y la relación particular de los sujetos con la misma, es la que se debe tener presente para constitución del objeto de intervención, para a partir de él, hacer una definición correcta de los objetivos de la intervención, y de las alternativas y estrategias para concretarlos.

Esta construcción se da a partir de un proceso teórico-práctico, basado en conceptos que guían el accionar y mediado por una metodología.

En cuanto a la práctica, el Trabajador Social no sólo piensa, sino que también actúa, a partir del reconocimiento de los actores sociales y del compromiso de los mismos con sus acciones prácticas.

A partir de la metodología se articula la forma de proceder que organice y de significado a las acciones que construyen el objeto de intervención. Esta constituye una guía que nos dice cómo intervenir, la cual se enriquece con la práctica de los actores sociales.

Debe constituir una estrategia flexible que articule la acción con el contexto a partir de una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas que están expuestas a condiciones cambiantes.

Se debe dar un proceso permanente de investigación en función del objeto que garantizará la determinación de objetivos precisos y determinación de alternativas.

Cabe destacar que la determinación del objeto de intervención es una construcción intelectual del trabajador social, que si bien es participativa, no significa que son los mismos actores los que lo van a definir, sino que a partir de su acción y reconocimiento y los conceptos teóricos metodológicos el profesional lo establecerá.

Así el Trabajador Social, desde su saber específico, deberá establecer canales de comunicación y reconocimiento y propiciar la participación de los sujetos desde el comienzo de la intervención a partir de las definiciones de sus necesidades que generalmente las expresan como **demandas**. El Trabajador Social deberá distinguir la diferencia entre demanda y necesidad y saber descubrir que necesidad manifiesta cada una.

Para conocer la definición que los sujetos dan a la cuestión social y la relación que establecen con la misma, es necesario el reconocimiento de los actores sociales como ciudadanos, de su identidad y de sus potencialidades para el desarrollo de su comunidad. Así se podrá construir una definición correcta del objeto de intervención como campo problemático y se podrán establecer objetivos viables y estrategias y alternativas que fomenten este desarrollo

con el pleno aprovechamiento de los recursos que existen en la comunidad y cada uno de sus integrantes.

Proceso metodológico en la Intervención Profesional.

El proceso metodológico que propone Margarita Rozas Pagaza, se refiere a tres momentos que se dan en la intervención profesional en los cuales se reformula constantemente el campo problemático. Las acciones emprendidas en estos momentos se implican unas a otras como aspectos de un sólo proceso, relativamente diferenciables cuando se estructuran teóricamente. Estos son: inserción, diagnóstico y planificación.

La **inserción** es un primer acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en la vida cotidiana en relación a la satisfacción de sus necesidades, a fin de establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de la misma. Esto implica situarse frente y en interacción con los actores de la intervención. (Sujetos-Institución-Trabajador Social)

Es el momento de reflexión para establecer estrategias de intervención.

Es necesario obtener datos sobre las diversas dimensiones que hacen a la vida de los sujetos a fin de comprender sus características socioeconómicas y culturales.

El **diagnóstico** es un momento de síntesis de un proceso de conocimiento que ha sido generado desde la inserción del profesional con el fin de indagar sobre el problema objeto de intervención. Es una instancia en la que se explicitan los nexos de la cuestión social y que permite obtener explicaciones teóricas sobre la realidad en particular, posibilitando reorientar los objetivos y las estrategias de intervención.

Constituye la reelaboración del conocimiento acumulado con la ayuda de las categorías de análisis sobre la problemática generada en la relación sujeto-necesidad.

La **planificación** estratégica se refiere a un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción con los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad. Teniendo en cuenta la complejidad de campo problemático, se convierte en un instrumento útil, cuya validez está certificada en la eficacia de la solución a las demandas que los sujetos presentan. Dichas demandas constituyen la expresión de necesidades, fundantes del objeto de intervención, en el cual la planificación ordena las acciones en función de objetivos que orientan el desarrollo de la acción profesional y donde la participación de los actores determina su viabilidad.

Es la explicitación técnica de objetivos y actividades que viabilizan la intervención profesional. Se va modificando constantemente por lo cual requiere de una evaluación constante.

Cabe destacar que durante todo el proceso metodológico se dan acciones de **Investigación y Evaluación** que van delimitando y redefiniendo constantemente el Objeto de Intervención profesional.

Trabajo Social en Salud.

El Trabajo Social como disciplina y el Trabajador Social como profesional evidencian una asociación histórica con el sistema sanitario y el cuidado de la salud. El profesional conocedor del valor que la salud representa, desarrolla su acción en interdisciplina, dedicado a la acción y promoción. Debe estimular y capacitar para el ejercicio del derecho a la salud, en función de una adecuada participación y ejercicio de la ciudadanía.

Se define el Trabajo Social en salud como “actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial⁵⁶ de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento de la problemática psicosocial que incide en, o se relaciona con, el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiere, al resto del campo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud”⁵⁷.

Existen aspectos importantes a tener en cuenta, para el Trabajador Social en salud:

- La importancia de los factores psicosociales en la salud y en la enfermedad y en posibilidad de perderla y recuperarla.
- La necesidad de tratar los problemas psicosociales que aparecen en situaciones de enfermedad.

⁵⁶ Al hablar de lo social, los autores se refieren de lo social internalizado, es decir, de lo psicosocial. Mondragon, Trigueros. Ob. Cit.

⁵⁷ Amaya Ituarte en “Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud”. Mondragón Trigueros.

- La función del trabajador social en el sistema de salud para hacer tomar en cuenta al resto de los profesionales de estos factores psicosociales, y la importancia del tratamiento de los mismos para lograr una atención integral de la salud.

Las formas de intervención del Trabajador Social pueden ser directas o indirectas y ambas implican una aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y las habilidades propias del Trabajo Social para conseguir los objetivos de salud.

Forma indirecta: se refiere a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación a través de la planificación, organización y gestión de los servicios sanitarios. Esto implica la valoración de los factores psicosociales y su incidencia en la salud de personas, grupos y comunidades; el análisis de aspectos que requieren atención especial; programar y efectuar acciones promocionales y preventivas; y coordinación interinstitucional.

Forma directa: se refiere a la atención a los problemas psicosociales y funciones de prevención y promoción. Implica:

- Diagnóstico psicosocial.
- Tratamiento psicosocial individual, familiar y grupal.
- Orientación sobre recursos y servicios sociosanitarios
- Coordinación interna y externa.

Es la comprensión de la incidencia que los factores psicosociales tienen en la salud de las personas y de las comunidades y de la forma de intervenir sobre ellos, lo que el trabajo social debe aportar al campo sanitario.

Los Trabajadores Sociales prestarán atención a estos factores psicosociales y las modificaciones producidas en ellos que los hacen susceptibles de convertirse en problemas psicosociales. Deberán actuar con el resto del equipo de salud⁵⁸ para que dichos factores actúen en el sentido de la salud y no en el de la enfermedad.

Deben abordar, atender y poner en marcha los mecanismos de resolución de los aspectos sociales que inciden en el marco de salud personal y comunitaria.

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

⁵⁸ La OMS define al equipo de salud como "asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es proveer en cualquier ámbito a los individuos y familias la atención más integral posibles".

Las actividades a desarrollar por el Trabajador Social para impulsar recursos que ayuden al enfermo y su familia en la recuperación y posterior integración a su medio social son:

- participar en el estudio y análisis de la incidencia de los factores en el medio de la población de la zona.
- estudio de hábitos, actitudes y valores que benefician y obstruyen el acceso a mejores niveles de salud.
- identificar y registrar las instituciones y asociaciones de la zona, así como los recursos existentes.
- informar y asesorar a la población sobre los derechos y deberes que los asisten, así sobre prestaciones y recursos sociales a los que pueden acceder.
- orientar y capacitar a la población para la creación y uso adecuado de los recursos sociales que puedan contribuir a asegurar una mejor calidad de vida.
- garantizar la coordinación con las instituciones sociales y sanitarias del área
- atender a la problemática social que se presente tanto a nivel individual, grupal o comunitario.
- estudiar el grado de satisfacción de la población con respecto a la política sanitaria que se está llevando a cabo.
- motivar a las instituciones a la creación de nuevos recursos o reconversión de los ya existentes que cubran las necesidades reales del usuario.

Trabajo Social Hospitalario.

El Trabajo Social Hospitalario investiga los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud enfermedad, así como en el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto en sus causas, como en sus consecuencias.

Objetivos:

- Participar en la planificación y organización de los Servicios del Hospital para mejorar la asistencia sanitaria integral y la humanización en el centro.
- Prevenir, ayudar, tratar y mejorar, empleando técnicas y métodos específicos, a los individuos o grupos que, con ocasión de su enfermedad y en cualquier acontecimiento patológico, no parezcan capaces por sí solos de superar las dificultades que se les presenten y obstaculicen su tratamiento médico y reinserción óptima a la vida social.

- Promocionar la participación de las personas a fin de que sean protagonistas de transformación de la situación sanitaria.

El Trabajador Social hospitalario interviene según la situación del paciente en el ingreso, estancia y alta del hospital, y en las consultas externas, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presenta el enfermo, con el fin de conseguir la recuperación, evitar o distanciar los sucesivos reingresos.

Áreas de intervención:

- Investigación: conocer la zona y sus problemas específicos y captar los factores de riesgo para la planificación de los diversos programas de salud.

- Prevención: información, contactos y coordinación interinstitucional. Educación para la salud.

- Asistencia:

- Intervención en las fases agudas de la enfermedad. Valoración de la urgencia.
- Trabajo a nivel individual y grupal.
- Seguimiento familiar.
- Garantizar la continuidad de los casos en el medio social de los usuarios para evitar la institucionalización innecesaria.

- Valoración social que contribuya a un diagnóstico de equipo más objetivo.
- Terapias de apoyo
- Apoyo a las familias
- Coordinación con otros servicios que garanticen y ayuden al tratamiento.
- Atención directa al usuario. Valoración de su demanda.

- Rehabilitación:

• Intervención en programas comunitarios que posibiliten la integración de personas con minusvalías.

• Promoción y utilización de recursos, dentro de la zona, adecuados a cada situación concreta que sirva de apoyo social y contribuyen a mejorar las condiciones de vida de los pacientes y sus familias.

• Potenciar y apoyar la creación de recursos que den cobertura a las situaciones sociales con desarraigo.

Funciones.

- Atención directa a enfermos y/o familias:

- Estudio sociofamiliar para conocer los factores que influyen y están influenciados a su vez por el proceso de enfermedad. Se entrevista al paciente, a su familia y se contacta con el resto del personal que está en contacto con su estado de salud.

- Diagnostico de la problemática de fondo.
- Establecimiento del tratamiento social que puede ser:
 - información y asesoramiento;
 - si hay conflicto familiar, orientación y clarificación de conducta para llegar a la aceptación y superación del problema;
 - motivar para que el paciente tome conciencia de la situación y potenciar su capacidad de movilizar actitudes para el cambio;
 - apoyar al paciente para que manifiesta sus sentimientos y supere los negativos.
 - realizar un seguimiento periódico y continuado, derivando a quien corresponda en el momento del alta o cuando se necesitan recursos.
- Gestión y aplicación de los recursos.
- Promoción social, individual y/o grupal para que sean agentes de su recuperación.
- Prevención de futuras necesidades.
- Rehabilitación y reinserción social y/o familiar.
- Aportación al equipo médico de los aspectos sociales que incidan en la prevención,

diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

- Acción sobre el campo sanitario:

- Participar en la planificación de la institución.
- Participar en las comisiones de trabajo que se formen en el hospital
- Participar en la realización de investigaciones para conseguir el conocimiento de la

problemática colectiva de los usuarios.

- Informar y asesorar a los órganos de gobierno de los aspectos sociales específicos entendidos en el ejercicio de la profesión.

- Participar en las actividades de formación permanente.

- Acción sobre la comunidad: interrelacionar al hospital con la comunidad

- Promover la presencia del hospital en la vida comunitaria, participando, colaborando y coordinando con otros centros de salud y organizaciones en general, con el fin de tratar a los pacientes de forma integral sin, duplicar acciones.

- Aportar a la Zona medios técnicos y programas de docencia. Participar en programas de salud de la zona.

- Planificar y coordinar una acción social conjunta con otros servicios sociales de la zona, para lograr mayor eficacia del trabajo social.

- Colaboración en la creación y promoción de recursos sociales y la mejora de los existentes, para la satisfacción de necesidades sociales.

- Investigación: a partir de la gran cantidad de información psicosocial de los pacientes, debido a su función profesional, tiene la posibilidad de participar de proyectos de investigación para valorar los componentes sociales que pueden intervenir en la prevención y manifestación de la enfermedad y su mejoría. Las áreas de investigación son:

- problemas psicosociales
- problemas en el equipo interdisciplinario
- técnicas y metodologías del trabajo social
- recursos, necesidades y procedencia de las demandas.

- Docencia y formación permanente: constante actualización de los conocimientos profesionales de los trabajadores sociales.

Intervenciones específicas del Trabajador Social Hospitalario.

Dentro del Trabajo Social de salud y sobre todo el hospitalario se destaca el trabajo con diferentes grupos específicos, los cuales se caracterizarán debido a la importancia en relación al tema de este trabajo:

Ancianos:

Se deben tener en cuenta que poseen alto riesgo social, si presentan:

- alta hospitalaria reciente,
- limitación física y/o encamado,
- deterioro mental,
- edad elevada (> 75 años),
- viven solos,
- ausencia de familia próxima,
- reclusos en su domicilio,

- sospecha de malos tratos,
- riesgo de institucionalización de forma prematura o inadecuada,
- problemas económicos.

Enfermos Crónicos.

Un enfermo crónico es aquel enfermo afectado por patologías que, habiendo finalizado su estancia en el Hospital y habiendo completado el plan diagnóstico y terapéutico previsto presenta algún tipo de incapacidad. La misma puede ser estable y/o evolutiva e implicar a cada una de las esferas que integran a la persona física, psíquica y social, superponiéndose e incidiendo en grados diferentes y variables simultáneamente.

Presentan determinadas características:

- es un enfermo permanente,
- con incapacidad residual,
- largo tiempo de atención hospitalaria con necesidad de mantenimiento y rehabilitación,
- son enfermos con falta de autonomía, muchos no tienen familia o ésta no puede hacerse cargo de ellos,
- en un principio es un enfermo, después puede ser un enfermo con problemática social,
- se derivan al trabajador social por falta de recursos económicos y médicos, y cuando aparecen los problemas sociales,
- según la problemática social puede ser más crónico que otros con iguales condiciones de enfermedad,
- suele ser muy difícil encontrar instituciones para pacientes crónicos,
- forman parte de los denominados grupos de alto riesgo sociosanitarios,
- su tratamiento requiere una visión global e integradora del enfermo y su entorno.

El incremento de la esperanza de vida está permitiendo que aparezcan enfermedades propias de la edad madura o enfermedades crónicas que representan el deterioro orgánico del adulto por la acción de enfermedades previas, herencia, malos hábitos higiénicos, efecto continuado de las alteraciones del medio ambiente y desgaste propio del organismo por envejecimiento.

La intervención oportuna, mediante propuesta del Trabajador Social para los pacientes que presenten dificultades para continuar su tratamiento en el domicilio, mejoraría la planificación del alta y los programas para detectar las dificultades sociales que puedan originar un retraso de alta del paciente o impedir la reinserción en su domicilio.

Mantener una asistencia que mejore la calidad de vida a estos enfermos se traduce en costes condicionados por indicadores de morbi-mortalidad, estancia media, consumo de fármacos, reingresos hospitalarios e incapacidad.

La persona experimenta un cambio en el rol social, que si es duradero e importante requiere de una atención que no se relaciona exclusivamente con las manifestaciones patológicas de la enfermedad y su demanda rebasa el ámbito de lo sanitario.

La incapacidad constituye una dificultad existente en la realización de una o más actividades que de acuerdo con la edad, sexo, rol social del sujeto, son componentes básicos de la vida diaria, tales como cuidado, autonomía personal, relaciones sociales y actividad económica. En el proceso de incapacitación intervienen factores médicos, ambientales, actitudinales y socioculturales. Las dificultades y problemas generados por la incapacidad las experimentan personas allegadas y la sociedad.

La presencia de enfermedad crónica en una familia, genera una respuesta que se cumple según un modelo que comprende:

- un período de desorganización,
- un punto de recuperación,
- un nivel de reorganización.

A partir de lo expuesto se concluye que el trabajador social debe tener en cuenta que:

- tiene mucha importancia tanto el diagnóstico médico como el social y económico, conjuntamente con la edad,
- los distintos grados de dependencia familiar, de recursos económicos propios, son decisivos en el bienestar y calidad de vida del enfermo crónico,
- que se envía a los enfermos crónicos a residencias privadas con condiciones ínfimas, pero son los únicos recursos existentes aunque no sean los adecuados,
- que los servicios a domicilio no funcionan plenamente y tampoco quieren a los enfermos crónicos en centros especializados porque necesitan muchas atenciones.

El Trabajo Social en Salud y la familia del Paciente:

La finalidad del Trabajo Social con la familia del paciente es que la familia observe nuevas alternativas de actuación, las asimile y elija las más adecuadas a su manera de ser, que

se realice el aprendizaje y pueda ir hacia el cambio sin miedo de poner en peligro la estructura familiar.

La responsabilidad para comprender el problema y resolver las dificultades recae en la familia.

La familia es el contexto donde se aprenden modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud, donde se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamientos en general. Es el contexto en que una persona enferma se hospitaliza y se rehabilita. La aceptación o no por parte de la familia del diagnóstico de uno de sus miembros, puede afectar su rehabilitación o curso de la enfermedad.

La forma en que la familia maneja y afronta la crisis de salud de uno de sus miembros puede fortalecer o debilitar la salud familiar.

Actualmente la familia está adquiriendo una importancia cada vez mayor como dispensadora de atención en la enfermedad crónica, la minusvalía y en los cuidados del anciano. Los familiares constituyen la fuente más importante de ayuda que tienen las personas en caso de enfermedad.

Las mujeres están identificadas como las cuidadoras principales en la familia, con el consecuente abandono de su vida social y personal (abandonar trabajos remunerados).

Los efectos de cuidar a un familiar pueden ser: tensión, estrés, alteraciones en la vida del hogar, aislamiento social, poco descanso y precaria salud física y mental. En casos ansiedad y depresión que llevan a la sobreprotección del enfermo y a actitudes de desesperanza.

La “medicalización” induce a una dependencia en el consumo de un servicio con el efecto secundario de erosionar la capacidad que tienen las personas para afrontar y manejar situaciones de salud. Se debe potenciar, no suplir, la capacidad de las familias y lograr que se apropien de instrumentos y conocimientos para la promoción y el cuidado de la salud.

Deben ser tratados, no como recursos baratos para el cuidado, ni como trabajadores menos calificados, sino como pacientes con necesidades de salud muy concretas.

La familia es contexto, causa y estrategia para el desarrollo de la salud, y esto se evidencia en los pacientes cuyas familias están ausentes.

En la práctica se observa que pocas familias están preparadas para atender en casa a los enfermos convalecientes después de haber pasado por el hospital. Tradicionalmente las mujeres se han ocupado, y siguen ocupándose, de esa función. Pero hoy tenemos un número creciente de mujeres que, aparte de muchas labores domésticas, se ocupan de algún trabajo remunerado.

Con todo, se sigue produciendo el hecho de que suelen ser mujeres las que se ocupan de velar a los enfermos en los hospitales y luego en casa.

La investigación en Trabajo Social se centra en la profundización de campos problemáticos relacionados a diversas dimensiones que hacen a la relación sujeto-necesidad, dando cuenta de aspectos particulares de la vida cotidiana de los sujetos en la lucha por la satisfacción de necesidades.

Así se considera a los sujetos como participantes activos de la investigación, ya que las personas son constructoras de su propia realidad. Por tal motivo el investigador debe situarse frente y en interrelación e interacción con los actores, conociendo mediante la comunicación y la reflexión conjunta de la realidad a investigar.

Se debe tener en cuenta que el objeto a investigar tiene una historia y sus actos poseen significación, por tal motivo, la función del lenguaje y la comunicación son herramientas fundamentales que permiten conocer el significado asignado a la situación vivida.

En conclusión los sujetos a investigar constituyen el medio por el cual llevar adelante la acción investigativa.

Investigación en el ámbito de salud.

Las actividades de investigación derivan de la identificación de las necesidades encontradas en el análisis de situación de salud realizado por el equipo. No obstante no siempre todos los problemas son susceptibles de intervención. Un problema es susceptible de ser investigado cuando una vez detectado, no sabemos su importancia real, o no lo comprendemos lo suficiente para actuar, no tenemos los medios y recursos eficaces y disponibles, o el supuesto programa de intervención no es factible. Esto se realiza con el objeto de aumentar los conocimientos que se poseen en un determinado campo. Para tal fin es necesario contar con un cuerpo teórico que lo sustente y con un método que lo posibilite.

⁵⁹ Las referencias bibliográficas desarrolladas en este punto corresponden a:

- Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. Bs. As. 1998.
- San Giácomo, Osvaldo. "Construcción del objeto y comunicación racional", en Di Carlo y equipo. "Trabajo Social profesional: el método de comunicación racional". Ed. Humanitas. 1996.

Este método es el científico, y el cuerpo teórico que la sustenta es la salud y los factores que condicionan o influyen, ya sean económicos, demográficos, sociográficos, socioculturales, biológicos, del medio ambiente, sanitarios, tecnológicos o políticos.

Canet define la investigación en Trabajo Social en Salud como la *“actividad científica que, por una parte nos permite un mayor conocimiento sobre nuestra actuación profesional a partir de nuevas prospecciones sobre formas de actuación, organización, etc. Todo esto con la finalidad de mejorar las prestaciones sociales e incrementar el grado de humanización hospitalaria para ofrecer una calidad asistencial sociosanitaria de forma más integral”*⁶⁰.

Características específicas del trabajo.

Se realizara una investigación exploratoria – descriptiva, sobre los pacientes sociales adultos (de 15 años a más de 65 años de edad) internados en las áreas de clínica médica, traumatología y cirugía, su situación previa, y las consecuencias que traen sobre los pacientes las limitaciones de externación después de contar con el alta medica, a través del análisis de dicha situación y el estudio de casos concretos.

Objetivo General:

- Conocer las condiciones socioeconómicas y estados de salud previos a la internación, la cotidianidad durante la misma y las posibilidades de externación, de los pacientes que poseen alta médica y permanecen internados en el H.I.G.A. “Oscar Alende”, a fin de establecer un criterio unificador dentro del equipo de salud del concepto de “paciente social”.

⁶⁰ Canet Ponsa, M. Mercé, “La investigación dentro del Trabajo Social Hospitalario”, Revista de Trabajo Social y Salud, Nº 14, enero, 1990.

Objetivos Específicos:

- Conocer las condiciones socioeconómicas previas a la internación, atravesadas por los denominados “pacientes sociales”.
- Conocer el estado de salud anterior a la internación de los denominados “pacientes sociales”.
- Estudiar la cotidianidad y relación con el medio de los denominados “pacientes sociales” dentro de la institución hospitalaria.
- Explorar la incidencia de su permanencia en el Hospital en su estado general.

Naturaleza de los objetivos: cualitativos y cuantitativos.

Tipo de Diseño: exploratorio – descriptivo

Unidad de análisis:

Pacientes adultos (de 15 a más de 65 años de edad) que permanecen internados en el H.I.G.A. durante más de un mes a partir del momento del alta médica.

La muestra está conformada por quince pacientes que reúnen dichas características y se encuentran internados actualmente en la institución en las áreas de clínica médica, traumatología y cirugía.

Dichas áreas representan el 44% de la población hospitalaria. Dentro de las áreas la muestra representa el 9% de la cantidad de pacientes internados. En los últimos años el promedio de pacientes sociales internados en dichas áreas osciló entre 18 y 22 pacientes, siendo el 8 % del promedio de camas ocupadas.

Técnicas de recolección de datos:

- Observación participante: se utilizará esta técnica en relación a la caracterización y relevamiento institucional, el funcionamiento del servicio social y de otros servicios y de la cotidianidad de los pacientes en el estudio de caso.

- Observación documental: se utilizará por medio de la lectura de diarios y documentos institucionales para la caracterización y relevamiento institucional y por medio de la lectura de historias clínicas para el estudio de caso.
- Entrevistas en profundidad: se implementarán con los referentes de los servicios para la caracterización institucional y con los pacientes implicados y otros referentes (familiares o amigos) en caso de no poder comunicarse los primeros, a fin de desarrollar el estudio de caso.

- CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL -

Con el fin de alcanzar de manera integral lo planteado dentro de los objetivos, es indispensable caracterizar la institución en dónde se presenta la problemática y su situación actual a fin de comprender las implicancias dentro de la problemática a investigar.

A su vez cabe destacar el trabajo que realizan los servicios en relación a los pacientes sociales, especificando, sobre todo, las funciones, características y situación actual del Servicio Social, ya que desde dicha profesión se plantea el tema a investigar.

Por último se considera trascendente relevar las instituciones dentro de la zona que pueden llegar a otorgar una respuesta a la problemática.

Dichos datos se han obtenido por medio de lectura de diarios, documentos institucionales, la experiencia y observación participante obtenida durante la pasantía de pre grado, y mediante la realización de entrevistas a referentes significativos de los diferentes servicios del H.I.G.A. y de otras instituciones.

Características del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”

El Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (HIGA), dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, se encuentra ubicado en la Región Sanitaria VIII, conformada por 16 partidos, Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell, comprendiendo un total de 1.087.745 habitantes de los cuales 621.941 pertenecen a Gral. Pueyrredón y el 94 % de estos a la ciudad de Mar del Plata.

A nivel de distrito es Cabecera y es Hospital de Referencia de la Región VIII.

Conforma un nosocomio de complejidad 8. Dicha complejidad responde a nosocomios que cuentan con amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, se encuentran en centro urbanos, a menudo como centros de docencia universitaria. Cubren especialidades que les permite resolver por sí mismos la mayor parte de los problemas médicos. Actúan como nivel de derivación regional.⁶¹

⁶¹ Piedrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. Editorial Masson. Cap. 1. 1998.

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

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

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

Los recursos humanos son: médicos y demás profesionales de la salud escalafonados, interinos, residentes, concurrentes becarios, en comisión y contratados.

Posee servicios contratados en las áreas de cocina, limpieza, mantenimiento y seguridad.

Posee una organización verticalista con un director ejecutivo y tres directores asociados.

Actualmente, mediante la disposición judicial dictada en el 2002, se encuentra en funcionamiento un Consejo de Administración conformado por miembros de la comunidad de Mar del Plata, quienes ad-honorem concurren a la institución para propiciar un mejor servicio de salud brindado que llegue a toda la población de manera óptima.

Situación Actual.

En el año 1948, por iniciativa del Secretario de Estado Dr. Ramón Carrillo se colocó la piedra basal. La obra se culminó en 1955. En el año 1961 es inaugurado bajo la dependencia de la Secretaría de la Provincia de Buenos Aires

Se puede afirmar que el HIGA fue desde su fundación un orgullo para esta ciudad. Los mejores profesionales de la misma, de todas las especialidades atendieron allí, pero la decadencia nacional, la desidia política, la especulación económica y la pauperización social, están poniendo en crisis su calificación histórica. Este deterioro que se visualiza fue progresivo en los últimos años, pero en el año 2001 se profundizó aún más.

El desempleo en la ciudad de Mar del Plata derivado de la caída del sector pesquero, de la construcción, el sector textil, ha hecho que muchísima gente que ha perdido su trabajo y por ende su obra social hoy deba concurrir al Hospital Interzonal de Agudos, al Instituto de Rehabilitación o al Hospital Materno Infantil. Los altísimos aranceles diferenciados que deben pagar los que aún tienen trabajo y tienen obra social también contribuyen a que la gente directamente opte por un hospital público.

Este corrimiento abrupto de pacientes al sector público debido a la desregulación de las obras sociales y el gran porcentaje de la población desocupada, se acrecienta en este caso, ya que la Región Sanitaria VIII es muy amplia y el HIGA es un Hospital de Derivación, lo que achica su capacidad. A su vez el círculo de salud no se lleva a cabo, en especial lo que es Atención Primaria de la Salud, por lo que se recarga el Hospital, teniendo como consecuencia que el presupuesto existente, que de por sí es limitado, no alcance.

En cuanto al Sistema de Atención Primaria que depende de la Municipalidad del Partido de Gral. Pueyrredón está lejos de alcanzar sus objetivos. De las casi treinta salas barriales no más de tres ofrecen servicios acordes a la demanda. A pesar de la existencia de la infraestructura edilicia adecuada y suficiente cantidad de personal, la falta de coordinación y estrategias acordes a las necesidades populares profundizan la ineficiencia.

La falta de un sistema local de salud coordinado entre el municipio, la provincia y la Nación hace que cada efector lleve adelante una política individual sin conexiones y que eso vaya en perjuicio de la salud y por ende, por supuesto, en perjuicio del funcionamiento del hospital y de la salud de los trabajadores.

Los dos hospitales públicos ubicados en la ciudad de Mar del Plata, administrados por el gobierno de la Provincia de Buenos Aires (HIGA y Hospital Materno Infantil), se encuentran superados en su capacidad de atención, tanto en la asistencia en guardia y en las áreas de internación, como en consultorios externos. Con respecto a las operaciones programadas se atienden únicamente las urgencias. La mayor parte de las cirugías debe reprogramarse porque no hay insumos.

En el HIGA por falta de camas los pacientes deben permanecer en la guardia, lo cual no es confortable, ya que los pacientes deben dormir en camillas.

A su vez, el Hospital tiene ocupado un promedio de 25 camas con pacientes sociales que ocupan permanentemente lugares que son necesarios para otra patología, porque entendamos que el HIGA es un hospital de alta complejidad.

En diez años, el Hospital perdió 120 camas y varios sectores. Pero atiende tres veces más cantidad de gente. Actualmente se encuentra vacío de elementos y mobiliario, con aparatología obsoleta y/o rota, y escaso de personal⁶².

En el año 1993 tenía una planta estable de 247 enfermeras, actualmente cuenta con 169. El hecho del crecimiento de la población, el hecho de la situación económica por la cual se esta

⁶² Scándali, Susy. "La Guardia del Interzonal, una recorrida por el horror". Diario La Capital. 03/02/03.

atravesando que ha motivado un incremento realmente sustancial de las atenciones que se brindan en el hospital, ha hecho que en este momento la planta necesaria e imprescindible para el funcionamiento sean 495 trabajadores⁶³.

Se suma a esto la política de ajuste de personal que está llevando adelante la provincia de Buenos Aires.

El deterioro del país en los últimos meses trajo como consecuencia dificultades para cubrir insumos y medicamentos.

La farmacia de la institución refleja esta problemática, ya que se encuentra desabastecida, por lo que los pacientes con enfermedades crónicas se ven obligados a soportar a riesgo de su propia vida por la falta de drogas para los tratamientos.

En el laboratorio los reactivos escasean y la gente puede llegar a estar esperando meses para obtener una respuesta a sus estudios.

La falta de fondos y la devaluación, impiden la provisión de medicamentos, ya que los grandes laboratorios y droguerías se niegan a aceptar bonos y pretenden seguir cobrando en dólares, el descalabro oficial, los ajustes instrumentados desde el Ministerio de Economía, y hasta la pérdida de una perspectiva humanitaria sobrepasa toda especulación.

“Pudo saberse que hay dificultades en la provisión de jeringas, toallas descartables, jabones, algunos reactivos de hormonas y líquidos para el contador hematológico y de iones, entre otras cosas. En otro sector, la falta de placas impide que el servicio de rayos pueda funcionar correctamente, y el tomógrafo desde hace meses está roto lo cual motiva que mientras las autoridades siguen considerando el costo de su reparación, quienes requieren estudios de ese tipo deban ser trasladados al Hospital Materno Infantil. La alimentación de los pacientes también está resentida a causa de la crisis. Y es porque la empresa que tiene a cargo el servicio ha debido absorber incrementos de costos que no fueron contemplados, lo cual le impide brindar una atención más eficiente. En el servicio de anatomía patológica - que estudia tejidos y órganos que se extraen a los pacientes- la actividad tampoco se está cumpliendo normalmente. Faltan ciertos elementos que son indispensables para cumplir con una rutina de trabajo que permite determinar inequívocamente el tratamiento a seguir en cada caso. Si bien para la atención de las urgencias se extreman los recursos, la falta de camas hace que pacientes intervenidos quirúrgicamente queden alojados transitoriamente allí a la espera de un lugar en los pisos. Y también que algunos consultorios estén

⁶³ Barragán., Daniel Eduardo. Honorable Concejo Deliberante. Banca Abierta. 18-5-95

momentáneamente bloqueados para la atención y sean destinados al aislamiento de personas afectadas por enfermedades infecciosas. Pudo saberse que la falta de camas se ve agravada en estos momentos por el cierre de algunas salas en los pisos -una de ellas de terapia intensiva- que están siendo sometidas a diversas tareas de reacondicionamiento... en el sector de servicio social faltan elementos de uso administrativo y la provisión de insumos que está recibiendo actualmente el Hospital es absolutamente insuficiente para atender la demanda".⁶⁴

Características, funciones y desempeño del Servicio Social de H.I.G.A.

Objetivos:

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

Funciones.

⁶⁴ "La falta de Insumos consiciona la atención hospitalaria". Diario La Capital. 25/07/02

- Mediatizar los intereses de la institución, de los pacientes y de su grupo familiar.
- Participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas implementados en la institución.

- Coordinar las acciones intra e interinstitucionales.
- Gestionar y aplicar los recursos existentes.
- Formar parte de la red institucional de la comunidad.

Organización Interna.

Servicios:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| • Clínica Médica. | • Oncología y radioterapia. |
| • Cardiología y cirugía cardiovascular. | • Ortopedia y traumatología. |
| • Ginecología. | • Urología. |
| • Infectología. | • Reumatología. |
| • Nefrología. | • Salud Mental. |
| • Neurología. | • Terapia Intensiva e Intermedia. |

Programas.

- Tuberculosis

Adolescencia

- | | |
|----------------------------|------------|
| • Internación domiciliaria | • Prodiaba |
| • Cucaiba | • HIV |

Área: Tercera Edad.

Situación Actual.

En la actualidad este servicio presenta problemáticas acordes a la crisis por cual atraviesan las instituciones sanitarias a nivel general, en la cual está inmerso el HIGA. Esta situación se manifiesta por medio de la falta de personal profesional, ya que actualmente está integrado por ocho licenciadas en servicio social, de las cuales una posee cargo sólo administrativo. Los cargos que quedaron vacantes por jubilaciones y renunciaciones, no han sido cubiertos. A su vez, debido a la situación actual, se observa un aumento de la demanda, la cual no puede ser respondida íntegramente debido a la falta de personal y al hecho que se ha sumado a las funciones demasiado trabajo administrativo, que se ve dificultado por la falta de personal administrativo y de recursos materiales.

Desempeño con los “pacientes sociales”.

La intervención generalmente comienza por interconsulta médica, cuando los pacientes permanecen internados luego de otorgada el alta médica (en pocas ocasiones se detecta antes).

Teniendo en cuenta el diagnóstico médico y el estado de autovalidez, se establece el diagnóstico psicosocial evaluando la situación socioeconómica y el estado de salud previos a la internación. Se analizan las posibilidades de revertir dichas situaciones y las maneras en que venían cubriendo las necesidades básicas antes de la internación, para evaluar si se pueden restablecer.

Se intenta contactar o reconstruir la red familiar, primero con los contactos locales y luego fuera de la ciudad, evaluando la contención recibida desde los miembros de la familia, si es que están presentes. En caso de existir familiares no continentales, se evalúa los motivos de dicha situación y se trabaja en conjunto con el paciente y la familia. Si son causas materiales se trabaja en torno a dichos recursos (alimentos, materiales para recomponer viviendas, pasajes de colectivo para asistir al hospital, etc.), en caso de ser motivos relacionales o de abandono se trabaja desde entrevistas con todas las partes, y en casos extremos, en conjunto con el poder judicial (denuncias de abandono de persona o de protección de persona).

Cuando no existen familiares o amigos que quieran o puedan hacerse cargo de los cuidados y necesidades del paciente, se trabaja desde el apoyo, gestión de recursos y asesoramiento a los mismos.

En caso contrario, se tramitan recursos, como DNI, trámites de pensiones, PAMI mayor de 70 años, sillas de ruedas, muletas, andadores, etc., pañales, medicamentos para crónicos,

entre otros, pocas veces con éxito, debido a las limitaciones burocráticas y a la escasez de recursos existentes en la instituciones.

En caso de no poseer vivienda, se trata de agotar los recursos institucionales enumerados en el punto siguiente.

En el momento en que las posibilidades de externación se encontraron agotadas o demoradas y mientras se buscan alternativas de externación, se continúa trabajando con el paciente en aspectos de contención, apoyo, informándoles continuamente su situación y el curso de las acciones emprendidas.

A su vez se trabaja con el resto del equipo de salud, a fin de lograr la comprensión de la situación compleja y del reconocimiento, de que a pesar de poseer el alta médica, la persona sigue siendo un paciente de la institución con necesidades de atención especiales.

Desde la pasantía de pre-grado realizada en el período 2002-2003 se han realizado diferentes proyectos en relación a esta situación, de los cuales algunos se encuentran en implementación y están avanzando con algunas limitaciones en su ejecución.

Estos proyectos son:

PROYECTO	BREVE DESCRIPCIÓN	EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL
Hogar “La Quinta” ⁶⁵	Consiste, entre otros objetivos relacionados a otras problemáticas, en un Hogar Permanente destinado a los <u>pacientes Sociales</u> que sean <u>autoválidos</u> , en el cual puedan encontrar un espacio donde vivir y realizar sus tareas cotidianas, en relación a su estado de Salud.	El proyecto comienza por iniciativa de una ONG, que pone a disposición una casa, propiedad del presidente de la misma, que debe ser refaccionada. Desde el Servicio Social se evalúa que a partir de las prioridades del mismo se destinará, entre otras cosas, para los pacientes sociales. Se refacciona lentamente con donaciones de distintas instituciones, comercios y ciudadanos de la ciudad y con el trabajo de los beneficiarios del Plan Jefe de Hogar. Debido a la situación actual, las donaciones no son suficientes, para culminar el trabajo y luego de un año y medio de ejecución, fallece el dueño de la casa por lo cual se dificulta aún más la concreción de los objetivos. En la actualidad se encuentra evaluando los pasos a seguir con todos los integrantes del proyecto.
Sala diurna de Pacientes Sociales ⁶⁶	Consta de un proyecto de articulación con otros servicios hospitalarios, a fin de crear una sala destinada a los <u>pacientes sociales imposibilitados de externación</u> o con su externación	Se implementó una primera etapa a fines del año 2002, la cual no fue integradora en cuanto a la participación de los distintos profesionales, ya que sólo participaron el servicio social y el servicio de terapia ocupacional. Se culmina transitoriamente, por limitaciones en cuanto al espacio físico, al corrimiento de las terapistas ocupacionales de la tarea y a que la cantidad de pacientes que asistían

⁶⁵ Ver Anexo IV.

⁶⁶ Ver Anexo V.

	demorada, con el objetivo de estimular sus capacidades y evitar el deterioro físico y mental que implica la permanencia, luego del alta médica, en la institución.	voluntariamente era muy escasa.
Convenio entre el HIGA “Oscar Alende”, la Municipalidad de General Pueyrredón y la Cámara de Geriátricos Privados de la Ciudad de Mar del Plata⁶⁷.	Consta de un convenio entre las partes por el cual se propone dar una respuesta integral al problema. Los geriátricos privados se comprometen a ingresar a los pacientes sociales según su capacidad, el hospital se compromete a brindar controles médicos, medicación y servicio social, y la Municipalidad a eximir de impuestos a los primeros.	Se realizan continuadas entrevistas con el Intendente del Partido de General Pueyrredón, y otras autoridades, miembros del gobierno municipal; y con los encargados de las cámaras de geriátricos de la ciudad. Ante la aceptación de todas las partes de la propuesta, se establecen las condiciones y compromisos de cada una. Actualmente se encuentra en comisión, a la espera de ser tratado en el Honorable Consejo Deliberante⁶⁸.

⁶⁷ Ver Anexo VI.

⁶⁸ Ver Anexo VIII. Nota N° 2.

Desempeño del resto de los servicios hospitalarios en relación a los pacientes sociales.

Salud Mental:

Los miembros del equipo de salud encargados de la atención del paciente en las Salas de Internación, manifiestan que desde el servicio de Salud Mental de la Institución, la respuesta es muy limitada y esporádica. Cabe destacar que dicho servicio se encuentra abocado a la atención de numerosos pacientes con escaso personal, evidenciándose en la atención limitada y tardía de los pacientes internados en otros servicios y de la poca continuidad de tratamiento, cuando este es necesario.

No obstante desde el Servicio Social, se implementa un proyecto en forma conjunta con tres licenciadas, que asisten ad-honorem, destinado a la atención y tratamiento de pacientes complementando la tarea del Trabajador Social.

La atención Psicológica del paciente social comienza cuando la asistente social realiza la derivación pertinente.

Las actividades realizadas se basan en la escucha y la clarificación de situaciones planteadas como conflictivas desde el paciente. En general se utiliza la palabra, en muchos casos se solicitan y facilitan elementos que les permitan restablecer sus relaciones sociales (diarios, revistas, fotos familiares, cartas, etc.).

Los referentes del servicio manifiesta la dificultad de trabajar con dichos pacientes, puesto que en general llevan mucho tiempo de internación y se encuentran institucionalizados, por lo que cualquier intento de revertir dicha situación es muy complicado.

Enfermería:

En las áreas de Clínica Médica, Traumatología y Cirugía, desde el Servicio de Enfermería, el trabajo con estos pacientes se realiza desde el comienzo de la internación. Las actividades que se realizan son de higiene, confort, medicación, interconsultas (sobre todo con Servicio Social al detectarse la problemática), y lo que se requiera durante la internación. Los integrantes manifiestan que se realiza una intervención similar que con los otros pacientes, con la diferencia que, debido al tiempo transcurrido en la institución,

surge un trato de confianza, y en los casos de pacientes autoválidos, se les da tareas para que colaboren con el resto de los pacientes y el personal (por ej. Darle de comer a otro paciente imposibilitado).

Como recursos se utilizan los mismos que con el resto de los pacientes, con la diferencia que en muchos casos se debe suplir los que generalmente brindan la familia, como darle de comer a los que se encuentran incapacitados a hacerlo por sus medios, comprar ciertos elementos que el hospital no posee, otorgarle ropa o calzado, entre otros. Dicho recursos son obtenidos por la ayuda de grupos de voluntarios como damas rosadas, damas lilas, etc.

Los integrantes del Servicio expresan que se generan dificultades con estos pacientes debido a que el tiempo de permanencia trae como consecuencia que el paciente tome atribuciones en relación al lugar, presentando conflictos con los cambios de cama o de sala, o con la comida. A su vez aumenta el problema de la capacidad de camas que existe en la institución, dificultando el trabajo con los otros pacientes que deben esperar sobre una camilla, sobre todo el área de cirugía, un lugar disponible.

Servicio Médico:

Desde las áreas enumeradas en el punto anterior, el servicio médico, comienza a tratar al paciente como “social”, una vez que soluciona la patología por la cual ingresó, se le otorga el alta y se visualiza impedimentos para concretarla. En tal caso se comunica al Servicio Social. En algunos casos se realiza la interconsulta con anterioridad si hay sospecha de falta de contención o abandono.

A partir de ese momento, se trata al paciente de igual manera que al resto, pero con menor asiduidad. Se observa una excepción en el área de clínica médica, donde existen salas ocupadas en su totalidad por este tipo de pacientes, y los médicos sólo asisten cuando el paciente lo solicita o manifiesta algún tipo de malestar. En el área de traumatología dicha situación se visualiza sólo con algunos pacientes que se encuentran en salas individuales.

Los integrantes del Servicio manifiestan observar muchas dificultades en relación a la permanencia prolongada de estos pacientes, sobre todo en cuanto a las infecciones intrahospitalarias que pueden adquirir en contacto con otros pacientes. Otro problema que expresan es la ocupación de camas, y el sobrecargo del personal.

Terapia Ocupacional.

Desde este servicio se trabaja con los pacientes por interconsulta, sólo cuando poseen patología aguda y hasta la finalización de la misma. Con los pacientes restantes no realizan intervención alguna.

En ocasiones anteriores, como se explica en el desarrollo de los proyectos, se realizaban tareas con la totalidad de los pacientes sociales, desde la sala diurna. Los miembros del Servicio manifiestan que dichas actividades “fracasaron”, ya que la institución no está preparada para intervenir con dichos pacientes y no reconoce la existencia y permanencia de los mismos, lo cual genera dificultades con el personal que intenta intervenir con ellos.

Kinesiología.

Desde el servicio de Kinesiología la intervención con los pacientes sociales comienza con la interconsulta focalizada del médico (sobre todo desde el servicio de clínica médica). Se realizan actividades enfocadas a la rehabilitación motora y/o respiratoria. En muchos casos se requiere la colaboración de la familia, lo cual se ve dificultado con este tipo de pacientes. Desde la rehabilitación se necesita una asistencia continuada, y por la permanencia extensa y la falta de colaboración externa, genera una sobrecarga en los profesionales, que no pueden dar una atención óptima.

Instituciones de la zona de influencia del IIIGA que representan una alternativa viable para la externación de los pacientes sociales.

A continuación se expondrá un cuadro con las instituciones que se tienen en cuenta como alternativas para la externación y derivación de pacientes sociales y las limitaciones de las mismas que demuestran su inviabilidad al momento de responder a la problemática. Esta situación evidencia que no existen en la zona alternativas viables de externación.

INSTITUCIÓN	LIMITACIONES.
INA.RE.P.S. (Instituto Nacional de rehabilitación Psicofísica del Sur)	Sólo para pacientes en rehabilitación física, compensados clínicamente. Una vez que se rehabiliten les dan el alta y regresan al hospital.
Hogar Municipal de Ancianos	Sólo para pacientes mayores de 70 años. Se encuentra con su capacidad cubierta.
Hogar Municipal Autogestionado de la Laguna de los Padres.	Sólo para pacientes autoválidos. Se encuentra con su capacidad cubierta.
Hogar de crónicos de la Gruta de Lourdes	Si bien pertenece al obispado de Mar del Plata, es de carácter privado y posee una cuota demasiado cara.
Hogar Nazaret. Cáritas.	Funciona como refugio de 19 a 7 hs, lo que implica que los pacientes deben permanecer en la calle durante el día, teniendo problemas con los que no son autoválidos.
ASAAR.	Es una institución que funciona como hogar, sólo con alcohólicos en recuperación, que manifiesten la intención de recuperarse, y permanecen hasta el momento que se concrete la misma. A su vez poseen un Hogar transitorio donado por la municipalidad, destinado a albergar a las personas sin hogar. Al mantenerse económicamente por el ingreso de los miembros de la comisión y donaciones voluntarias, se encuentran limitados en cuanto al servicio que prestan y no están realizando nuevos ingresos.
Casas de familia con cuidadores pagos por poco dinero.	Por más que sean muy económicos (de \$100 o \$200) no todos cuentan con esa cantidad de dinero. No obstante a veces son costeados por donaciones, las cuales no siempre

	alcanzan lo cual no asegura la continuidad. A su vez si el paciente requiere de muchos cuidados no son apropiados.
Geriátricos privados	Sólo para pacientes con obra social o dinero para costearlo.
Hospital Municipal de San Cayetano	Aceptan un paciente muy esporádicamente.
REMAR	Poseen un régimen en que hacen desempeñar tareas laborales a los pacientes, por lo cual en muchos casos se dificulta por el estado de salud de los mismos y regresan al hospital. Actualmente no están recibiendo pacientes. A su vez presentan problemas con la habilitación.
Hogar de las Hermanas de la Caridad	Aceptaban esporádicamente pacientes sociales, pero actualmente sólo ingresan pacientes con HIV.
Neuropsiquiátrico Taraboreli de la ciudad de Necochea	Sólo para pacientes demenciados o con diversas psicopatologías y por orden judicial. Actualmente está con su cupo cubierto.
Otros hogares Municipales de la zona	Para pacientes de otras localidades, presentan las mismas limitaciones que el local).

- INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE CASO -

El estudio de caso constituye un estudio exhaustivo y profundizado de los objetos de investigación, permitiendo obtener un amplio y detallado conocimiento de los mismos. Se basa en que si se estudia con atención las unidades de un universo se está en condiciones para caracterizar y conocer los problemas generales del mismo.

A partir del desempeño pre profesional realizado durante los años 2002-2003, la observación participante hacia la población hospitalaria empleada en tal instancia, la observación documental de historias clínicas y las entrevistas aplicadas a la muestra indicada y a sus familiares o referentes en los casos posibles; se realizó una matriz con el fin de unificar y sistematizar los datos obtenidos⁶⁹. A continuación se expondrán los resultados más relevantes y finalizando se presentará la exposición de tres casos significativos.

Datos demográficos

De la muestra estudiada se presentan las siguientes características:

En cuanto al sexo de los pacientes, el 85% es de sexo masculino, y el 13,3% de sexo femenino, destacándose la prevalencia de los primeros.

SEXO	%
MASCULINO	86,6
FEMENINO	13,3
Total	100

El promedio de edad de los pacientes es de **61 años**, representando el 40% los pacientes pertenecientes a la tercera edad, y distribuyéndose de la siguiente manera:

⁶⁹ Ver Anexo VII.

Edad	%
50-60	33,3
60-70	33,3
70-80	26,7
> 80	6,7
Total	100

En cuanto al Estado civil se destacan los pacientes que se encuentran solos, ya sea separados o viudos, siendo menor el porcentaje de los casados.

Estado Civil	%
Separados	66,7
Viudos	20
Casados	13,3
Total	100

En relación al nivel educacional se encuentra muy diversificado, siendo mayor la cantidad de alfabetos.

Nivel educacional	%
Analfabetos	20
Primario Incompleto	20
Primario Completo	20
Secundario Completo	20
Universitario Incompleto	6,7
No contestan	13,3
Total	100

En cuanto al lugar de nacimiento se observa que ningún paciente es nacido en la ciudad de Mar del Plata, destacándose la prevalencia de pacientes nacidos en el interior del país:

Lugar de Nacimiento	%
Provincia de Buenos Aires	13,3
Capital Federal	26,7
Interior del País	46,7
Exterior del País	13,3
Total	100

Siguiendo el análisis del lugar de origen, el tiempo de permanencia en la ciudad de Mar del Plata es el siguiente:

Tiempo de permanencia (en años)	%
20-30	53,3
Más de 30	20
Menos de 20	13,3
No recuerdan	13,3
Total	100

La mayoría de los pacientes debió migrar por motivos económicos en busca de trabajo en la ciudad.

Motivo de Migración	%
Económicos/laborales	53,3
Familiares	34
No recuerdan	13
Total	100

Caracterización socioeconómica.

Al momento de la internación la mayor parte de los pacientes alquilaban un lugar para vivir, ya sean viviendas, pensiones o habitaciones de hotel, el cual mantenían con ingresos provenientes del trabajo o ayuda otorgada. En el 67 % de los casos lo perdieron en el momento de la internación por no poder sustentarlo más. En el 33% restante lo mantienen los familiares.

En el caso de viviendas no alquiladas las han perdido en el momento de la internación.

En la totalidad de las viviendas, las mismas se encontraban en estado de abandono o con carencias de servicios.

Tipo de Vivienda	%
Alquilada	40
Cedida	27
Ocupada	20
Sin Vivienda	7
Propia	6
Total	100

Del bajo porcentaje de ocupados (13,3%), la totalidad se encontraba realizando trabajo informal, con ingresos esporádicos y escasos para la cobertura de las necesidades básicas. La mayor parte de los pacientes (86,7%) se encontraban desocupados al momento de la internación. La forma de subsistencia de los mismos se divide en forma proporcional entre ayuda de familiares y amigos, quienes mendigan y los que se dedican al cirujco.

Tiempo de desocupación (en años)	%
< 1	23
2-4	46
>5	16

Nunca trabajó	8
No recuerda	7
Total	100

Grupo social continente.

La distribución de los pacientes estudiados según la presencia de familia es la siguiente:

Familia	%
Presente.	33
Se presentó alguna vez durante la internación y actualmente está ausente.	27
Ausente	40
Total	100

De quienes poseen familia presente el 40% presenta un familiar (madre, hija u esposa) quien visita al paciente en forma continua, permaneciendo largo tiempo en las salas de internación. Las limitaciones en cuanto al cuidado del paciente y a la externación son de índole económico y laboral, ya que no presentan las condiciones necesarias para albergar a los pacientes y responder a las necesidades específicas que presentan.

A su vez, dentro de este grupo con familia presente se encuentran casos representativos:

- Un paciente tiene una esposa que a su vez no es autoválida y se encuentra internada en otra institución.
- Otro posee hijos que se han encargado de externaciones anteriores, lo visitan una vez por semana, y actualmente manifiestan no poder hacerse cargo de la externación

porque en la ocasión anterior presentó problemas en cuanto a la relación con el resto de la familia conviviente.

- En un último caso el paciente tiene tres hijos. Los dos mayores viven en Mendoza y el menor en la ciudad con su madre, quien es su ex esposa. Esta última visita semanalmente al paciente, el cual no se encuentra autoválido. La limitación en cuanto a que ésta se encargue de la externación es que hace ya muchos años que se encuentran separados y manifiesta que la relación la mantiene por solicitud de su hijo. A su vez una hermana que vive en Mendoza se comunica asiduamente con el hospital por vía telefónica y manifiesta el deseo y posibilidad de que su hermano vaya a vivir con ella a dicha provincia. El paciente se niega por no querer separarse de su hijo menor.

De quienes poseen familiares que se han presentado alguna vez durante la internación y actualmente se encuentran ausentes, se destacan los siguientes casos significativos:

- En un caso, el paciente cuenta con los familiares de su esposa fallecida, quienes en un primer momento se hicieron cargo de su hospedaje y cuidados por no ser éste autoválido. Luego de unas semanas volvieron al hospital a reinternar al paciente, ya que no pudieron mantenerlo económicamente y sus conductas (posee demencia senil), dificultó la dinámica familiar. No regresaron más.

- En otro caso, al año de la internación, asiste al hospital, una hermana del paciente, manifestando poseer una casa que acondicionaría para que el mismo habite. El paciente es autoválido, pero requiere de cuidados diarios. La hermana se comprometió a ofrecerlos con la ayuda del servicio social, que se comprometió a tratar con las empresas de luz y de gas la reconexión de los servicios y a la tramitación de bolsas de alimentos. Cuando de dicho servicio se vuelven a comunicar con la familiar la misma no contesta llamados y no vuelve a la institución.

- En los casos restantes asisten primos al comienzo de la internación y al llegar el momento del alta no se los puede contactar, no regresando a la institución, limitando en un caso el alta y en otro la rehabilitación en INAREPS⁷⁰.

Los pacientes que no poseen grupo social continente representan la mayoría. La totalidad de los mismos manifiestan no tener relación con ningún familiar desde hace más

⁷⁰ Cabe destacar que, como se expuso anteriormente, esta institución no ingresa a pacientes sin referentes familiares que firmen el ingreso.

de 20 años. El 67% de los mismos abandonaron a sus familias, mientras que el 33% restante fue abandonado por ellas.

Caracterización según Estado de Salud e Internación.

De la totalidad de pacientes sólo el 6,7% recibe un ingreso fijo por subsidio, del porcentaje restante, ninguno percibe jubilación, pensión o es beneficiario de algún plan social, con la consecuente carencia de obra social.

En relación a los hábitos conductuales el 89% presentó hábitos nocivos a la salud en el momento de la internación, siendo los más significativos la adicción al alcohol y al tabaco. Presentando la siguiente distribución:

Conducta	%
Enolistas y Tabaquistas	69
Tabaquistas	31
Total	100

Dentro de las áreas de internación estudiadas, la que posee mayor cantidad de pacientes sociales es la de Clínica Médica, seguida por la de traumatología, quedando última la de cirugía.

Área de Internación	%
Clínica Médica	66,7
Traumatología	26,7
Cirugía	6,6
Total	100

En el Servicio de Clínica Médica los pacientes sociales representan un 9% de las camas ocupadas, teniendo en cuenta que el servicio posee 90 camas. En el Servicio de traumatología representan el 11%, siendo el total de las camas 35; y en el Servicio de Cirugía representa el 2.6% de un total de 38 camas. Cabe destacar que en este último

servicio las internaciones son pre y post quirúrgica, derivándose a los anteriores servicios mencionados los casos que no atraviesan estas etapas.

La mayoría de los pacientes ingresan al hospital presentando como diagnóstico exclusivamente mal estado general por abandono. A su vez es significativo el porcentaje de afluencia de personas con Accidente Cerebro Vascular Isquémico y con enfermedades oncológicas.

El mayor porcentaje de éstos pacientes son autoválidos, representando el 60%, mientras que el 40% restante no presentan las condiciones para valerse por sí mismos.

A su vez el 70% posee actualmente una patología crónica.

Diagnóstico al ingreso.	%
Mal estado general	34
ACV	20
Enfermedades oncológicas	13
Otros ⁷¹	33
Total	100

Presentaron deterioro durante la internación un 67%, mientras que un 33% permaneció igual o mejoró su estado de salud. Dicho deterioro se presenta por: infecciones y enfermedades intrahospitalarias, caídas, postración y depresión.

Al analizar la concepción subjetiva de la salud en éstos pacientes la mayoría manifiesta sentirse mal y presentar graves problemas de salud, del total de éstos pacientes sólo el 62,5% coincide con la concepción objetiva (diagnóstico médico), mientras que el 37,5 restante presenta una patología coincidente.

Manifestación subjetiva	%
Se sienten bien	40
Se sienten mal	54

⁷¹ En esta categoría se enumeran Insuficiencia Cardíaca, Demencia Senil, Diabetes, Lumbalgia y Fracturas.

No saben	6
Total	100

En relación a la utilización del servicio de salud previamente a la internación el 86% asistió al hospital anteriormente, de los cuales el 80% presentó internaciones anteriores. Un 40% acudió a salas sanitarias y un 20% a otras instituciones de salud (INAREPS y clínicas privadas).

Cantidad de internaciones	%
< 5	50
> 5	41,7
No recuerda, ni hay registro	9,3
Total	100

Cotidianidad.

El 60% de los pacientes presentan problemas con el personal. No obstante, la relación con otros pacientes es en mayor medida buena.

Tipo de relación con otros pacientes	%
Buena	47
Mala	20
Indiferente	33
Total	100

El 40% no recibe visita de ninguna índole. El 60% restante recibe visitas de familiares o amigos (44,5%) y de otras personas (55,5%), tales como pacientes que estuvieron internados con los que se estableció una relación, gente de las iglesias y voluntarios del hospital.

Al interrogar a los pacientes sobre las actividades que realizan durante el día, el 67% manifiesta no hacer nada, mientras que el 33% restante comenta realizar algún tipo de actividad, dentro de las que se encuentran deambular por los pasillos, mirar televisión, escuchar radio, leer, conversar con otros pacientes y ayudar a los enfermeros.

Al preguntar como se sienten en relación a la permanencia en el Hospital a pesar de su estado de alta, manifiestan en igual proporción las siguientes cuestiones:

- el deseo de ir a otra institución,
- la necesidad de irse “donde sea” y “como sea”,
- no reconocen la existencia del problema,
- la necesidad de solucionar problemas personales e irse (cobrar dinero que se les debe, reconciliarse con sus familias, que los amigos lo ayuden, recuperar sus hogares, culminar acciones judiciales, entre otros.)
- el deseo de irse fuera de la ciudad donde se les pueda encontrar una solución (sobre todos los que poseen familiares fuera)
- El hecho de esperar a sanarse para externarse.
- Jubilarse o pensionarse, para tener un ingreso que posibilite la cobertura de sus necesidades fuera del hospital.

Estudio de casos concretos.

Se seleccionan dos casos de los presentados en la muestra, por su representatividad en relación a la totalidad, ya que en los mismos se encuentran situaciones constantes en la generalidad con sus respectivas singularidades.

Poseen en común, la limitación de externarse a partir del alta médica, debido a motivos sociales, lo cual desemboca en una internación sumamente extensa, con sus respectivas consecuencias, a su vez ambos presentan patologías crónicas. Se diferencian a partir del hecho de que uno de ellos presenta una familia presente y no es autoválido y el otro carece de familia y es autoválido.

De allí se caracteriza el resto de la situación.

CASO I:

Se trata de una paciente de sexo femenino de 74 años de edad.

La paciente es internada en el Servicio de Clínica Médica del Hospital el 12 de Junio de 2002 por presentar un accidente cerebro vascular isquémico.

A los 12 días se solicita desde el servicio médico una derivación a INAREPS, cuyos referentes evalúan a la paciente decidiendo que por su edad y estado clínico rechazan la internación.

Al mes de iniciada la internación se realiza una interconsulta con el servicio social, ya que presenta el alta médica, no tiene posibilidades de rehabilitarse y tiene una hija de 51 años, quien manifiesta que en el estado de la paciente no se puede hacer cargo de la externación.

Datos obtenidos.

La paciente tiene 72 años de edad, es nacida en Capital Federal, es viuda. Luego de haber enviudado hace 20 años, comienza a trabajar y por cuestiones laborales, ya que en Buenos Aires trabajaba en una guardería hasta que se cerró y no consiguió más trabajo, debió instalarse en la ciudad de Mar del Plata con su hija. No posee otros familiares.

Una vez radicada en Mar del Plata trabajaba en casas de familia. Su hija realizaba distintos trabajos (manifiesta que trabajaba donde conseguía). Vivía al momento de la internación con su hija en una pieza sin baño propio, con todos los servicios y gas

envasado, la cual alquilaba. Su hija ya no la paga más y permanece, ya que la dueña le hace el favor de dejarla, no obstante la condiciona a vivir sólo, impidiendo que su madre viva allá.

Se realiza una visita domiciliaria y se entrevista a la dueña del lugar corroborando los datos enunciados y evaluando que dicho espacio no es apto para la paciente debido a su estado de salud.

A partir de reiteradas entrevistas con la paciente, se puede observar que la misma se niega a comunicarse, y si lo hace, manifiesta exclusivamente quejas acerca de diferentes dolores físicos (estómago, panza, piernas, entre otros). En escasas ocasiones contesta a los interrogantes realizados.

La hija se encuentra a su lado constantemente, respondiendo todas las preguntas que su madre no responde, convirtiéndose en vocera de la misma. En ocasiones se solicita a la hija, se retire, a fin de realizar la entrevista, no obstante la paciente no manifiesta más que dolor físico y “mucho tristeza”, a la vez que llora, pero no se logra profundizar las causas y motivos.

La hija abandonó su trabajo porque cuida todos los días, y a toda hora, a su madre en el hospital, sin realizar ninguna actividad fuera del mismo y dejando de percibir los ingresos por lo cuales sustentaba sus necesidades básicas. Por lo tanto no paga más la pensión y subsiste por la ayuda solidaria de los demás.

Con pocas excepciones deja el Hospital, acudiendo esporádicamente a su domicilio a higienizarse y dormir. Generalmente duerme en la sala con su madre.

Durante la internación asiste al servicio social solicitando comida para ella, pañales para su madre y la derivación a otro lugar. A su vez manifiesta reiteradas veces que tiene “miedo a que los médicos saquen” a su madre, como también al hecho de que al ver que está de alta la traten mal.

Evolución del estado de salud durante la internación:

La paciente no presentaba ingresos anteriores a la institución, excepto por consultorio externo. Según manifiesta su hija se atendía en la clínica modelo gratuitamente por tener un médico amigo de la familia.

La paciente realiza tratamiento kinésico y de terapia ocupacional en el hospital los cuales son suspendidos por falta de colaboración.

Durante la internación presenta úlceras gástricas y pediculosis. A su vez escaras y postración por falta de rotación y de movilidad.

Se presentan dificultades en cuanto a la relación con el personal de enfermería, desde la paciente y su hija.

Al pasar los días de internación presenta depresión.

Actualmente se encuentra en tratamiento con una Lic. en psicología. Se niega a salir de la cama para asistir a consultorio, de igual manera se continúa el tratamiento.

Diagnóstico social al ingreso.

La paciente no cuenta con posibilidades de rehabilitación, lo cual dificulta la externación, ya que el único familiar continente (hija), si bien la acompaña diariamente, no cuenta con las condiciones materiales necesarias para brindar los cuidados que la paciente necesita por su patología. No posee obra social ni pensión las cuales le corresponden por ser mayor de 70 años.

Plan de acción

- Asesorar y colaborar con la hija de la paciente para la tramitación de DNI, pensión y obra social.
- Buscar alternativas de externación posibles según sus características.
- Acompañar y contener a la paciente en el proceso de su internación, informándole el estado de su situación y el de las acciones emprendidas.
- Solicitar interconsultas a los profesionales pertinentes e informar al resto del equipo de salud acerca de la situación social de la paciente.
- Analizar con mayor profundidad la reacción de la hija ante la situación de su madre y acompañarla, asesorarla e investigar conjuntamente acerca de las alternativas de acción posibles y de la reorganización del grupo familiar.

Intervención desde el Servicio Social:

A partir del plan de acción emprendido, desde el Servicio Social se tramita la derivación pertinente hacia el Hogar Municipal de Ancianos. Desde el Área de Tercera

Edad de dicha dependencia, se evalúa el ingreso de la paciente, no obstante permanece en lista de espera, por falta de camas.

La hija, por su parte, asistió reiteradas veces a dicha área y a INAREPS, con el fin de que reconsideren la situación, no obteniendo ninguna respuesta positiva. A su vez, con el asesoramiento del servicio social y la recomendación del capellán del hospital, asistió a geriátricos privados con recomendación a fin de corroborar la posibilidad de que, solidariamente, le otorguen un lugar, obteniendo como respuesta que por el momento no es posible, ya que no hay lugar y se encuentran internados otros pacientes en esas condiciones, pero que en un futuro se podría reconsiderar.

A su vez se asesora a su hija para la tramitación de DNI, ya que lo tiene extraviado, con el fin de tramitar pensión para mayor de 70 y PAMI mayor de 70, correspondientes a por su edad, y tramitar silla de ruedas para facilitar y fomentar la movilización del paciente.

En cuanto a la intervención directa con la paciente, se realizan sucesivas entrevistas en las cuales se repite la situación que al comienzo. Se realizan interconsultas hacia el servicio de kinesionología y terapia ocupacional, con el fin de propiciar la realización de actividades y evitar la postración y depresión. No obstante la respuesta desde dichas áreas es de no reanudar el tratamiento, ya que la paciente no muestra predisposición al trabajo y se niega a realizar cualquier tipo de actividad. A su vez se realiza una interconsulta con la Lic. en psicología del servicio social, realizándose una intervención conjunta con la misma.

Paralelamente, se interviene con su hija, en relación a su extensa permanencia en el hospital. Se le explica que la paciente cuenta con personal de la institución disponible para su cuidado y que no es necesario que ella permanezca día y noche junto a su madre, intentando fomentar que realice actividades fuera del hospital, ya sean laborales, sociales, o recreativas, entre otras cosas. No obstante la situación persiste y las únicas actividades que realiza desde el exterior son las de buscar lugar para su madre.

En relación a los miedos que expresa en cuanto al trato del personal hacia su madre y en relación a la externación de su madre de la institución, se evalúa en primera instancia si existieron indicios de mal trato en relación al personal y al comprobar lo contrario, se realizan actividades de clarificación acerca de la situación de su madre en el hospital, y que si bien está de alta, la internación seguirá hasta encontrar alternativas viables de externación, y que este hecho no hará variar la relación del personal hacia su madre.

Se evalúa que con el transcurso de la internación la permanencia de la hija en el hospital va aumentando, por lo cual se reorientan los objetivos de la internación con el fin de lograr mayor dependencia y autonomía en ambas partes.

Con dicho objetivo, se realizan sucesivas entrevistas con la hija en las que se desarrollan temas en relación a la búsqueda de trabajo y la realización de diferentes actividades sociales, en las cuales manifiesta “ya me voy a poner a trabajar, pero ahora estoy muy ocupada con mi mamá”, se reitera que no es necesario su presencia permanente, pero la situación se reitera.

A su vez, se le sugiere que viaje a Buenos Aires facilitándole el pasaje, a fin de conseguir la partida de nacimiento para el trámite de duplicado del documento, propiciando que, a pesar de ser una actividad relacionada con su madre, comience a movilizarse fuera del hospital. No obstante se niega a realizar el viaje.

El documento se encuentra en trámite por iniciativa del Servicio Social, a la espera de que al obtenerlo se pueda tramitar pensión y PAMI.

Situación actual.

Actualmente la paciente se encuentra en el día 512 de internación, no se moviliza ni sale de la cama. A su vez, su hija permanece diariamente en la sala durmiendo en el hospital y regresando a su casa muy esporádicamente.

Diagnóstico conclusivo.

Se puede evaluar que la postración y ausencia de actividad de toda índole, llevó a la paciente a un deterioro físico, evidenciado en su postración; mental, representado por su depresión, y social, demostrado por la carente relación interpersonal, que sólo se remite al vínculo con su hija. Quedando así totalmente representado el concepto de salud bio-psico-social, viendo que el deterioro del estado de salud se representa en las diversas áreas.

Por tal motivo se observa que la atención a la paciente, para llegar a ser integral, requiere del esfuerzo conjunto e igualitario de todo el equipo de salud.

Se puede observar que en el desarrollo de la internación tal atención se dio de manera desigual, ya que terapeutas ocupacionales y kinesiólogos no buscaron otras alternativas de acción ante la falta de colaboración, lo cual excede a la intervención

personal del profesional y está mayormente relacionado con el funcionamiento de dichos servicios. Desde el servicio médico y el de enfermería se ve que la atención fue discontinuada y aislada en relación al resto de los profesionales, pero eficiente. No obstante se observa que en la actualidad la única intervención continuada y conjunta es la del servicio social y psicología, a pesar de no haber encontrado a la actualidad muchos avances.

A su vez es destacable el posicionamiento de su hija ante la situación, el cual influye de gran manera en el estado de salud de su madre, creando mayor dependencia y propiciando la inactividad, ejemplificándose en el caso de que al realizar cualquier tipo de pregunta, la paciente se limita a contestar, ya que su hija responde por ella. Si bien es importante su presencia y necesarios sus cuidados, se deben evaluar las singularidades que en este caso presenta.

Se evalúa que al pasar la fase de desorganización en cuanto a la enfermedad de su madre, se organizó de una manera dependiente, perdiendo su individualidad y presentando las mismas dificultades que su madre, ya que permanece en el hospital sin realizar otras actividades fuera del mismo, con la diferencia que ella tiene otras posibilidades.

A partir de lo expuesto se debe evaluar si sería viable una intervención desde el área de psicología con la hija, pero desde fuera de la institución o desde un ámbito diferente que la madre, con el fin de evitar confusiones en cuanto que la paciente en cuestión, desde esta intervención, es la madre y no ella.

La situación socioeconómica llega a ocupar un lugar importante en la determinación de esta situación, ya que al haber existido vivienda propia, pensión, obra social, trabajo para su hija, o algún ingreso, la situación, hubiese sido diferente.

A su vez la composición familiar cumple un papel importante, ya que si bien tiene a su hija, al enviudar, cambió su estilo de vida y su lugar de residencia, siendo estos también factores influyentes.

CASO II:

Se trata de un paciente de sexo masculino de 63 años de edad.

La internación actual se inicia el día 21 de octubre de 2001 por guardia por presencia de síndrome de abstinencia alcohólica, internándose luego en el servicio de clínica médica.

A los pocos días se realiza una interconsulta con servicio social, debido a que el paciente había sido internado sin criterios de internación médica, por lo cual se le solicita la evaluación de las posibilidades de externación.

Datos obtenidos.

El paciente tiene 62 años de edad, es nacido en Capital Federal, es separado hace 35 años. Tiene 2 hijas en Estados Unidos a las que no ve desde hace aproximadamente 20 años. Vino a la ciudad de Mar del Plata durante la secundaria, ya que sus padres tenían vivienda aquí. Luego volvió a Buenos Aires varias veces radicándose definitivamente en la ciudad hace aproximadamente 25 años. Posee el secundario completo y ha realizado diferentes trabajos calificados hasta que se quedó sin trabajo, según manifiesta, debido a su estado de salud, hace 5 años. Subsistió desde ese momento realizando trabajos esporádicos en los cuales no requería hacer fuerza, ya que se sentía débil físicamente. Con los ingresos variables y escasos que percibía alquilaba una pequeña vivienda en condiciones precarias ubicada en la zona del Faro.

Posee la pensión por discapacidad en trámite, ya que fue iniciada por el servicio social en una internación anterior.

Se registran datos del paciente en la Historia Clínica desde el año 1974. Desde esa fecha hasta la actualidad se registraron 15 internaciones, en las cuales ha permanecido en los servicios de clínica médica, traumatología, cirugía y psiquiatría.

Los motivos de sus internaciones fueron: insuficiencia cardíaca y miocardiopatía por alcohol, síndrome de abstinencia alcohólica, alcoholismo agudo, caídas y fracturas por alcoholismo, e intoxicaciones alcohólicas.

En dichas internaciones se han realizado múltiples interconsultas con el servicio social, presentando en la totalidad de las mismas el mismo diagnóstico.

A continuación se expone una copia de una encuesta social realizada en el Hospital durante el año 1977 y una encuesta social del año 2002.

UNIDAD HOSPITALARIA
SANITARIA REGIONAL
MAR DEL PLATA

ENCUESTA SOCIAL

17/1985

APELLIDOS Y NOMBRES: <i>Sergio</i>		H.C.Nº: 2388
DOMICILIO: <i>Ute</i>		T.E.
LUGAR DE NACIMIENTO: <i>C. Federal</i>		FECHA DE NACIMIENTO: <i>30-XI-1939</i>
NACIONALIDAD:	ESTADO CIVIL: <i>soltero</i>	DOCUMENTOS:
INSTRUCCION: <i>Secundario</i>		PROFESION U OFICIO: <i>Plomero</i>
LUGAR DE TRABAJO:	Ocupacion:	EMPLEOS:
LUGAR DONDE SE ASISTIO: <i>H. Salsipuel</i>		MEDICO TRATANTE: <i>a. M.</i>
PROPIETARIO	INQUILINO ☒	VIVIENDA CEDIDA
INDIVIDUAL:		COLECTIVA
CONSERVACION:	VENTILACION:	INSULACION:
NUMEROS Y DIMENSIONES DE LAS HABITACIONES: <i>1 habitacion</i>		
CLOACAS	POZO CIEGO	BAÑO ☒
DUCHA		AGUA CORRIENTE: ☒
INDIVIDUAL		COLECTIVA
POZO	MOTOR	BALDE
BOMBA:		PROXIMIDAD DEL POZO CIEGO:
NUMERO DE PERSONAS POR PIEZA: <i>1</i>		CON QUIEN COMPARTO EL ENFERMO SU CAMA
EDAD:		
ARTEFACTOS ESPECIALES:		
HIGIENE GENERAL DE LA VIVIENDA:		CONVIENE PARA EL ENFERMO?

[illegible]

TOTAL DE EGRESOS:

Así mismo durante la entrevista
PERSONALIDAD DEL ENFERMO : Paciente que
refiere que fue traído por unos
amigos por un mal estado general
y manifestó que no tiene deseos
para continuar estudiando
la medicina pues gustó

~~INT. GRACON SOCIAL~~ En estos días, casi
30000\$ - actualmente su
situación es angustiosa por
no tener vivienda. Sus
problemas se relacionan
con los pocos trabajos.

CAUSAS DE NINERIAS
CAUSAS DE RECURSOS ECONOMICOS
CAUSAS DE FAMILIARES

~~22-657~~

ENCUESTA SOCIAL UNICA

Causa del estudio social

A) IDENTIFICACION:

1) Fecha: Día <u>5</u> Mes <u>4</u> Año <u>02</u>	
2) Apellido y nombre: <u>Sigüe</u>	3) H. C. N°: <u>4305309</u>
4) Domicilio: Calle: <u>no por vivienda.</u> Nº: Tel.: Localidad: Partido: Provincia: Antigüedad de residencia en el mismo: Procedencia:	
5) Lugar y fecha de nacimiento: <u>Dep Fed. 20/11/39</u> Nacionalidad: <u>Argentina</u>	
6) Año de ingreso al país:	7) Radicación legalizada: SI ☐ No ☐ En tr. ☐
8) L. C. ☐ L. E. ☐ C. I. ☐ D. U. ☒ N°	
9) Estado civil: <u>seperado</u>	10) Nivel educacional: Analfabeto ☐ Alfabeto ☐ Prim ☐ Sec. ☒ Univer. ☐
11) Profesión u oficio: Lugar de trabajo: Domicilio: Horario:	
12) Ocupación actual: <u>desocupado</u>	
13) Ingreso: Mensual Jornal	14) Pensionado ☐ Jubil. ☐ Ingreso: Afiliado N°
15) Obra social o mutual: Afiliado N°	Cuenta con servicio médico: SI ☒ No ☐ <u>HIGA</u>
16) Motivos que dificultaron su utilización:	

B) VIVIENDA:

17) Urbana ☐ Rural ☐	18) Propia ☐ Alquil. ☐ Amort. ☐ Cedida ☐	19) Independiente ☐ Compartida ☐	20) Material de Construcción:	21) Estado de conservación B ☐ R ☐ M ☐
22) N° de dormitorios:	23) Ventilación: B ☐ R ☐ M ☐	24) Iluminación: B ☐ R ☐ M ☐	25) Aseo y orden: B ☐ R ☐ M ☐	
26) Dormitorio del paciente Individ. ☐ Compartida ☐ Con: Edad: Sexo:		27) Cama del paciente: Individ. ☐ Compartida ☐ Con: Edad: Sexo:		

28) Servicios Sanitarios y Otros:

Provisión Agua:

Corriente ☐Inodoro ☐Letrina ☐Ducha ☐Motor ☐Desagües: Cloaca ☐Bañera ☐Lavatorio ☐Bomba ☐Pozo negro ☐Grifo ☐Grifo público ☐Cámara séptica ☐Cocina ☐Heladera ☐

C) COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR Y COHABITANTES:

[illegible]

D) ASPECTO MEDICO:

38) Salud	39) Enfermedad que padece	40) Lugar de atención	41) Motivo
neg	insuficiencia cardíaca	HUBO	NOPE

F) OBSERVACIONES:

El pte. se encuentra internado en este hospital desde el mes de octubre año 2001, a pesar de ser de alto riesgo. No posee vivienda ya que debido a su estado de salud no realiza actividades laborales por lo cual no permite ingreso alguno. Por dichos motivos ~~no~~ se le ha imposibilitado de seguir con sus estudios de quienes es su vivienda no posee familiares en lo cuido.

F) DIAGNOSTICO SOCIAL.

El pto. no cuenta con los medios suficientes para cubrir
necesidades básicas.
No prees familiar o sostenido.
No cuenta con otros social

G) SOCIALTHERAPIA:

Exclusión la situación actual de los trámites de derivación al lugar municipal de destino.
Trámites DNI por extraneo o fin de trámites pensión por invalidez.

H) Firma y aclaración de firma del Trabajador Social actuante:

PROFENCIA MEDUESC

Al comparar las encuestas, se puede observar que en el transcurso de 26 años el diagnóstico social no presentó modificaciones sustantivas.

Evolución del estado de salud durante la internación:

El paciente mantiene una muy buena relación con el personal del hospital.

Pasado el síndrome de abstinencia presentó buena evolución, no obstante posee un diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica, presentando agitación y cansancio para la realización de cualquier tipo de actividad.

Se movilizaba por medio de bastón y con gran dificultad.

Al mes del reingreso (marzo de 2003), se deriva al paciente al servicio de cirugía, por amputación del miembro inferior derecho.

A pesar de sus limitaciones el paciente se encuentra autoválido para realizar las tareas de la vida diaria.

Desde el mes de octubre de 2003 no presenta evolución médica en su historia clínica.

Diagnóstico social al ingreso:

El paciente no se encuentra realizando tareas laborales debido a su estado de salud, por lo cual no percibe ingreso alguno, lo que implica que no pueda cubrir sus necesidades básicas. No posee vivienda, ni grupo social continente. Presenta alcoholismo crónico con múltiples reingresos en el hospital. Presenta múltiples limitaciones para externarse por sus propios medios.

Plan de acción:

- Buscar alternativas de externación posibles según sus características.
- Acompañar y contener a la paciente en el proceso de su internación, informándole el estado de su situación y el de las acciones emprendidas.
- Solicitar interconsultas a los profesionales pertinentes e informar al resto del equipo de salud acerca de la situación social de la paciente.
- Tramitar DNI y verificar el estado del trámite de pensión por discapacidad.

- Fomentar el desarrollo de actividades de acuerdo con su estado de salud.

Intervención desde el servicio social:

Desde el servicio social se le realizó el trámite gratuito de DNI, ya que lo había extraviado. A su vez se inició la pensión por discapacidad la cual se encuentra en trámite.

A pesar de su edad (es menor a 70 años), al principio de la internación (año 2001) se solicitó evaluación para el ingreso al Hogar Municipal de Ancianos, en donde fue aceptado e ingresado en lista de espera. En la actualidad (2 años después) sigue permaneciendo en dicha lista.

Se realizan diferentes entrevistas a fin de fomentar la realización de actividades que trasciendan las de mirar televisión y escuchar radio que son las que realizaba desde el comienzo de la internación, ya que el mismo manifestaba sentirse “aburrido y deprimido”. Así se obtiene como resultado que el paciente decida dedicarse a la lectura de libros, diarios y revistas (los cuales se le otorgan), y a salir de la habitación, yendo a visitar a otros pacientes y tomando mate con ellos (con el equipo de mate donado por las damas rosadas a pedido de la asistente social).

Durante el año 2002 ingresa a la sala diurna de sociales realizando tareas propuestas por las Lic. en Terapia Ocupacional, hasta la finalización del espacio.

En el mes de noviembre del mismo año se lo deriva al Hogar de las Hermanas de la Caridad, que en realidad es destinado a pacientes con HIV, pero al tener pocos pacientes, y por pedido especial del Servicio Social, es ingresado.

Regresa a la institución en el mes de febrero del año siguiente, ya que por el cambio de madre superiora del Hogar, se decide no mantener internados a pacientes que no poseen HIV.

Paralelamente se trabaja con el paciente por medio de apoyo y contención, ya que su extensa permanencia y el total reconocimiento de su situación actual, dificulta la vida diaria del paciente, manifestando con continuidad el deseo de irse a un lugar más propicio. Ha propuesto trabajar por vivienda, pero se evalúa que su estado de salud se lo impide, no porque no pueda hacer ninguna actividad, sino por no existir ofertas laborales para este tipo de personas.

Se ha convertido en vocero de otros pacientes, ya que cuando alguien necesita hablar con alguna asistente social, él baja al servicio a buscarla.

Actualmente los voluntarios del Hogar de la Hermanas de la Caridad, con la ayuda del Servicio Social, se encuentran tramitando la derivación a un Hogar que poseen las hermanas en el interior del País.

Situación actual.

Actualmente el paciente presenta 2 años y dos meses de internación, se encuentra amputado y en silla de ruedas.

No obstante todos los días baja al hall de entrada del hospital, según manifiesta “a ver la gente”. Cuando permanece en la habitación lee, escucha radio, mira televisión y recibe visitas de pacientes que compartieron internaciones con él, con los cuales estableció relación.

Comenta estar muy triste y angustiado por pasar “otra navidad” en la institución. Al preguntarle sobre cómo se siente con su situación actual manifiesta *“yo no quiero estar acá, no tengo que estar acá, porque el hospital es para curarse, un hogar es para vivir...”*

Diagnóstico Conclusivo.

El paciente demuestra total conciencia y reconocimiento tanto de la situación que está atravesando personalmente, como la del país y la de la institución en particular.⁷¹

En el transcurso de su historia se puede observar como los factores conductuales influyeron en su estado de salud, ya que al presentar alcoholismo crónico, se fue deteriorando y reingresando múltiples veces al hospital hasta no poder externarse más.

A su vez dicha conducta repercutió en su situación socioeconómica, separándolo de su familia y del sistema laboral, deteriorando aún más su estado de salud, al no poseer contención y cuidados, y al carecer de medios materiales para realizar los tratamientos correspondientes a su enfermedad, la cual fue progresando.

Su deseo permanente de recuperar su rol social y las acciones que emprende al respecto, al solicitar trabajo y hacer un esfuerzo por relacionarse con otra gente, demuestra la potencialidad del ser humano a superarse y la naturaleza social del mismo,

⁷¹ Ver anexo VIII. Nota N°1.

lo cual se ve limitada y dificultada tanto por su estado de salud, como por el socioeconómico.

El mantenimiento del diagnóstico a través de los años, demuestra la cronicidad de la patología social y nos enseña que es de vital importancia, evaluar desde **todo** el equipo de salud la reincidencia y los reingresos constantes, sobre todo cuando la totalidad de los mismos se relaciona con una misma causa, en este caso el alcoholismo. De allí la importancia de la prevención, que en esta caso no existió.

En cuanto al equipo de salud se observa que la única relación constante la mantiene con el Servicio Social, ya que el médico lo asiste muy esporádicamente, sólo cuando el lo solicita (e insiste sobre ello). Con el personal de enfermería el trato es más cotidiano, pero informal y fuera de lo asistencial. El resto del equipo no interviene.

En este caso se observa el deterioro físico que presenta a lo largo de su internación, ya que ingresó caminando, si bien con dificultad, y actualmente se encuentra en silla de ruedas y amputado, por presentar heridas que a su vez se fueron infectando cada vez más. A su vez se evidencia el deterioro luego de cada reingreso.

En cuanto a su estado psíquico, actualmente presenta mayor conciencia de su situación, ya que puede explicar su estado y las causas, lo cual al principio no era posible (ingresó por síndrome de abstinencia), no obstante el paso del tiempo en el hospital lo angustia y deprime.

Desde el servicio social hospitalario, la intervención se planifica en continuar la contención del paciente y la búsqueda de alternativas de externación. Mientras tanto la situación seguirá igual que hace 26 años.

Conclusiones y Propuestas.

- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS -

Considerando a la salud como un estado que lleva al ser humano a encarar positivamente los desafíos de la vida, luchando con energías para superar las dificultades de cada situación concreta, y a la persona saludable como un hombre que no está sólo ni aislado, sino formando parte de un proyecto colectivo, comunitario y socio – cultural que le permita desplegar sus posibilidades espirituales, es pertinente concluir que el paciente social es precisamente una persona **enferma**, ya que no posee dicho estado de salud.

Por lo tanto se debe considerar la existencia de una enfermedad o patología social, derivada de la soledad, en algunos casos y de la marginación y exclusión de la vida social de la totalidad de los mismos. Dicha enfermedad tiende a volverse crónica.

Muchas son las características que hacen definir al paciente social como persona enferma. En algunos casos orgánicamente no presentan patologías, pero no llegan a sentir el óptimo estado de salud. La pérdida del rol social, que implica la permanencia en un hospital por un período prolongado y sin expectativas de externación, hace que la recuperación del mismo y, consecuentemente, de la salud, esté muy lejos de alcanzar.

Las personas son seres activos por naturaleza, dicha actividad los convierte en seres saludables; cuando a dichos pacientes se les pregunta por las actividades que realizan durante el día un alto porcentaje contesta que no realizan **nada**.

En cuanto a los modos de vida, los cuales son altamente influyentes en el estado de salud, se analiza que gran porcentaje presenta estilos de vida no saludables: esto se evidencia en el alto índice de alcoholismo y tabaquismo.

Su historia, su lugar en esta sociedad los lleva a este estado, sus decisiones y su relación con el medio y los demás concluyen en su actual estado de salud.

En estos pacientes se representa mejor que en ningún otro el círculo que se genera en relación a los factores sociales influyentes en las problemáticas de salud y a las problemáticas de salud generadoras de situaciones socioeconómicas desfavorables.

Esto se evidencia en el hecho de que al enfermar muchos pacientes se quedaron fuera del sistema laboral, perdiendo coberturas sociales, posibilidades de jubilarse e ingresos para cubrir sus necesidades básicas. Mientras que otros ya poseían dichas características previamente y al tener carencia de vivienda, trabajo, alimento, falta de higiene, servicios básicos, etc., fueron deteriorando su estado físico culminando en la aparición de patologías o en el agravamiento de las mismas.

Esto se agrava en la situación que estamos atravesando mundialmente y sobre todo desde nuestro país, en dónde se evidencia día a día el aumento de la pobreza, del desempleo o la precarización de las condiciones laborales.

Estamos viendo que en la actualidad la esperanza de vida va en aumento y sobrepasa los 100 años y ellos a los 50 y 60 ya están esperando la muerte.

A su vez el aumento de la migración, se relaciona directamente con esta situación. Muchos se alejaron de sus lugares de origen, separándose de sus familias. Al perder el trabajo por el cual vinieron o al no haberlo encontrado nunca, se vieron solos y sin medios en lugares alejados de sus hogares. Hoy muchos, ya internados y enfermos, no encuentran la posibilidad de volver o piensan que “ya es tarde” para reencontrarse con su pasado. En muchos casos son esos familiares que se sintieron abandonados (o que lo fueron), los que se niegan a brindar ayuda después de tanto tiempo.

La soledad también constituye un factor de riesgo para enfermar, o un agravante de la misma, ya que la familia constituye la base de los cuidados en la mayor parte de las patologías y a su vez conforma el contexto determinante en la formación de los hábitos conductuales que generan o limitan el desarrollo de la salud.

Cabe destacar el rol de la mujer, ya que vemos que los pacientes sociales son generalmente hombres y los que tiene familia presente son cuidados por madres, hijas o esposas.

Si consideramos el lado político e institucional se puede concluir que la vulneración y limitación de la potencialidad de los seres humanos a poseer un estado de vida saludable, demuestra la violación a un derecho humano universal y esencial que es el de la salud. Dicha violación muchas veces es fomentada y hasta generada, por las instituciones e instancias decisorias que paradójicamente tienen por objetivo “Lograr la plena vigencia del *Derecho a la salud* para la población mediante el desarrollo e implementación de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad”.

Las políticas de salud desde la formalidad se plantean “el acceso de todos a sistemas y servicios de salud sostenibles”. Si bien dichos pacientes no carecen del acceso a los servicios de salud, este no es el adecuado para ellos, lo cual vulnera el derecho no sólo a una vida saludable sino también a la atención médica óptima.

El Estado a partir de la reforma de las políticas sociales y de salud desprotegen a la totalidad de la población, más todavía a estos pacientes que se encuentran en situación marginal con respecto al resto.

A su vez cabe destacar que la pasantía y la consecuente investigación se realizaron durante el período de mayor crisis en los últimos tiempos (2002-2003), en dónde se resintió el ámbito de la salud y de la institución hospitalaria.

En cuanto al hospital se debe tener en cuenta que actualmente aumentó la cantidad de pacientes por la pérdida de obras sociales y por la existencia de aranceles diferenciales difíciles de costear, y a su vez disminuyó la cantidad de personal por la ley de emergencia económica.

A su vez todavía en gran parte de la población se mantiene el concepto de que el hospital debe cumplir la función de albergue para los desprotegidos, como en sus orígenes.

Se debe evaluar que si se externa a estos pacientes, a pesar de su estado, en el momento en que se les da el alta médica, no sólo se estaría realizando un acto inhumano, sino que es seguro su reingreso con un estado de salud más deteriorado.

Muchos de estos pacientes permanecen a la espera de un tratamiento, intervención o rehabilitación. Pacientes con otras características esperan en su casa, ellos no cuentan con un hogar si no trabajan y para trabajar tienen que estar sanos.

La falta de preparación de un hospital de agudos para la permanencia de pacientes sociales, se ve evidenciada en el deterioro de los mismos, por falta de actividad y en las dificultades en la relación con el personal.

Los pacientes saben y perciben que ese no es su lugar, no tienen el mismo trato, hay servicios que se niegan trabajar con ellos, muchos se olvidan que son enfermos y tienen menos atención médica que si asistieran a un tratamiento ambulatorio.

A su vez se ven múltiples infecciones por la cantidad de antibióticos utilizados, y caídas por la falta de seguimiento continuo y personalizado y de un espacio físico óptimo para deambular.

Es necesario crear conciencia en los prestadores de salud y en los que toman las decisiones políticas, a fin de solucionar la situación de abandono, se debe atenuar la problemática social para que no incida en la física y tratar íntegra y correctamente la física para que no tenga consecuencias sociales.

Se puede exigir como solución legislar para evitar la marginación social. Disminuir los gastos en salud y mejorar la inversión en relación a la calidad de vida.

También se puede proponer la creación instituciones que respondan a las necesidades expuestas, ya que es muy escasa la existencia de Hospitales para Crónicos y muy limitada la capacidad de hogares para ancianos o desamparados.

Pero evaluando la situación actual de nuestro país ¿sería pertinente este planteamiento?

Se puede decir que para estos casos prevenir y promover la salud es lo ideal, pero no se previno ni se promovió hasta el momento, motivo por el que vemos un promedio de 20 camas ocupadas en un hospital de agudos por pacientes en los que dicha atención les sobra, y se sobregasta, pudiendo buscar alternativas mas benéficas para todos. En el caso de que se legisle, durante el tiempo que lleva el proceso, ¿los pacientes seguirán deteriorándose en la cama de un hospital?

Por lo tanto hay que actuar y hay que hacerlo ya. El rol del Trabajador Social está vinculado con el cambio, y la imaginación constructiva es el motor que lleva a la intervención profesional.

Desde el trabajo social debemos reflexionar si las necesidades enumeradas por Max Neef de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad, las cuales se obtienen desde el despliegue de sus potencialidades ¿se pueden satisfacer desde una cama de un hospital?

Por tal motivo considero indispensable que desde nuestra profesión se busquen respuestas creativas y concretas basándonos en la urgencia de dicha situación.

Para esto es indispensable la buena comunicación y colaboración entre las diferentes instituciones a fin de complementarse con lo mejor de cada una. Como así también, la colaboración de ONGs y tercer sector, y la actuación desde el nivel local.

No obstante se debe seguir reconociendo y exigiendo la responsabilidad del Estado, en cuanto al reconocimiento de la existencia de estas problemáticas y la acción consecuente, ya que el rol social que define el objetivo del hospital público es el de asegurar, para todos los ciudadanos, la accesibilidad a la atención como parte del derecho a la salud, siendo, por lo tanto, el Estado responsable de garantizarlo.

Desde los proyectos realizados considero que la iniciativa del convenio del Hospital, con la Municipalidad y la Cámara de geriátricos Privados, constituye una propuesta viable y sustentable para dar respuesta a dicha situación. Por tal motivo se debe incentivar al máximo a todas las partes para que actúen sinérgicamente, con eficacia y eficiencia a fin de comenzar a transformar la situación.

A su vez se debe trabajar desde el servicio social y con el apoyo de las instituciones pertinentes en cuanto a la tramitación de las pensiones correspondientes, en los casos que fueran posibles, ya que esto incluiría a los pacientes en el sistema de seguridad social, permitiendo la circulación de pacientes y evitando el agotamiento del recurso.

No obstante es de gran importancia trabajar con los pacientes que actualmente se encuentran internados y que se externarían, ya que presentan internaciones muy extensas y no todos se encuentran preparados para irse. Como se analizó muchos no reconocen la existencia del problema o están a la espera de “sanarse” para poder volver a su vida de antes.

Por tal motivo se debe evaluar el proyecto de la sala diurna de sociales y reformularla a partir de las limitaciones que llevaron al cierre de la misma. Una de las cuestiones a trabajar es el reconocimiento “formal” desde el Hospital de la existencia de pacientes sociales, lo cual llevaría a que el trabajo de pre alta de los pacientes sea integral e interdisciplinario. A su vez es imprescindible que al trabajar desde pre alta, se tenga la certeza de que el alta es posible y no una mera probabilidad o meta lejana. Por último es imprescindible propiciar la participación de los pacientes desde el planteamiento de las actividades a realizar, fomentando al máximo las capacidades potenciales que cada uno tiene y están dormidas en las camas del hospital.

Una propuesta es darles un lugar activo durante la internación, sobre todo a los autoválidos. En algunos casos ya se está empezando a implementar de manera muy informal, por iniciativa propia de algunos pacientes y del personal de enfermería, en relación al cuidado de otros pacientes, al darles de comer y ayudar en actividades simples.

A su vez se debe reforzar el trabajo con las familias, cuando estas están presentes, evaluando desde el principio la reacción ante el problema y acompañando y asesorando a la reorganización del grupo familiar, ya que se visualiza que se desligan totalmente del problema o se permanecen continuamente en el hospital sin propiciar situaciones de externación, sino todo lo contrario, promoviendo mayor permanencia.

Por último se propone continuar con otras investigaciones en relación al tema, sobre todo en cuanto a la visión que el equipo de salud tiene del paciente social y de la intervención del trabajador social con el mismo; como también el estudio del ingreso de estos pacientes por la guardia, con el fin de realizar un trabajo preventivo.

Como conclusión final y en base a los objetivos propuestos en la investigación se establece que para emprender todas las actividades propuestas y establecer un reconocimiento formal de la existencia de estos pacientes, se debe establecer una definición basada en criterios que unifiquen el concepto de “paciente social”. Por lo tanto se establece que el mismo es:

“todo paciente enfermo que ingresa al hospital por una insuficiencia orgánica, generada por su estilo de vida y diferentes alteraciones y limitaciones socioeconómicas presentadas a lo largo de su historia personal, la cual es compensada y atendida en su fase aguda por el equipo médico, otorgándose el alta correspondiente, la que no se concreta, al presentar el paciente limitaciones para cumplir con las funciones sociales necesarias para asegurar la continuación y permanencia del buen estado de salud. A su vez puede ingresar al hospital por una patología de cualquier índole y que al momento del alta, la misma o sus secuelas generen dificultades para el desarrollo de su vida cotidiana, generando problemáticas socioeconómicas y conductuales que refuerzan o empeoran la enfermedad desembocando en un círculo que retomaría lo expuesto al comienzo.

Ambas limitaciones son generadas por carencia de medios materiales para realizar el tratamiento necesario, de un grupo social continente para acompañarlo o de ambos para mantener el estado óptimo de salud”.



Foto: "Floencia con un Social". Autor: Juan Carlos Espósito.
La Boca. Noviembre de 2003.

-BIBLIOGRAFÍA-

- Amando de Miguel Rodríguez, “Calidad de vida y cohesión social”. “Seguridad y salud: aspectos sociológicos”. Salud y sanidad. Ponencia en el Congreso de Ciudades saludables. Universidad Complutense de Madrid.
- Barragán., Daniel Eduardo. Honorable Consejo Deliberante. Banca Abierta. 18-5-95
- Board on International Health. Institute of Medicine. “America’s Vital Interest in Global Health. Protecting our people, Enhancing our economy, and advancing our international interest” Washington, National Academy Press; 1997.
<http://www.nap.edu/readingroom/books/avi/>.
- Buesquets, Dolores y otros. “Los temas transversales”. Ed. Santillana, 1995.
- Canet Ponsa, M. Mercé, “La investigación dentro del Trabajo Social Hospitalario”, Revista de Trabajo Social y Salud, N° 14, enero, 1990.
- Castronovo, Raquel. “El neoliberalismo y las políticas de Salud en Argentina”. Anales I Jornadas sobre Salud y Trabajo Social en Argentina.
- Concepto de Salud y sus determinantes. Conceptos de Medicina Preventiva y salud pública. www.unav.es/preventiva/pagina/archivosadjuntos/primeraclaseconceptos.doc
- Constitución de la Provincia de Buenos Aires.
- Constitución Nacional de la República Argentina
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS y UNICEF. 1978.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. Diciembre 1948
- Diario La Capital. “La falta de Insumos condiciona la atención hospitalaria”. 25/07/02
- Di Carlo, Enrique. “La comprensión como fundamento de la Investigación Profesional”. De. Humanitas. 1996
- Di Carlo y equipo. “Trabajo Social profesional: el método de comunicación racional”. Ed. Humanitas. 1996.
- Eduardo Gudynas. Diagnóstico de CEPAL para América Latina. Estabilidad económica, inestabilidad social y deterioro ambiental. Banca Multilateral de Desarrollo. 1998.
- Erasti, Francisco. Principios de Gestión Hospitalaria.

- Eroles, Carlos “Trabajo Social y Derechos Humanos. Su relación con la Bioética”. Revista de Trabajo Social. Año III N° III. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Bs. As. La Plata. Agosto - 2000.
- Escudero, José Carlos. “El neoliberalismo y las políticas sociales en Argentina”. Segundas Jornadas anuales sobre salud y trabajo social. UNLU. Septiembre, 2000.
- Estrategias de combate a la pobreza, modelos de desarrollo y políticas de ajuste: una perspectiva comparada.
- Extensión Hospitalaria. Hospital, Interzonal General de Agudos “Eva Perón”. “Nuestro Hospital en la red de servicios: un desafío colectivo”. 1998.
- Favalaro, René. “Acerca de las Políticas Nacionales de Salud y Gasto Social”. Publicación en Revista del Centro Médico de Mar del Plata. 1996.
- Favalaro, René. “Homenaje a Paul. D. White. Panorama de la práctica actual de la medicina y de nuestra sociedad”. 1° Congreso Virtual de Cardiología. Conferencias de Miembros del Comité de Honor. 1999
- Fernández, A. Schiaffino, L. Rajmil, C. Borrell, M. García. “Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994” Atención Primaria Vol. 25, Núm. 8 Lunes 15 Mayo 2000.
- Franco R. Los paradigmas de la política social en América Latina. Revista de la CEPAL; Abril 1996.
- Frankl, Victor. “El Hombre en busca de Sentido”. Ed. Herder. Barcelona. 1979.
- Gilberto Calderón Ortiz. “La Gobernabilidad en América Latina”. Gestión y estrategia / No. 13 / Enero-Junio, 1998.
- Hartfiel, M. Isabel; Kuravsky, Rosana. “La recuperación del trabajo, un camino en la recuperación de la salud. Implicancias psíquicas, físicas y sociales de la inserción laboral en pacientes bajo programas de atención de salud en la Provincia de Buenos Aires”. [Http://www.clacso.edu.ar](http://www.clacso.edu.ar)
- Institute of Medicine. The future of Public Health. Washington DC: National Academic Press, 1988.
- Kottow, Miguel. “Bioética y derecho a la salud. Hacia una determinación de derechos sanitarios”. VII Jornadas Argentinas de Bioética / Jornadas Latinoamericanas de Bioética, Rosario, Noviembre 8-10, 2001.
- María Isabel Hartfiel, Rosana Kuravsky La recuperación del trabajo, un camino en la recuperación de la salud. Implicancias psíquicas, físicas y sociales de la reinserción

laboral en pacientes bajo programas de atención de la salud en la Provincia de Buenos Aires.

- Mena, Jorge. “Los servicios de salud en la Argentina. Instrumentos de análisis y de acción.” Fundación Universidad a Distancia Hernandarias, Ed. Docencia. 1995.
- Menéndez, Eduardo. “La Salud como derecho humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada”. Cuadernos de Medicina Social. N° 37. Septiembre, 1986.
- Mondragón, Jasone; Trigueros, Isabel. “Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud”. Siglo XXI de España Editores. Septiembre, 1999.
- Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Alojar el desarrollo. Una tarea para los asentamientos humanos. Santiago. CEPAL; 1996.
- Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La brecha de la equidad. América Latina, el Caribe y la Cumbre Social. CEPAL, Santiago. 1997.
- Navarro V, Benach J Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Edición de 1998. Washington, OPS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1999–2002. Washington, OPS; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991–1994. Washington, OPS; 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1995–1998. Washington, OPS; 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1999–2002. Washington, OPS; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. Prioridades Nacionales de Salud. 1995. Ficha de la Cátedra de medicina Social y Preventiva. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. U.N.M.D.P. 1998.
- Organización Panamericana para la Salud, “Situación de la equidad en salud, Argentina, 1999”. <http://www.ops.org.ar/FuentesInfo/PublicacArg/Equidad>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre

de 1966.

- Piedrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. Editorial Masson. Cap. 1. 1998.
- Redi, Cristina. “Conceptos de Salud”. Ficha de la Cátedra de Medicina social y preventiva. Fac. De Ciencias de la Salud y Servicio social. 1998
- Rombolá, Marisa. “El gasto en salud no se corresponde con el servicio”. Le Monde Diplomatique. Marzo 2001.
- Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Ed. Espacio. Buenos Aires. 1998.
- Sabino, Carlos. “El proceso de Investigación”. Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1986.
- Scándali, Susy. “La Guardia del Interzonal, una recorrida por el horror”. Diario La Capital. 03/02/03.
- UNESCO – FNUAP. “Niña – Madre. Guía del facilitador – Adolescentes: Ayudándolos a conocerse, mejorar su salud y convivir en Familia.” Venezuela 1993
- Vega-Franco L. “La salud en el contexto de la nueva salud pública”. El Manual Moderno. Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.

Anexo.

ANEXO I.

Tratados internacionales y el reconocimiento de la Salud como Derecho.

Declaración Universal de Derechos Humanos:

Art. 25, inc. 1- Manifiesta que toda persona tiene el derecho a un nivel de vida que le asegure así, como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.

Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Art. 12)

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los mismos
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas,
- d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José de Costa Rica)

Reconoce implícitamente que la salud es un derecho humano a través de los siguientes artículos:

- | | |
|--|---|
| - art. 4: derecho a la vida | - art. 24: igualdad ante la ley |
| - art. 5: derecho a la integridad personal | - art. 32: correlación entre deberes y derechos |
| - art. 17: protección a la familia | |
| - art. 19: derechos del niño | |

ANEXO II

Derechos de los pacientes.⁷²

- a) El respeto a su persona, a su dignidad humana y a su identidad.
- b) La ausencia de condicionantes para su atención resultante de limitaciones económicas individuales.
- c) No discriminación de orden religioso, racial, económico, sexual o de cualquier tipo.
- d) Al secreto profesional en todo lo atinente en su proceso de salud/enfermedad.
- e) A la información continua y correcta dada a él o a sus familiares sobre su proceso salud/enfermedad.
- f) A la asignación de un médico de cabecera que será su interlocutor principal con el equipo de salud.
- g) A la libertad de elección o negativa frente a las opciones terapéuticas que se le planteen, requiriendo su consentimiento para la realización de cualquier intervención, excepto:
 - cuando la no intervención devenga riesgo para la salud pública,
 - ante la imposibilidad del paciente de tomar decisiones, en cuyo caso lo harán sus familiares o representantes legales de autoridad judicial,
 - cuando por las características del caso se presuma lesión irreversible o riesgo inminente de muerte ante la no intervención.
- h) A la agilidad y sencillez de los procedimientos administrativos, en especial lo relacionado con la consulta externa o internación.
- i) A la internación del binomio madre-hijo en forma conjunta

⁷² Provincia de Buenos Aires. Ley 11.072 de Descentralización Hospitalaria, art. 4.

ANEXO III.

Orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS.⁷³

- Salud en el desarrollo humano.

Es preciso desarrollar y fortalecer la capacidad nacional y regional para el análisis y seguimiento de la situación de salud y de las relaciones recíprocas entre salud, crecimiento económico y equidad en el contexto de la globalización. Ello permitirá que, como resultado del diálogo entre las autoridades del sector social, el sector salud y el sector economía, sea posible establecer la relación entre crecimiento económico, salud y desarrollo humano, disminuyendo así la repercusión negativa de las políticas macroeconómicas sobre las condiciones de vida de la población y sobre la situación de salud.

El propósito es el de producir, diseminar y utilizar el conocimiento y la práctica de la salud pública en materia de promoción, cuidado y recuperación de la salud para contribuir al desarrollo humano sostenible y aumentar la participación de los principales actores sociales y políticos del sector, así como de otros sectores del Estado y de la sociedad civil, en la valoración del tema de la salud en las agendas políticas locales, subnacionales, nacionales, subregionales y regionales, así como en la definición de políticas de salud.

El desarrollo de la salud pública como disciplina, la investigación relacionada y la difusión del conocimiento generado, requieren que se articulen respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población, en especial a las de los grupos más postergados y excluidos.

- Promoción y protección de la salud.

El fin es el de crear una nueva cultura de promoción y protección de la salud, en la que esta constituya un valor social, lo que implica preparar a las personas, a las comunidades y a las instituciones públicas, no gubernamentales y privadas, para que hagan suya y ejerzan individual y colectivamente la responsabilidad de preservar y mejorar en forma continua su estado de salud y bienestar.

⁷³ Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1999–2002. Washington, OPS; 1999.

Las acciones principales son:

- Valorizar el papel de la promoción de la salud como instrumento de potenciación de las facultades del individuo.

- Fomentar la elaboración de políticas, planes, programas, normas e instrumentos sobre promoción de la salud y la adopción de políticas públicas saludables.

- Promover la adopción de modos de vida saludables y de prevención de los riesgos, mediante conductas anticipatorias.

- Procurar que en la reestructuración de los servicios se incorporen intervenciones de promoción de la salud y hacer realidad la atención integral de la salud.

- Protección y desarrollo ambiental.

Su fin es el de contribuir a que los países actúen sobre los factores físicos, biológicos, químicos y psicosociales, así como sobre los factores organizacionales y los procedimientos peligrosos que tienen una acción deletérea sobre la salud de los trabajadores, tanto en el sector informal como en el formal.

- Desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

Se realiza apoyando los procesos de reforma sectorial de los países. En este campo, se prestará especial atención al fortalecimiento de la capacidad rectora sectorial, a la organización de sistemas y servicios y al financiamiento de las acciones del sector.

- Prevención y control de enfermedades.

Para hacer frente a los retos regionales y para reducir y controlar las enfermedades, los programas de servicios sanitarios deben incluir componentes de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Para lograr buenos resultados harán falta la participación comunitaria y el cambio de comportamiento individual. Estos cambios habrán de guiarse por políticas y procedimientos sensatos, validados científicamente.

ANEXO IV

PROYECTO: HOGAR LA QUINTA

ENTIDADES RESPONSABLES

- Hospital Interzonal general de Agudos "Dr. Oscar Alende", Mar del Plata
- Participación comunitaria de tercera edad Argentina para todos (Asociación Civil sin fines de lucro, personería jurídica, 23.945)

LUGAR DE IMPLEMENTACIÓN

Estado de Israel 3058, Mar del Plata, partido de General Pueyrredón Provincia de Buenos Aires.

FUNDAMENTACIÓN

Actualmente no se puede considerar a la salud como una mera adaptación al medio, sino como un "estado tal que capacita o facilita al ser humano a encarar positivamente los desafíos de la vida, luchando con energías para superar las dificultades de cada situación concreta. Porque el hombre verdaderamente saludable no está, no requiere estar solo ni aislado, sino formando parte de un proyecto colectivo, comunitario y socio cultural en el cual desplegar sus ricas posibilidades espirituales".

Asimismo se debe tener en cuenta que la salud alude a la posibilidad de realizar proyectos y ejecutarlos, considerando enfermos a quienes pierden esta posibilidad.

Es preciso crear ambientes saludables en espacios y poblaciones concretas donde los individuos y los grupos identifiquen sus propios problemas y seleccionen sus propias opciones para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

La situación de crisis actual supone un recorte en el área de la salud disminuyendo los recursos disponibles y la calidad de su acción. Por tal motivo distintos grupos de la comunidad (ONG, grupos de voluntarios, etc.) adoptan distintas estrategias con el fin de complementar y, en algunos casos, suplir la acción del Estado. No obstante, cabe destacar que la responsabilidad última sigue siendo de éste, por tal

motivo se justifica las acciones conjuntas entre las instituciones formales y la sociedad civil.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Generar una respuesta potencial a las demandas de salud de la población, a través de la articulación de los servicios del Hospital y la ONG.
- Fomentar el máximo de participación de cada uno de los beneficiarios para el autocuidado y la evolución de su estado de salud.
- Articular distintos programas nacionales, provinciales y municipales, con el fin de otorgar respuesta sinérgica y mejorar la calidad de servicios brindados.
- Coordinar recursos humanos y materiales de distintas instituciones públicas y privadas.

METAS

- Creación de un hogar transitorio para pacientes ambulatorios provenientes de la Zona Sanitaria VIII y/o sus familiares que no cuenten con los medios necesarios para solventar su estadía.
- Creación de un hogar permanente para enfermos crónicos en condiciones de alta médica y sin contención socioeconómica (pacientes sociales)
- Implementación de una Huerta Comunitaria destinada a los pacientes de la institución con el fin de satisfacer la necesidad alimentaria por medio de la participación de los mismos.

HOGAR TRANSITORIO

El Hospital Interzonal es el único establecimiento de salud público para la atención de adultos en Mar del Plata y toda la Región Sanitaria VIII, esto último supone la asistencia de pacientes de catorce localidades. En muchos casos el paciente es derivado en compañía de un familiar dada la gravedad de su estado de salud los cuales en su mayoría carecen de recursos económicos para costear alojamiento y comida, así transcurren sus días de estadía en las salas de espera o los pasillos del Hospital. Por tal

motivo se considera pertinente la utilización de dicho espacio para tal fin, posibilitando una permanencia digna.

HOGAR PERMANENTE

En la actualidad se encuentran en nuestra institución pacientes que cuentan con el alta médica, que se encuentran imposibilitados de abandonar el Hospital debido a que no poseen una vivienda ni una familia continente que se ocupe de los cuidados que ellos necesitan. Dichas personas están viviendo en un espacio que no es propicio para su salud física y mental, ya que al no encontrarse en un medio en el cual puedan desarrollarse sus capacidades de autocuidado y su calidad de vida, debido a la dependencia que esto genera, se crean una cotidianidad que limita su desarrollo bio-psico-social.

A partir de la inserción de estos pacientes en el hogar, se favorece la participación en las tareas de higiene y orden de las instalaciones y de sí mismo, pudiendo recrear sus hábitos personales y recuperar su cotidianidad. A su vez, al crear sus pautas de convivencia y socializar sus particularidades, se promueve tanto el cuidado de sí mismo como el de sus compañeros.

El hecho de la identidad de diferentes roles entre ello, a partir de las funciones dentro del espacio (cuidar la casa, cocinar, etc.) propicia el aumento del autoestima y el desarrollo de su personalidad favoreciendo el mejoramiento global de su estado de salud.

HUERTA

Esta actividad está destinada a pacientes del hogar, como a pacientes externos y promueve actitudes de responsabilidad, capacitación en un quehacer específico y aumento de las posibilidades de subsistencia.

Este tipo de adquisición de alimento fomenta la capacidad productiva de los individuos reconociendo en los resultados el esfuerzo propios, lo que refuerza el autoestima, como también recupera y conserva el espacio de reunión familiar, que es imprescindible para el desarrollo de cada uno de los miembros y del conjunto en general.

RECURSOS

Edilicios.

Predio cedido por el Sr. Jesús Prada (Presidente de "Participación comunitaria de la tercera edad argentina para todos"), sito en la calle Estado de Israel 3058.

Tal instalación cuenta con un vivienda a refaccionar, destinado al hogar de pacientes crónicos y de los ambulatorios y/o familiares, y un terreno destinado al desarrollo de la huerta.

Humanos.

- Grupo de voluntarios del H.I.G.A.
- Profesionales del Servicio Social del H.I.G.A
- Miembros de la O.N.G Participación comunitaria para la tercera edad argentina para todos
- Beneficiarios del Plan Barrios
- Otros voluntarios de la comunidad

Financieros

- Recursos financieros obtenidos por medio del reciclado de papel.
- Donaciones de diferentes instituciones de la ciudad.
- Donaciones de empresas de distintos rubros de la ciudad de Mar del Plata
- Donaciones particulares

ANEXO V

PROYECTO SALA DIURNA DE SOCIALES

OBJETIVOS.

- Objetivo General.

Crear una sala diurna destinada a los pacientes sociales internados, con el fin de mejorar su calidad de vida durante su estadía en el hospital y lograr el mejor estado físico y mental posible para el momento de su externación.

- Objetivos Específicos.

- Fomentar conductas de autocuidado en los pacientes, evitando crear la dependencia hacia el personal de la institución.

- Establecer un espacio confortable diferente a las salas de internación para que tengan la posibilidad de permanecer en un lugar alternativo en el cual su movilidad no se encuentre limitada al espacio de su cama.

- Realizar actividades terapéuticas, recreativas y socializadoras con el fin de generar el desarrollo de potencialidades personales que estimulen el estado físico y mental de los pacientes.

- Establecer una articulación permanente de dicho proyecto con el del Hogar "La Quinta" y con diferentes instituciones de Mar del Plata, como el Hogar de Ancianos Municipal, el de Laguna de los Padres, I.N.A.R.E.P.S., entre otros, con el fin de externar a los pacientes.

ACTIVIDADES.

- Actualizar el relevamiento de los pacientes sociales internados actualmente en el Hospital.
- Búsqueda del espacio físico para desarrollar las actividades.
- Búsqueda del recurso material para el espacio y reacondicionamiento del mismo.
- Establecimiento de contratos con los integrantes de las distintas áreas que colaborarían con la sala.

- Planificación de las actividades diarias y establecimiento de los responsables de las mismas.
- Puesta en marcha del proyecto.

R E C U R S O S .

- Recursos Humanos.

- Servicio social.
- Terapistas ocupacionales.
- Kinesiólogos
- Médicos.
- Psicólogos
- Voluntarios.

- Recursos materiales.

Amoblamiento (mesas, sillas, sillones), televisor, material de lectura, etc.

ANEXO VI

CONVENIO DE INGRESO EN GERIÁTRICOS PRIVADOS DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA DE PACIENTES SOCIALES INTERNADOS EN EL HIGA.

Introducción.

Ante la problemática que se observa en la ciudad de Mar del Plata, específicamente en el H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende”, con los pacientes dados de alta médica y que se encuentran imposibilitados de externarse, se decide elevar el proyecto y trabajar conjuntamente con el equipo de salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, el Servicio Social del HIGA y la incorporación de un eslabón fundamental para llevar a cabo dicha propuesta, los geriátricos privados de la ciudad de Mar del Plata.

La propuesta, conversada y consensuada por las partes y con el apoyo del intendente municipal Arq. Daniel Katz y el director asociado del HIGA Dr. Rómulo Tamini, consiste en derivar pacientes con patologías crónicas, sin grupo familiar o red social continente y sin obra social a dichos geriátricos. Esta propuesta se realiza entendiendo que los mismos son empresas que deben tener un rédito económico, pero que también cumplen una función social, dada sus características y cuya finalidad última es la que perseguimos todos: mejorar la calidad de vida de la gente y permitirles tener otros tipos de actividades que las que ofrece el hospital y evitar las complicaciones por infecciones intrahospitalarias.

Condiciones del Convenio:

- Por parte de la Federación de Cámara de Geriátricos:

- El ingreso gratuito de uno a dos pacientes dependiendo la capacidad de cada geriátrico.

- Atención a los pacientes mientras dure en convenio, quedando éste cancelado en forma inmediata en caso de que algunas de las partes no cumplan con lo estipulado regresando éste al Hospital.

- En cuanto a la asistencia, no debe existir ningún tipo de diferenciación con el resto de los pacientes internados en el geriátrico.

- Por parte del HIGA:

- Derivación de los pacientes, control médico, medicación (por medio del equipo de internación domiciliaria) y acompañamiento de los mismos por el Servicio Social, siendo éste el nexo entre la Municipalidad y los geriátricos para el cumplimiento de lo acordado.

- Tramitación por parte de dicho servicio a, aquellos pacientes que reúnan las condiciones, de las pensiones con el fin de retroalimentar el sistema posibilitando el ingreso de dichos pacientes al circuito con cobertura social.

- Por parte de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón:

- Entendiendo que muchos de estos pacientes debieran estar internados en el Hogar Municipal de Ancianos, el cual se encuentra con su capacidad sobrepasada, el municipio debe comprometerse a la aceptación y cumplimiento de la exención de los impuestos municipales para aquellos geriátricos que ingresen pacientes sociales del HIGA.

Especificaciones.

- Dejar constancia que los impuestos que abarcaría el beneficio de los geriátricos son: tasa por alumbrado, limpieza y conservación vial; tarifa por servicio sanitario (OSSE) y tasa por seguridad e higiene.
- En caso de no ser propietario del inmueble se presentará contrato de locación vigente.
- Instrumentar moratorias.
- Realizar una revisión médica del paciente por medio del médico de cada hogar (tomando vista de su historia clínica, patología y estado general) quien firmará en consentimiento de la internación.

- Si el geriátrico cerrara o no cumpliera con lo convenido, caducará automáticamente el beneficio, en caso de cambio de firma se actualizará el convenio.
- Una vez elaborado el convenio, el mismo será evaluado por el abogado de cada institución.

ANEXO VII.

Planilla para sistematizar los datos obtenidos.

DATOS PERSONALES

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA CIUDAD:

MOTIVO:

ESTADO CIVIL:

NIVEL EDUCACIONAL:

SITUACIÓN ECONÓMICA-LABORAL.

- VIVIENDA:

- PROPIA
- ALQUILADA
- CEDIDA
- OCUPADA
- COMPARTIDA
- S/ VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS.

OCUPADO: TRABAJO FORMAL
 TRABAJO INFORMAL
 LUGAR
 INGRESO

DESOCUPADO: DESDE CUÁNDO:

MOTIVOS:

LUGAR EN QUE TRABAJABA:

MODO DE SUBSISTENCIA :

¿ES PENSIONADO O BENEFICIARIO DE ALGÚN PLAN?

¿CUÁL? _____

INGRESO _____

GRUPO SOCIAL CONTINENTE:

- FAMILIA DIRECTA

- FAMILIA INDIRECTA

- AMIGOS

¿RELACIÓN ACTUAL?

NO > ¿hace cuánto que no se comunican?

SI > - periodicidad de visita

- situación socioeconómica

- dificultades para encargarse de la
externación

FACTORES CONDUCTUALES:

- ENOLISTA
- TABAQUISTA
- CONSUMO DE DROGAS
- OTROS

ESTADO DE SALUD.

SERVICIO EN EL QUE SE ENCUENTRA INTERNADO:

- CLÍNICA MÉDICA.
- TRAUMATOLOGÍA.
- CIRUGÍA.

SEGÚN HISTORIA CLÍNICA:

- DIAGNÓSTICO MÉDICO AL INGRESO
- EVOLUCIÓN:

SEGÚN MANIFIESTA EL PACIENTE:

- ¿QUÉ ENFERMEDAD TIENE?
- ¿CÓMO SE SIENTE?

TIEMPO DE INTERNACIÓN DESDE EL ALTA MÉDICA.

DIFICULTAD PARA LA EXTERNACIÓN:

¿Existieron posibilidades de alta? ¿Cuáles? Limitaciones que impidieron su concreción.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PREVIA A LA INTERNACIÓN.

- SALAS SANITARIAS
- HOSPITAL: GUARDIA

CONS. EXTERNO

INTERNACIONES PREVIAS: ¿CUÁNTAS?

COTIDIANIDAD:

RELACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD SEGÚN MANIFIESTAN LOS
PACIENTES (mala, regular, buena, muy buena)

SERVICIO	ATENCIÓN	TRATO (amabilidad, cordialidad, etc.)	CONTINUIDAD
ENFERMEROS			
MÉDICOS			
SERVICIO SOCIAL			
OTROS			

ACTIVIDADES QUE REALIZA DURANTE EL DÍA (según manifiestan):

VISITAS QUE RECIBEN

RELACIÓN CON OTROS PACIENTES

**CUÁL ES LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE
LOS PACIENTES.**

ANEXO VIII

Artículos de Diarios.

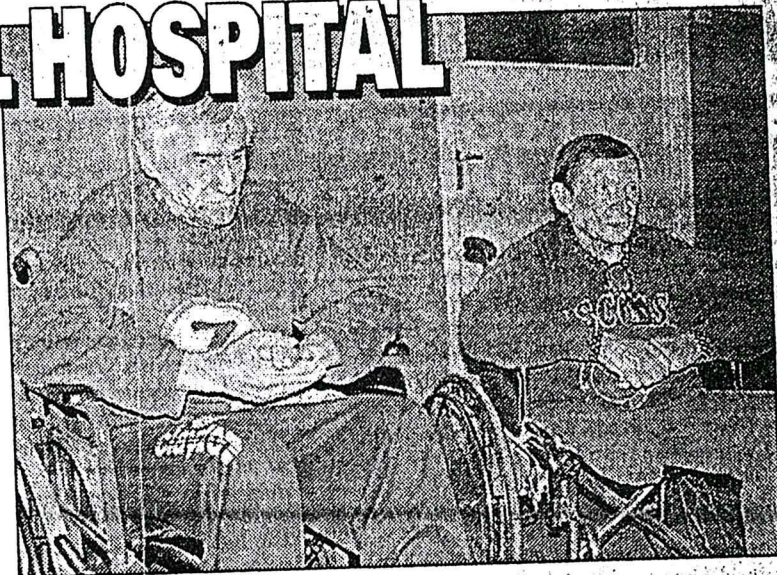
Nota N° 1

Diario "El Atlántico" 25/08/03

ACIENTES SOCIALES

**Ingresan al Hospital Interzonal General de
udos con Alguna Patología y la Verdad es que no
enen Lugar Dónde ir; son Cerca de 20, de Entre
55 y 65 Años; Protagonizan Terrible Situación**

DENTRO DEL HOSPITAL



Much
pacie
llega
hasta
HIGA
lueg
dean
port
lado
encc
ning
rumi
Una
y pa
situ

"Los Médicos Somos lo Único que Tienen"

MAR DEL PLATA.- Los "pacientes sociales" representan una situación especial para los médicos que se encuentran realizando el período de residencia. Egresan de la Universidad con la idea de hacerle frente a patologías agudas, pero se encuentran con personas que no están enfermas, que deben permanecer en el hospital porque no tienen lugar dónde ir.

"A veces siento bronca.

les aportaba nada a ellos. Ahora me di cuenta que nosotros le brindamos mucho. Tal vez esta patología, que se sufre desde un costado humano, es mucho más severa y mortal". La frase pertenece al doctor Ignacio Casarini, quien está haciendo la residencia en la sala de Clínica Médica. Está en su tercer año y todavía no logra acostumbrarse a la cruda realidad que se vive en su área.

éxito para nosotros tener las camas libres, pero para ellos es la agonía de tener que volver a la calle", lanzó con un hilo de voz. Según explicó, fue un verdadero impacto ingresar al mundo de los "pacientes sociales". "Hay gente que pasa años tirada en una cama. Es muy triste".

Mientras se frotaba las manos, subrayó que esta experiencia es una marca que va a llevar durante toda

intentan todos los días, en la guardia, conseguir un lugar para ser internados. Saben que acá, al menos, van a comer y a estar calentitos. Si fallan vuelven al otro día y así sucesivamente...", describió.

Por último, manifestó que la verdadera solución a este problema está fuera de las puertas del nosocomio.

Enfermo y Discapacitado

MAR DEL PLATA. Sergio tiene 64 años, fue internado por un problema cardiovascular en el HIGA hace dos años y desde entonces vive allí. No tiene familia, conocidos ni nadie que esté dispuesto a darle contención.

Sufrió un problema circulatorio, se le ponían las piernas negras y tenía graves problemas para caminar. Víctima de estos pesares pasó un año y medio. Los dolores se han calmado, pero con un costo muy alto: la amputación de su pierna derecha. Ahora pasa sus días solo, mirando la vida a través de una ventana, sentado en una silla de ruedas. No puede caminar ni siquiera con la ayuda de muletas, puesto que la intervención quirúrgica fue hecha sobre la rodilla, lo que le impide mantener su cuerpo en equilibrio.

A pesar de su estado, su cara refleja una curiosa sonrisa. "Espero que la situación del país mejore para que termine la casa donde nos van a llevar", comenta en voz baja, mientras sus ojos despiden un brillo de optimismo.

Con la mirada fija en el suelo, explica que ya tiene

dado el alta pero no tiene dónde ir. "Tengo una pensión por invalidez pero no me sale. Unos días antes de finalizar los trámites perdí todos los documentos y ahora no tengo nada", susurra como si no quisiera recordar el incidente. Hace diez años que no trabaja. En un momento se desempeñó en comercios y durante los últimos años realizó trabajos de albañilería. Las empresas donde tenía un puesto se fundieron y no le quedó otra opción que vivir en la calle.

Terminó el secundario, sabe leer y escribir y está dispuesto, pese a sus restricciones, a volver a trabajar para ganar un sueldo. "¿A quién le puede importar darle empleo a un discapacitado como yo?", desliza en un desgarrador tono de resignación.

A su lado, Juan Gómez y Santiago Bianco (otros dos "pacientes sociales") escuchan con atención las palabras de Sergio, pero como si no les dieran importancia. Tienen la mirada perdida en los pasillos del hospital y sólo se detienen a observar el ir y venir de los médicos que entran y salen de las habita-

ciones. "La situación de la Argentina está muy mal, pero a nosotros nos atienden de mil maravillas. Los médicos de esta institución son verdaderamente increíbles", recalca Sergio antes de hacer silencio y dirigirse a su cama para encender la radio.

Sobre las rodillas, Juan tiene una carta escrita por el mismo. En letra imprenta, con tinta negra, la nota reza textualmente: "Yo Juan Gómez estoy en el hospital hace tres años por quemaduras en las piernas, trabajando me caí en un pozo que tenía cal viva y quedé en este estado. Mis compañeros de sala son ancianos, uno es ciego y se hace sus necesidades encima y no me deja dormir. El otro es lo mismo. Las enfermeras y los médicos no pueden más de los nervios".

"En servicio social dicen que me van a conseguir una casa junto a otra persona que está en la sala de al lado mío. Yo comprendo la situación del país pero me sigo enfermado, por los nervios y el encierro. Espero una solución de vuestra parte. Gracias".

Nota N° 2. Diario "La Capital" 17/09/03

el hospital no les pueden dar el alta por un problema social iden que el municipio envíe a geriátricos personas adultas que no tienen a dónde ir

doctor Rómulo Tamini -director aso- del Hospital Interzonal General de los- e integrantes del servicio social se establecimiento fueron recibidos por el intendente Daniel Katz.

la oportunidad plantearon al jefe col la problemática que representa el el funcionamiento del hospital la sibilidad de dar de alta a veintidós entes que, aunque están en condicio- le recibirla, no desocupan las camas ue no tienen dónde ir.

plicaron que se trata de adultos ores que si bien en su momento fue- nternados por presentar diversas

afecciones, ya completaron sus respec- tivos tratamientos médicos.

Concluida la entrevista, los visitan- tes comentaron a LA CAPITAL que se están gestionando soluciones.

En ese sentido hicieron saber que le habían presentado al intendente la al- ternativa de que se llegue a un acuerdo con entidades geriátricas.

Destacaron que de esa manera, si bien el hospital continuaría haciéndose cargo de la atención médica y de la provisión de los remedios que resulten necesarios, es- taría recuperando la posibilidad de dispo- ner de una cantidad de plazas que son ab-

solutamente imprescindibles.

Finalmente comentaron que, continuar analizando el tema, los grantes del servicio social acord mantener una nueva reunión a l asistirán el secretario de Salud, Al dro Garis, y representantes de la C ra que agrupa a los geriátricos ■