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

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2014

El recorrido en la atención hospitalaria de las personas internadas en calidad de "pacientes sociales"

Sarcinelli, Mónica Liliana

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/464

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO

TEMA

"LOS PACIENTES SOCIALES EN EL AREA DE INTERNACIÓN DEL HOSPITAL PÚBLICO"

TÍTULO

El recorrido en la atención Hospitalaria de las Personas Internadas en calidad de "Pacientes Sociales"

DIRECTORA: Lic. María Cristina Álvarez
CO-DIRECTORA: Lic. Elisa Sosa

AUTORAS
Sarcinelli, Mónica Liliana
Villa, Teresa Graciela

SANTA TERESITA
octubre de 2014

LISTA DE SIGLAS

ACV…….. Accidente Cerebro Vascular

APS…….. Atención Pública en Salud

DDHH..... Derechos Humanos

EPOC…….. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

FESP…….... Funciones Esenciales de la Salud Pública

FODA…….. Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

HIV…….. Virus de Inmunodeficiencia Humano

IAPI……. Instituto Argentino de Promoción del Intercambio

ISI…… Industrialización por Sustitución de Importaciones

MMH…… Modelo Médico Hegemónico

NUCES…… Comité de Derechos Culturales, Económicos y Sociales de UN

OMS..... Organización Mundial de la Salud

OPS……. Organización Panamericana de la Salud

OS…… Obras Sociales

PAMI…… Programa de Atención Médica Integral

PIDECS..… Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales

UBA……. Universidad de Buenos Aires

UN…… Naciones Unidas

UPO……. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

INDICE

INTRODUCCIÓN

Introducción.....007

Estructura y Organización de Contenidos.....010

PARTE I: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1: Salud – concepto.....013

1.2: El Sistema de Salud Argentino.....016

1.2.1: El subsistema público.....016

1.3: Salud Pública.....017

1.4: Modelos de Atención en Salud.....021

1.4.1: Modelo Médico Hegemónico.....022

1.4.2: Modelo de Derechos Humanos.....025

1.5: El Hospital Público.....030

1.5.1: Antecedentes, Origen y Evolución.....030

1.5.2: El Hospital Público en Argentina hasta la década del '50.....033

1.5.3: Funciones Del Hospital.....035

1.5.4: Categorización de los Hospitales.....037

PARTE II: TRABAJO SOCIAL

2.1: Modelos de Actuación en Trabajo Social.....039

2.2: Trabajo Social en el Campo de Salud.....044

2.2.1: Características del concepto de Campo de Salud.....046

2.3: Funciones del Trabajo Social.....048

2.4: Funciones del Servicio Social 049

2.5: Estrategias de Intervención en Trabajo Social 052

PARTE III: CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1: Contexto Institucional 061

3.2: Ubicación Geográfica del Partido de la Costa 062

3.3: Breve Reseña Histórica de San Clemete del Tuyú 062

3.4: Historia del Hospital de Agudos San Clemente del Tuyú 065

3.5: Características Estructurales del Hospital de San Clemente 066

3.6: Breve Reseña Histórica de Santa Teresita 067

3.7: Historia del Hospital de Agudos de Santa Teresita 069

3.8: Características Estructurales del Hospital de Santa Teresita 072

3.9: La demanda Hospitalaria en el espacio del Servicio Social 073

3.10: Procedimientos instituidos en la atención de la salud en los espacios Hospitalarios que generan tensiones 075

3.11: Estrategias en la intervención de los Ss. Ss. Hospitalarios 076

PARTE IV: METODOLOGÍA

4.1: Metodología 079

4.2: Proceso de Investigación 080

4.3: Objetivo General 081

4.4: Objetivos Específicos 081

4.5: Universo y Muestra 084

ANÁLISIS DE LOS DATOS 086

CONCLUSIONES 101

BIBLIOGRAFÍA 108

ANEXOS

Guion de Entrevistas 116

Entrevistas 118

Entrevista a la Asistente Social Hospital de San Clemente 118

Entrevista a la Asistente Social del Hospital de Santa Teresita 122

Entrevista a la Enfermera del Hospital de San Clemente 126

Entrevista a dos enfermeras del Hospital de Santa Teresita 130

Entrevista a la médica de piso del Hospital de San Clemente 136

Entrevista al médico de piso del Hospital de Santa Teresita 140

Matriz de Datos

De Entrevistas a cuatro Pacientes Sociales 145

De Entrevistas a Profesionales de los dos hospitales del Partido de la Costa 146

INTRODUCCIÓN

Introducción

La presente tesina representa el trabajo final de las autoras que habilita, de acuerdo a la actual malla curricular, a la obtención del título de Licenciada en Servicio Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Para la elección del tema partimos de la reflexión realizada sobre las experiencias institucionales de la práctica pre-profesional, en el marco de la Cátedra Supervisión, llevada a cabo en el Campo de Salud durante el período de mayo a diciembre del año 2011.

La misma fue efectuada en dos hospitales del Partido de la Costa de la provincia de Buenos Aires, el Hospital Municipal de Agudos San Clemente del Tuyú de la localidad de San Clemente del Tuyú y el de la localidad de Santa Teresita Hospital Municipal de Agudos "Roberto León Dios", ambas unidades dependientes de la Región Sanitaria VIII del Ministerio de Salud de la mencionada provincia, asumiendo el estado municipal el rol de financiador y la prestación de servicio.

Estos hospitales son efectores del segundo nivel de atención del Subsistema Público de salud. La atención sanitaria está dirigida a sectores de bajos ingresos y/o sin cobertura de obra social, de la zona norte y centro del Partido de la Costa respectivamente.

En esta experiencia pre-profesional despierta nuestro interés aquellos sujetos que se encuentran en el sector de internación que son denominados "pacientes sociales" y que, al ser caracterizados por las supervisoras sede nos llama la atención la inexistencia de un protocolo que dé cuenta de las dimensiones que determinan esta categoría; es por ello que consideramos oportuno hacer anclaje sobre el recorrido que realizan las personas internadas en calidad de "pacientes sociales" en los referidos hospitales del Partido de la Costa durante el año 2013.

Esta denominación aproblemática[1] de "paciente social" se instala a partir de las prácticas discursivas de los profesionales de la salud quedando instituidas en la comunidad hospitalaria.

En los hospitales dónde hemos realizado nuestras prácticas pre-profesionales hemos podido observar a través de las prácticas discursivas[2] de los diferentes profesionales de la salud un patrón de atención médica que responde al Modelo Médico Hegemónico[3]. Desde este modelo los profesionales médicos son los poseedores del saber instalando relaciones de poder, donde su saber se constituye como única verdad a partir de la cual se determinan las acciones que deben realizar las otras disciplinas sobre el objeto de intervención (el paciente / o la enfermedad), por lo tanto la investidura médica ocupa la cúspide de una posición verticalista y jerárquica, el resto de los profesionales de la Salud quedan en una situación subsidiaria a la medicina.

Mario Testa postula que *"el poder es una categoría que posee una doble vertiente. Por un lado existe un poder cotidiano, que hace referencia a 'qué' y 'cómo hacer'. El mismo se encuentra en disputa entre distintos actores, y a la vez está inserto en un poder societal, en tanto los quehaceres cotidianos y los ámbitos donde se localizan los mecanismos de dominación personales, reproducen a escala menor la dominación de una clase a otra. Por poder societal se entiende el tipo de sociedad a construir. Por otro lado, una segunda vertiente en relación al poder alude a los tipos específicos de poder que implica la capacidad de un individuo, grupo social o institución. Pueden ser de tres*

[1] "Problematizar no es, solamente –sería demasiado fácil-, conseguir que lo no problemático se torne problemático, es algo aún mucho más importante que esto, porque problematizar es también, y sobre todo, lograr entender el cómo y el por qué algo ha adquirido un estatus de evidencia incuestionable, cómo es que algo ha conseguido instalarse, instaurarse, como aproblemático. Lo fundamental de la problematización consiste en desvelar el proceso a través del cual algo se ha constituido como obvio, evidente, seguro". Ibañez (1996), citado por Iñiguez Rueda (2006: 84).

[2] Las "prácticas discursivas", Foucault las entiende como "reglas anónimas, constituidas en el proceso histórico, es decir, determinadas en el tiempo y delimitadas en el espacio, que van definiendo en una época concreta y en grupos o comunidades específicos y concretos, las condiciones que hacen posible cualquier enunciación". (Iñiguez Rueda, 2006: 82)

[3] Por Modelo Médico Hegemónico (MMH) entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, Eduardo L, 1988: 1)

tipos, técnico, administrativo y político". (Testa, 1986; citado en Freytes Frey[4], 2003:15).

El poder técnico hace referencia a la capacidad de generar, acceder o manejar cierta información. El poder administrativo alude a la capacidad de apropiarse y asignar recursos. Finalmente el poder político está en relación a la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses.

Es por ello que en este trabajo pretendimos indagar cuál es el recorrido que realizan los "pacientes sociales" en los dos Hospitales Públicos del Partido de la Costa, desde el ingreso a la institución hasta su egreso hospitalario, considerando este recorrido como el circuito existente entre las diferentes áreas de internación.

¿Quiénes son los profesionales de la salud de los hospitales del Partido de la Costa que asignan a éstas personas el rótulo de "paciente social"? ¿Quiénes determinan su internación y externación? ¿Cuáles son los criterios que éstas personas utilizan para categorizar la condición de "pacientes sociales"?, estos son algunos de los interrogantes qué surgieron ante dicho constructo.

La asignación de "paciente social" intenta anular algunos de los atributos que conforman al SER en su condición de SUJETO. Los atributos son *"... las cualidades o propiedades del ser jurídico, por medio de las cuales el sujeto-persona puede individualizarse y formar parte de la relación de derecho"* (Cifuentes[5], 1999:120). Desde esta nominación -"paciente social"- estas personas pasan de ser sujetos de derecho a objetos cosificables.

En el mismo sentido, la Licenciada en Trabajo Social María Josefina Troiani[6], hace referencia en su trabajo como residente en la guardia del Hospital Dr. Cosme Argerich de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que: *"Las Trabajadoras Sociales de la Guardia, a fin de promover los derechos de estos*

[4] Lic. Marcela Inés Freytes Frey. Estudió en la Universidad del Salvador, trabaja en el Hospital General de Agudos Dr. Parmeni Piñiero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
[5] Texto: Elementos del Derecho Civil. Cifuentes, Santos es Profesor Titular de Elementos de Derecho Civil de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y Derecho Civil I en la Facultad de Derecho de la Universidad de Flores.
[6] Licenciada en Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Trabaja en el Servicio Social del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

sujetos, descartan la categoría de "pacientes sociales", eligiendo nombrar a las personas que consultan por su nombre y apellido" (Troiani, 2011:6).

El trabajo se basa en una investigación de carácter exploratorio de corte cualitativo descriptivo, detallando a continuación los objetivos propuestos

Objetivo General:

- Indagar sobre el recorrido que realizan las personas internadas en calidad de "pacientes sociales" en los Hospitales de Agudos de Santa Teresita y de San Clemente del Tuyú respectivamente durante el año 2013.

Objetivos Específicos:

- Identificar las disciplinas que intervienen en la atención de los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales" y las acciones que implementan en el transcurso de la internación
- Determinar los indicadores que los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y asistentes sociales) asignan a la categoría "pacientes sociales"
- Conocer las necesidades de los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales"
- Indagar sobre las estrategias de intervención implementada por los Servicios Sociales de los Hospitales de San Clemente y Santa Teresita con los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales".

Estructura y Organización de Contenidos

Por lo expuesto anteriormente, se llevó a cabo en los dos hospitales del Partido de La Costa entrevistas a cuatro sujetos internados en calidad de "pacientes sociales", y entrevistas a distintos profesionales de la salud que trabajan en dichos nosocomios y que intervienen en la atención de los mismos. Esto nos

permitió establecer cuál es el recorrido institucional que realizan estos sujetos desde el momento de su internación hasta su externación.

El presente trabajo está estructurado en cuatro partes a saber:

- **Introducción**: se expone de forma sucinta el Problema Objeto de Conocimiento y Objetivos de la problemática a investigar. Asimismo se destacan en el estado del arte los antecedentes de las variables estudiadas en otras investigaciones.
- **Primera Parte**: se presenta el Marco Teórico Referencial.
- **Segunda Parte**: se desarrollan los Modelos de Intervención en Trabajo Social, el Trabajo Social en el Campo de Salud y las Estrategias de Intervención en Trabajo Social.
- **Tercera Parte**: se describe el Contexto Institucional, el cual contiene una Breve Reseña Histórica del Hospital Público de San Clemente del Tuyú y del Hospital Público de Santa Teresita.
- **Cuarta Parte**: se aborda el aspecto metodológico donde se expone el Tipo de Diseño y el Proceso Metodológico que da cuenta de la investigación efectuada.

Por último se exponen las conclusiones. Asimismo, en el final de este trabajo, se citan las referencias bibliográficas y se presentan los respectivos anexos, entre los cuales se muestran las matrices de datos y los instrumentos utilizados.

Parte I

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1: Salud – concepto

Para el abordaje y desarrollo de la presente investigación consideramos pertinente realizar una revisión sobre las diversas concepciones existentes con respecto al término SALUD y a la connotación asignada en diferentes momentos de la historia occidental.

Al respecto dice Abed[7] (1993) *"Mientras los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, a partir del momento en que la ciencia helenística se implanta en Europa el interés se vuelca hacia la enfermedad y lo normal pasa a ser la ausencia de síntomas patológicos"* (citado en Módulo 1 Salud y Sociedad. Posgrado en Salud Social y Comunitaria 2007: 35).

Durante siglos la salud se definía en términos negativos como ausencia de enfermedad, no por sus características propias, sino en oposición a su par negativo.

A propuesta del croata Andrija Stampar[8], un pionero de la Salud Pública mundial, la (OMS) incorpora en su Constitución de 1946, la definición de salud como un *"estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* (OMS[9], 2006: 1).

Esta definición vino a modificar el concepto negativo de salud, incorporando no sólo aspectos subjetivos de la misma, sino también las esferas física, mental y social. A pesar de tratarse de un concepto superador, ha recibido varias críticas a lo largo de los últimos años, aunque nunca fue modificada.

---

[7] Abed, Luis Cesar, tomado del Cap. IV "El proceso salud-enfermedad, alcances y limitaciones del modelo biológico", en: La enfermedad en la historia. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de Córdoba.

[8] Nació en Drenovac, Croacia; en 1911 se graduó en la Universidad de Viena, Facultad de Medicina, en 1918 es designado asesor de Salud de la Comisión Croata para el Bienestar Social, en 1919 es nombrado jefe del Departamento de Salud Pública de Belgrado, en 1926 Crea la Escuela de Salud Pública, en 1940-1941 es decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zagreb, en 1941 se exilia en Graz, Austria, hasta 1945, en ese mismo año retoma su cátedra y es nombrado rector de la Universidad de Zagreb, en 1948 presidió la reunión inaugural de la Asamblea de la OMS, en 1952-1957 es decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zagreb. Muere el 26/06/58 Zagreb, capital de Croacia. [Andrija Stampar - HADAD, J (2007) y HARO (2008)].

[9] La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente, se han incorporado al presente texto.

Carlos Ponte Mittelbrunn[10] considera que el concepto de Salud de la OMS de 1946 dio un importante paso adelante aunque de forma parcial ya que aún conserva indudables limitaciones. En la década del '70 Miltón Terris[11] propone esta nueva definición de salud: *"la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad"*.

En palabras de Mittelbrunn, la propuesta de Terris elimina de la definición de la OMS, la palabra *'completo'*, por considerar que existen distintos grados de salud; deja el aspecto subjetivo de *'bienestar'* y agrega un aspecto objetivo '*capacidad de funcionamiento*'; introduce el término '*malestar*' permitiendo que coexista "el sentirse bien con la enfermedad". Si bien Mittelbrunn coincide con estas modificaciones, realiza una crítica sobre la idea de *"estado"* considerando que es necesaria su exclusión puesto que esta idea es coincidente con la visión mecanicista y reduccionista propia de la concepción hegemónica de la medicina tradicional, opuesta a la visión dinámica y cambiante de la vida y la salud. Para este autor *"tenemos que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo)"* (Ponte Mittelbrunn, s/d: 1-2). Cabe destacar que esta definición de salud propuesta por Mittelbrunn se acerca a la perspectiva en la que pretendemos posicionarnos en nuestra futura profesión, por considerar a la salud como un 'proceso' en el que se privilegia la relación y las tensiones que surgen en el desarrollo del hombre con el contexto en el cual se inserta y, al individuo no como un objeto cosificable, sino como sujeto de derecho poseedor de los atributos que le confiere el ser persona.

Cada individuo padece una situación de la enfermedad según sus características individuales, ya que la vive como una dolencia personal. Por lo tanto la enfermedad es una construcción sociocultural particular del

[10] Carlos Ponte Mittelbrunn, Médico. Jefe de la UVI del Hospital General de Asturias y Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
[11] Milton Terris, Salubrista norteaericano

padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

Siguiendo la misma línea de pensamiento Menéndez refiere que en toda sociedad las diferentes formas de atención tienen que ver con factores religiosos, étnicos, técnicos y científicos como así también económicos y políticos. Estos determinantes, dan lugar a formas muy disímiles entre la biomedicina y las demás formas de atención, como analizaremos más adelante.

Por lo que la concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar.

Kornblit y Mendes Diz[12] afirman que existe un mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y modos de comportamiento que están ligados a la salud, que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud que se convierte en necesidad, y ésta demanda algún tipo de atención. Se considera que hay utilización cuando esta demanda es realmente satisfecha por algún sistema de salud, formal o no.

Cuando hablamos de salud-enfermedad, lo hacemos a partir de una construcción del concepto que no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad.

Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina.

[12] Kornblit, Analía y Méndez Diz, Ana María. La Salud y la Enfermedad Aspectos biológicos y sociales.

1.2: El Sistema de Salud Argentino

El Sistema de Salud, es un concepto que abarca a todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud, por lo que es función de todos los Estados asegurar el acceso a la salud y garantizar la salud de las poblaciones.

La ejecución de estas funciones se visibiliza a través de los distintos sistemas de salud. Es por medio de estos sistemas que se da cumplimiento a las recomendaciones efectuadas por la OMS, y al acatamiento de la aplicación de normativas que generen acciones saludables para toda la población.

Acuña[13] y Chudnovsky[14] en su documento N° 60 'El Sistema de Salud de Argentina', señalan que el sistema de salud argentino es el resultante de la coexistencia de tres subsistemas; el Público, el de Obras Sociales (OS) y el Privado. En su interior esta convivencia está diferenciada según la población, objetivo, servicios y origen de los recursos.

Dado que las dos instituciones hospitalarias donde estamos realizando la investigación pertenecen al Subsistema Público, ampliaremos a continuación este concepto, tomando para ello el trabajo de Acuña y Chudnovsky, citado en el párrafo anterior.

1.2.1: El subsistema público:

Los recursos de este subsistema provienen del sistema impositivo. Provee servicios de salud gratuita a través de una red de hospitales y centros de salud supuestamente a toda la población, en su mayoría son grupos sociales de bajos ingresos, que por lo general carecen de cobertura social.

La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia, llegando a zonas, que el sector privado considera no rentables. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y

[13] Carlos Hugo Acuña, Trabaja en el Departamento de Ciencias Sociales en la Universidad de San Andrés. E-mail: chacu@udesa.edu.ar y chacu53@gmail.com – Datos disponibles en: https://www.udesa.edu.ar/files/UAHUMANIDADES/CVSOCIALES2012/ACUNA_MAYO_2012.PDF

[14] Maria Chudnovsky. Departamento Académico de Administración, Universidad de San Andrés mchudnovsky@udesa.edu.ar - Datos disponibles en: https://www.udesa.edu.ar/files/UAAdministracion/CV%20profesores/CV_CHUDNOVSKY_09.PDF

municipal). Si bien el Ministerio de Salud de la Nación, asume desde los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica, su rol en la práctica sigue siendo muy acotado, y el porcentaje del gasto público que actualmente maneja es muy pequeño. Mientras que los órganos de salud provinciales, han crecido considerablemente, producto del proceso de transferencia de establecimientos públicos nacionales a las provincias, o municipios. La relación entre la Nación y las Provincias, no tiene siempre una coordinación articulada, observándose servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y un exceso de normas para habilitaciones y acreditaciones.

1.3: Salud Pública

"La Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población" (Navarro[15], 1998: 1). El concepto de Salud Pública al igual que el de salud ha ido cambiando a través de la historia, culturas y sociedades. José María Maya Mejía[16] cita algunas definiciones clásicas:

- Salud Pública, es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y recuperar la salud (Molina).
- Salud Pública, es la aplicación de los conocimientos médicos y científicos para asegurar condiciones sanas de vida al individuo miembro de una comunidad (Frazer).
- Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad (Winslow).
- La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y

[15] Navarro Vicente, Catedrático de Políticas Públicas y Sociales de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona Profesor de Política y Economía Sanitaria. Johns Hopkins University, USA. Datos disponibles en: http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spj/fundamentos/navarro.pdf

[16] Médico, Magister en Salud Publicad, Magister en Dirección Universitaria, estudios de Pregrado en Filosofía y Sociología, curso de Gerencia Social para Formadores del Sistema de Protección Social, ex-Jefe de Programas Especiales del Servicio Seccional de Salud de Antioquia- Colombia, ex-Director Del Hospital De Tercer Nivel De Atención La María Medellin – Colombia, más datos disponibles es: http://eic.universiablogs.net/jose-maria-maya/.

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

- Según la OMS, salud pública es la ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad.

Según refiere Maya Mejía, las acciones de salud pública, no son sólo responsabilidad del Estado sino de toda la sociedad, de todos los entes privados. Aunque el Estado como autoridad sanitaria, debe movilizar a la sociedad en general y a los diversos agentes sociales de todos los sectores, para lograr cumplir con las funciones de la salud pública. *"Lo que tiene que quedar en claro es que el universo de preocupación es la salud de la población, no la disciplina médica"*. (Maya Mejía, 2005: 6)

Sandra Figueroa de López[17] agrega las siguientes definiciones:

- La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo (OPS).
- La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado (definición actual, según Figueroa de López).

[17] Docente de la Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud, de Guatemala.

La OPS a través de la Iniciativa de La Salud Pública en las Américas, *"definió once (11) FESP*[18] *y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública"* (Figueroa de López, s/d: 3).

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Es imposible dejar de mencionar lo que significaron en el Campo de la Salud y muy especialmente de la Salud Pública la Declaración de Alma Ata y la Conferencia de Otawa.

Para Laura L. Nervi[19] la Declaración de Alma Ata[20] es el mayor pronunciamiento internacional en salud que ha tenido lugar en el mundo y que

[18]Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

[19] Dra. Laura L. Nervi Asesora en Cooperación Internacional del Ministerio de Salud del Salvador.

[20] La Conferencia Internacional de Alma Ata, en donde se firmó la Declaración sobre Atención Primaria de la Salud, fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, se desarrolló entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978, y contó con la participación de delegados de 134 gobiernos y 67 representantes de agencias de las Naciones Unidas y ONGs que venían trabajando con la OMS. Esta Conferencia es el corolario del trabajo iniciado en la 28 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS realizada en 1975 y en la que las ideas del entonces Director de la OMS, Dr. Halfdan Mahler, sobre la

aún después de 30 años, sigue enmarcando a la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos.

Alma Ata representa una revolución del pensamiento en salud promoviendo cambios políticos, técnicos y en la asignación de recursos. Declara que la salud es un derecho humano fundamental, donde las desigualdades en salud entre países y dentro de ellos son política, social y económicamente inaceptables. Llama a la acción de los gobiernos, del personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial a sumarse a la APS para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Señala la obligación que tienen los gobiernos de cuidar la salud de sus pueblos y que uno de los principales objetivos debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social económicamente productiva.

Declara a la APS como la estrategia fundamental para lograr la salud para todos y la define como la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud y como parte integrante del desarrollo social y económico de la comunidad. *"La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación..."* (Nervi, s/d: 1).

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 se emite un documento dirigido a lograr el objetivo de "Salud para Todos en el año 2.000".

"Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el

necesidad de promover una profunda transformación de los sistemas de salud, ganaron apoyo entre la mayor parte de los delegados.

documento 'Los Objetivos de la Salud para Todos' de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud (Carta de Otawa, 1986: 1).
Nuestro país adhiere a estas premisas, las que se ven plasmadas en el enfoque que orientan las actuales políticas en salud, donde la prevención es el eje prioritario a alcanzar para asegurar los objetivos mencionados.

1.4: Modelos de Atención en Salud

El concepto pluralismo médico utilizado por Menéndez, hace referencia a que en nuestras sociedades parte de la población utiliza varias formas de atención, integrándolas más que negándolas.
En las sociedades latinoamericanas y en especial en las capitalistas se está dando un incremento en las medicinas alternativas. Se piensa que este aumento se debe a la relación médico-paciente asimétrico impuesto por la biomedicina, aunque tanto las medicinas alternativas como las tradicionales se caracterizan por la exclusión de la palabra del paciente, generándose una relación paciente-curador similar a la que se da en la biomedicina.
La mayoría de las diferentes formas de atención se preocupan por la salud. La biomedicina busca prevenir y educar para la salud. Otras promueven el desarrollo de una salud equilibrada; lo cierto es que todas las formas de atención utilizadas por la población actúan en las enfermedades y padecimientos del paciente y no sobre la promoción de la salud.
Es importante recalcar que este modo de entender y actuar la atención en salud, no sólo es porque lo impulsan y promueven los distintos curadores, sino porque así lo demandan los propios sujetos y grupos sociales, dando prioridad a las acciones sobre sus padecimientos más que sobre su salud.
Según Menéndez, si bien el Sector Salud quiere conocer y utilizar el sistema de atención que utilizan los sujetos y grupos sociales, debería conocer la racionalidad de las acciones desarrolladas por estos sujetos con respecto a los padecimientos reales o imaginarios que ellos reconocen que afectan su salud, como también conocer las racionalidades de los distintos tipos de curadores

para de este modo poder desarrollar estrategias que permitan articular las racionalidades de todos los actores involucrados.

Dice Menéndez, que al observar en Latinoamérica los comportamientos de los sujetos y grupos sociales estratificados y diferenciados por condiciones ocupacionales, religiosas, étnicas y económicas con respecto a sus padecimientos, se visualizan las diferentes formas de atención:

Formas de atención de tipo Biomédica: Representa a médicos del primer nivel de atención y de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades.

Formas de atención de tipo popular y tradicional: hueseros, culebreros, brujos, espiritualistas, curanderos, yerberos, chamanes, etc. Como también figuras religiosas de diferentes culturas y grupos pentecostales evangélicos, o carismáticos de la iglesia católica.

Formas de atención alternativas: new age, (sanadores, bioenergéticos, etc.).

Formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina mandarina, medicina ayurvédica, etc.

Formas de atención centradas en la autoayuda: Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Clubes de Diabéticos, etc.

Estas distintas formas de atención no actúan excluyentemente sino que lo hacen relacionando dos o más formas de atención.

Según Menéndez, en nuestras sociedades todo lo que no encaja con el modelo médico imperante se considera alternativo o complementario.

1.4.1: Modelo Médico Hegemónico

"Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la

enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (Menéndez[21], 1988: 1).

Para este autor, el modelo (MMH) tiene los siguientes rasgos estructurales: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

El biologismo es la característica dominante en esta organización, siendo el factor que garantiza lo científico del modelo y lo diferencia y jerarquiza respecto de otros factores explicativos. Este rasgo del modelo, subordina metodológica e ideológicamente a los otros niveles explicativos posibles. Lo visible de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan la enfermedad. Este rasgo identifica y constituye la formación médica profesional, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación profesional aprende a manejar la enfermedad desde los paradigmas biológicos.

El biologismo se manifiesta a través de dos características:

La investigación epidemiológica se maneja con series históricas de corta duración, ignorando en los hechos la mediana y larga duración histórica.

La epidemiología utiliza como principales variables a las que más fácilmente puede referir a procesos biologizados: sexo y edad, con respecto a las otras variables como localización, ocupación, niveles de ingresos o estratificación, existe en la mayoría de los casos sólo una propuesta descriptiva.

"Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia" (Menéndez, 1988: 3). El rasgo de a-historicidad del modelo se manifiesta con trabajos históricos cortos, visibilizando el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia; considerándose esta

[21] Eduardo Luis Menéndez, Maestro en Salud Pública y Licenciado en Ciencias Antropológicas. Es argentino, nació en 9 de Julio Provincia de Buenos Aires. Fue uno de los primeros graduados en Antropología de la Universidad de Buenos Aires (1963). También realizó su formación doctoral en la misma universidad. Se desempeñó como director del Departamento de Ciencias Antropológicas de la Universidad de la Provincia de Buenos y más tarde fue director de la carrera de Antropología en la Universidad de Mar del Plata. Desde 1976 reside en México D.F

característica una constante con autonomía en relación de las posibles determinaciones sociales.

La ignorancia de las series históricas largas, impide articular los procesos históricos que operan y que pueden ser de suma importancia en la necesidad de encontrar soluciones.

Según refiere el autor, la automedicación con fármacos, tanto los sujetos como grupos sociales la han aprendido del equipo de salud y en particular del médico. Luego al producirse cambios en la práctica médica, tanto en función de nuevas investigaciones como de observar la resistencia del agente o del huésped, esos cambios no fueron comunicados como equivocación o cambio por parte del médico, sino que fueron transmitidas como error popular.

La reflexión sobre este modelo admite la propuesta de dos submodelos, el corporativo público y privado. La burocratización es uno de los rasgos de ambos submodelos. Siendo esta característica para algunos autores, las que enunciarían las tendencias alienantes y cosificantes dominantes en el conjunto de las sociedades complejas actuales.

El MMH comienza a ser cuestionado luego de la década de los 60. Las críticas tuvieron sus orígenes en los países capitalistas centrales, y luego fueron apropiadas por países dependientes. En Latinoamérica, fue recién en los años 70 donde se comienza a vislumbrar las consecuencias negativas del MMH. Siendo los principales indicadores de la crisis del modelo en la región:

- Estancamiento del descenso de las tasas de mortalidad en los '60;
- La fuerte incidencia de muertes evitables en los '60;
- La reducción de la lactancia materna, inducida por el sector de salud;
- Luego de dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de fines de la década de los '70;
- Continuo incremento de la mortalidad por accidentes;
- Mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio, sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años;
- Aumento continuo de la drogadicción y el alcoholismo, constituyendo una de las causales de muerte de mayor incremento;

- Incremento de viejos problemas en particular tuberculosis pulmonar y enfermedades venéreas;
- Crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social;
- El agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad.

1.4.2: Modelo de Derechos Humanos

El modelo minimalista en lo social de los años 90 definió en las políticas de salud, una canasta básica de prestaciones y una distribución del Estado focalizada a los grupos más vulnerables de la sociedad. En respuesta a ese modelo, diversos actores han sostenido el discurso del derecho a la salud, aunque por lo general se ha contado con escasos elementos para impulsar un debate sobre la elaboración de una política de salud con enfoque de derechos humanos.

En los últimos años, los principios y reglas que disponen el derecho internacional de los DDHH han fijado no solo las obligaciones negativas del Estado sino también las obligaciones positivas.

En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos NUCES (2006) citado por Ace[22] y Burijovich[23] (2009, s/d) que incluye:

- ✓ La atención de la salud dando respuesta a las prioridades nacionales y locales.
- ✓ La transformación de los determinantes subyacentes de la salud tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.
- ✓ La garantía de accesibilidad para todos: ricos y pobres, grupos étnicos minoritarios y mayoritarios, los que viven en zonas urbanas y zonas rurales y las comunidades desfavorecidas.

[22] Médico. Magíster en Administración Pública. Docente e Investigador del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP), Universidad Nacional de Córdoba. Docente de la Licenciatura en Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina.

[23] Licenciada en Psicología. Magíster en Administración Pública. Docente e Investigadora del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP), Universidad Nacional de Córdoba. Docente de la Licenciatura en Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina.

- ✓ La participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud.
- ✓ La elaboración de un plan integral y no un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.

Desde el enfoque de derechos en salud se sostiene que el mismo es un componente inalienable de la dignidad humana. Se trata de un bien en el cual todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. De esta manera, los DDHH actúan como un programa que puede guiar u orientar las políticas públicas de los Estados.

Según refieren Ace y Burijovich en su trabajo 'La estrategia de la Atención Primaria de la Salud', la idea esencial tras la adopción de un enfoque de DDHH es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre DDHH.

Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, quienes tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud.

Según refiere el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas NUCES (2006) citado por Ace y Burijovich (2009, s/d), el derecho a la salud en cada Estado Parte dependerá de las condiciones que predominen en ese Estado, teniendo como elementos:

La Disponibilidad: que cada Estado Parte cuente con un importante número de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, y programas.

La Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna.

La Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y ser culturalmente apropiados.

La Calidad: Los servicios y establecimientos deberán ser apropiados en lo científico y médico y ser de buena calidad.

Teniendo en cuenta las limitaciones para la realización plena del derecho a la salud, en el (PIDECS) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ace y Burijovich, 2009: s/d) se plantean obligaciones básicas a saber:

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial a los grupos vulnerables o marginados.
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.
- Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
- Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
- Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.
- Establecer un núcleo básico de oferta de servicios de salud dentro del cumplimiento del PIDESC, por cuanto cada derecho debe dar lugar a un derecho mínimo absoluto, de lo contrario debe considerarse que un Estado Parte (del Pacto) violó sus obligaciones.

Existe un amplio reconocimiento de que el ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados, entre ellos el derecho a la libertad de elección, el derecho a la identidad cultural, el derecho a la participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas, entre otros. Durante todo el proceso en el que se redactó y aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, estuvo presente la perspectiva de integralidad de los derechos.

La Declaración de Viena de 1993 afirmó la igualdad en importancia de todos los derechos humanos, declarando que eran universales, indivisibles e interdependientes. Ambas Declaraciones se encuentran en NUCES (2006) citado por Ace y Burijovich (2009, s/d).

De esta forma se empieza a reconocer que los problemas relacionados con las políticas públicas conllevan perjuicios para las personas y la población. Por lo que este análisis da como resultado nuevas relaciones de poder ya que todas las personas deben contar con garantías que las posicionan de manera distinta respecto a quienes controlan el Estado.

El enfoque de Derechos está sostenido por dos principios medulares. La realización progresiva y la prohibición de regresividad. Plantea una realización progresiva y gradual de los derechos a través del tiempo y establece prioridades entre los derechos, teniendo en cuenta que no todos pueden asegurarse.

En cuanto a la prohibición de regresividad en la interpretación de la norma alude a que cuando se modifica o sustituye una norma anterior por una posterior, ésta no puede limitar o restringir derechos o beneficios concedidos.

El derecho internacional reconoce la imposibilidad, por parte del Estado, de dar respuesta a todos los elementos que integran el contenido de los derechos económicos, sociales y culturales. Pero tiene la obligación de fijar un plan de acción progresivo y gradual.

El estudio para que sea posible el derecho a la salud se ordena en tres áreas:

1. **El más alto nivel de salud alcanzable**. Corresponde al análisis de los resultados que se expresan en la población con relación con la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad, las variables demográficas, la salud reproductiva y el estilo de vida. Esta área posibilita visualizar los indicadores que dan cuenta de la situación de los grupos más vulnerables.
2. **La organización del Estado para atender sus obligaciones**. De esta manera, se puede identificar qué y cuáles son las acciones que desarrolla el Estado para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas y ciudadanos. Esta área permite analizar el acceso a los sistemas de salud que ofrecen prevención, curación, rehabilitación y acompañamiento a las

personas y comunidades que tienen problemas de salud, la orientación de los recursos socioeconómicos, el desarrollo y la aplicación de las políticas y los programas públicos.

3. **La existencia de un entorno político, social y ambiental**. Son el conjunto de políticas gubernamentales que garantizan el ejercicio del derecho a la salud dentro de la visión de integralidad, es decir, la imposibilidad de gozar de un derecho si no están satisfechos los otros.

En el trabajo citado realizado por Ace y Burijovich se destaca los aportes del enfoque de derechos:

1. Derechos mínimos dirigidos hacia la población pobre versus Derechos Universales. El enfoque de derechos, sostiene que los derechos sociales, y entre ellos el derecho a la salud, son universales. Cuando garantiza contenidos mínimos esenciales no los considera un techo, sino un piso para poder desarrollar desde ahí el más alto nivel de satisfacción del mismo.
2. Visión sectorial o intersectorial de las políticas de salud. Esta visión limita la aplicación del enfoque de derechos, ya que no permite tener una mirada integral de los problemas sociales.
3. Visión biologista o integral de la salud. El análisis comprensivo y no unilateral en el campo de la salud permite relacionar los determinantes sociales, políticos y económicos que entorpecen en el funcionamiento de la salud.
4. Mayor bienestar posible implica el máximo de recursos disponibles. En este enfoque, una obligación de los Estados es usar el máximo de recursos disponibles. Desde esta perspectiva el elemento que se destaca es que obliga al Estado a ser transparente en el manejo de los recursos y le brinda herramientas a la ciudadanía para exigir que se atienda progresivamente su derecho a la salud.
5. Relaciones asimétricas versus relaciones democráticas. Las denuncias de violaciones a los DDHH se ha manifestado en varios estudios realizados referidos al trato que le confiere el sistema de salud a la población. En vez

de ser un trato digno y respetuoso tiene la característica de ser un trato autoritario, asimétrico y paternalista.

1.5: El Hospital Público

1.5.1: Antecedentes, Origen y Evolución

"Las palabras hospital, hotel, huésped, hospedería, hostería y hospicio provienen todas ellas de una raíz común: la palabra latina 'hospes', huésped, en su doble aceptación de comensal y hospedero" (OMS Serie de Informes Técnicos N° 122, 1957: 32).

La OMS define al Hospital *"... como parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social"* (OMS Serie de Informes Técnicos Nº 122, 1957: 4).

Para poder comprender el concepto de hospital, citaremos a Arroyave[24] e Isaza[25] en 'Educación Médica y Salud', quienes hacen una breve reseña histórica de los orígenes del Hospital.

En sus inicios, el hospital fue un lugar para atender enfermos, ancianos, niños, inválidos, heridos y personas extranjeras. Antes del cristianismo existían hospitales en diferentes lugares de la tierra.

Con la llegada del cristianismo, Constantino suprimió todas las instituciones paganas del Imperio Romano, correspondiendo entonces a la Iglesia el cuidado de los enfermos. Fue así como la iglesia comenzó a desempeñar funciones en el interior de los hospitales de occidente, como así también la utilización de los enfermos como medio para asistir cuerpos y contribuir a salvar almas.

En la Edad Media los hospitales fueron construidos con una arquitectura semejante al de las iglesias. En esa época en Europa había unos 19.000 hospitales, hospicios y leprosarios, que en su mayoría se constituían como

[24] María Gilma Arroyave, Profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México.
[25] Pablo Izasa, Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México.

establecimientos religiosos más que médicos, siendo su función buscar el alivio de los enfermos más que de curarlos.

En el Renacimiento, los cambios sociales y económicos trajeron aparejado nuevas concepciones sociológicas que llevaron a concebir el Estado con total independencia de la Divinidad y de la autoridad de la Iglesia.

Con relación al hospital en Inglaterra se desarrolló un sentimiento de ciudadanía, que tomó forma en la Ley de Pobres de 1601. Al respecto dice Coe (1979), citado por Arroyave e Isaza (1989: 184) *"El servicio en nombre de la salvación que había caracterizado al hospital medieval se transformó en un deber de asistencia, aceptado de mala gana por el Estado y por la comunidad. Todas las connotaciones negativas de la casa de caridad y de la Poor Law se aplicaron al hospital, que pasó a depender para su existencia de un impuesto especial y de la incertidumbre de las colaboraciones voluntarias".*

En este marco se reabrieron varios hospitales en Inglaterra. Los pobres que estaban sanos eran obligados a trabajar y como ya no se trataba de un servicio de caridad cristiana, algunos pacientes empezaron a pagar la atención recibida en el hospital. En este contexto solo se aceptaban enfermos a quienes se les pudiera ayudar con relación a su padecimiento.

A finales del siglo XVII en Europa, nace la medicina moderna, que tiene sus orígenes en la Revolución Industrial, produciendo cambios e innovaciones no sólo en la industria sino en lo social e intelectual.

El conocimiento médico que se instaura desde finales del siglo XVIII, prioriza la descripción de los padecimientos y su clasificación a partir de los fenómenos que los médicos registran en un momento dado. Así, las semejanzas entre las enfermedades son definidas con base en los síntomas y estas semejanzas definen las esencias.

". . . la medicina del siglo XVIII nunca supo si se dirigía a una serie de hechos, cuyas leyes de aparición y de convergencia debían estar determinadas por el estudio de las repeticiones, o si se dirigía a un conjunto de síntomas y de manifestaciones cuya coherencia debía buscarse en una estructura natural. Dudó sin cesar entre una patología de los fenómenos y una patología de los casos" Foucault (1981) citado por Arroyave e Isaza (1989: 186 y 187).

La ciencia médica del siglo XVIII solo les permitió a los médicos observar síntomas y algunas enfermedades desde el punto de vista biológico.

En el siglo XIX, con los avances y aportes de la química, se empieza a hacer necesario y posible llegar a conocer de manera más específica los objetos, superando por este medio la simple descripción y clasificación.

El hospital que ha llegado hasta nuestros días se caracteriza porque en su conformación subyace una distribución, clasificación, jerarquización y delimitación, circunscritas a determinado ordenamiento de las regiones anatómicas y a su fisiología. Es una expresión de la medicina clasificatoria que se consolidó en los siglos XVIII y XIX; forma de medicina que ha determinado la teoría y práctica médica hospitalaria.

Debido a los cambios sociales que trajo consigo la Revolución Industrial, se hizo necesario transformar y proyectar el hospital en concordancia con las exigencias de la tecnificación de la vida social en gran escala.

Con esto quedaron atrás las proyecciones del hospital para salvar almas, como sucedió en el Medioevo, y la atención a la gran cantidad de población que requería no solo de asistencia pública, sino también hospitalaria, como se hizo en el Renacimiento y hasta poco después de la Revolución Francesa.

Todos estos aspectos del proceso de desarrollo del hospital conformados en Europa, son los que han determinado el hospital del continente americano que ha llegado hasta nuestros días.

Los cambios sociales, económicos, científicos y tecnológicos que se produjeron en esta sociedad tuvieron sus efectos en el hospital, entre los que se destacan: *"1) expansión del tamaño y equipo de los hospitales; 2) el aumento y la alteración de la estructura social de estos, y 3) un cambio en los objetivos del hospital"* Rosen (1985) citado por Arroyave e Isaza (1989: 188), en Educación Médica y Salud[26].

El avance de la tecnología aplicada en los hospitales de países como Estados Unidos, tuvo su incremento en la producción de una alta gama y variación de instrumentos dando como resultado una práctica hospitalaria basada en la

[26] Es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultado de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional….

demanda de aparatos especializados, obligando a la construcción de estructuras hospitalarias más complejas. Es así que el hospital dejó de ser una institución receptora de personas pobres.

Asociado al problema de los altos costos, el perfil epidemiológico imperante en los Estados Unidos está vinculado a que las enfermedades crónicas tengan un lugar más destacado. Considerando que la ciencia médica que se ha afianzado hasta nuestros días no tiene en los hospitales tratamientos efectivos para las enfermedades crónicas, se han generado otras instituciones que dan respuestas a estos pacientes.

Debido a la tecnificación y especialización del hospital moderno, este se aleja más de las posibilidades de la población debido a los altos costos.

Con respecto al surgimiento del hospital en América Latina, se hace obvia la influencia de la concepción europea en la fundación, organización y funcionamiento de los hospitales. Conviene tener en cuenta que la institución hospitalaria que llegó de Europa a América Latina, fue una institución en permanente transformación.

1.5.2: El Hospital Público en Argentina hasta la década del '50

Tobar resalta que en América Latina las características más esenciales de los cambios hospitalarios son expresión de la influencia de los países que la colonizaron, aunque se incorporan muchas de las características del hospital de los Estados Unidos. La gran distancia entre las sociedades desarrolladas y las sociedades en vía de desarrollo, obliga a los latinoamericanos a conformar una institución hospitalaria coherente con las condiciones dadas en América Latina.

Jankilevich (1999) citado por Tobar (2001) refiere que a diferencia de otras colonias españolas, las primeras instituciones hospitalarias en Argentina tuvieron origen comunal. El hecho de que estas instituciones no tuvieran sus orígenes en Buenos Aires sino en el interior, puede anunciar un destino de los Hospitales Públicos descentralizados y con participación comunitaria.

Las comunidades religiosas fundaron y sustentaron en base a la caridad un conjunto de hospitales hasta el siglo XVIII, concluyendo esta etapa con la

creación del Protomedicato en 1780. Esta institución corporativa fue creada en España antes del descubrimiento de América, y actuaba a través de tres funciones: *a) dirigía la enseñanza en cuestiones de medicina, cirugía y farmacia; b) administra justicia constituyendo un tribunal especial para castigar las faltas y excesos cometidos por los facultativos así como persecución de curanderos; c) fijaba aranceles para exámenes y visitas de boticas.* (Tobar, 2001: 17)

Aunque se inauguraban funciones de Estado en salud, los hospitales continuaban siendo comunitarios y administrados por las hermandades vecinales o por los betlehemitas. La reforma religiosa de Rivadavia de 1822, suprimió la orden bethlemítica dejando de prestar esta congregación servicios hospitalarios.

Los primeros hospitales sostenidos por el gobierno son destinados a brindar asistencia a militares. Entre 1810 y 1815 se inaugura el Hospital Militar en Santa Fe que a pesar de ser apoyado y sustentado en parte por el Ejército, seguían siendo manejados por hombres de la comunidad local.

Rivadavia fue el primero en estatizar los hospitales. Como primer paso desplaza la administración y el 11 de septiembre de 1815 a través de un reglamento de hospitales, expropia los hospitales religiosos y comunitarios, designando juntas hospitalarias. El segundo paso lo estableció con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822, donde se establecen criterios para el nombramiento de los médicos. De esta forma, aparece la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas.

Mientras en Buenos Aires se operaba una descentralización del Hospital desplazando la titularidad y responsabilidad por el Hospital de hombres hacia el gobierno local, en las provincias ese desplazamiento se realizaba desde las juntas de vecinos hacia la sociedad de Damas de Beneficencia (Santa Fe y Rosario).

En 1906, tras la epidemia de Fiebre Amarilla (1870-1871) y con la consolidación de las ideas liberales de la Generación del Ochenta se inaugura el primer Hospital Nacional.

En la memoria del Consejo Superior de Higiene de la Provincia de Buenos Aires, el Dr. Arce Peñalba, en su discurso expresaba con claridad el modelo intergubernamental de división del trabajo sanitario imperante entonces... *"El Estado debe costear la asistencia sanitaria de los padecimientos generales que en la provincia tienen una morbilidad grande y que son un peligro para la sociedad, dejando a los municipios el cuidado especial de los enfermos agudos de su radio"* (Tobar, 2001: 17).

El modelo de atención del esquema de Ramón Carrillo -quien fuera el primer Secretario y luego Ministro de Salud Pública en la primer presidencia de Juan Domingo Perón- se caracteriza por generar un único seguro de salud para toda la población donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes pero contratado por el Estado. Luego habría Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los programas de salud pública. Por último se llegaría a verdaderas ciudades hospitales que integrarían los mayores recursos y tecnología disponible.

1.5.3: Funciones Del Hospital

En la Serie de Informes Técnicos N° 122 de la OMS en cuanto a las funciones del hospital, el comité que realiza este informe expresa que sin dejar de reconocer los cambios políticos y sociales de los hospitales, su principal función ha sido siempre la asistencia a los enfermos.

El Comité al examinar las funciones de un hospital, consideró que las mismas no deben limitarse exclusivamente a la esfera curativa y determinó que las funciones de un Hospital General son las siguientes:

Reparación de la Salud: (diagnóstico en los servicios de consultorio y hospital); tratamiento curativo y paliativo de la enfermedad; readaptación física, mental y social; asistencia en caso de urgencia en accidentes y enfermedades.

Prevención de la enfermedad: vigilancia del embarazo y partos normales; vigilancia del crecimiento normal del niño y del adolescente; lucha contra las

enfermedades transmisibles; prevención de enfermedades de larga duración; prevención de la invalidez mental y física; educación sanitaria; higiene del trabajo.

Funciones educativas: estudiantes de medicina; licenciados (especialistas y médicos generales); enfermeras y parteras; asistentes medicosociales; otras profesiones afines.

Investigaciones: aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud y de la enfermedad; métodos técnicos y administrativos del hospital.

Así mismo el Comité al examinar las distintas funciones de un hospital general, coincidió que la más relevante sigue siendo la curativa o de restauración de la salud. "*Cualesquiera que sean las otras funciones de un Hospital General Moderno, la asistencia de orden curativo que proporciona a enfermos y heridos sigue siendo el servicio que más aprecian y solicitan en general las colectividades donde se encuentra el hospital*" (OMS Serie de Informes Técnicos N° 122, 1957: 10).

Reconoció el Comité que son pocas las localidades en todo el mundo que cuentan en sus hospitales con un número suficientes de camas y de servicios para hacer frente a las necesidades de la población.

Otra de las recomendaciones es que la readaptación de un enfermo que ha salido de la fase aguda de su enfermedad y ha quedado con alguna discapacidad residual, debe formar parte de la función curativa del hospital general. Del mismo modo los ancianos que padecen alguna enfermedad aguda, cuando dejan de ser necesarias las prestaciones de servicios especiales de tratamiento, estos enfermos deben ser trasladados a sus domicilios o instituciones especiales.

Sobre la prevención de las enfermedades, el Informe sugiere que todo hospital debe desarrollar actividades preventivas en la misma medida que las curativas.

Para poder responder a las sugerencias del Comité sobre las funciones educativas, los hospitales deberán arbitrar los medios necesarios para aumentar los conocimientos y formación de todos los profesionales de la salud del hospital.

Los hospitales pueden ser centros de Investigación que estimulen y alienten a todo el plantel de profesionales para llevar adelante distintas Investigaciones.

1.5.4: Categorización de los Hospitales

Los Hospitales se clasifican según los siguientes indicadores:

- **Según la Jurisdicción**: Nacionales, Provinciales, Municipales y otros como los Hospitales de las Fuerzas Armadas, los Hospitales Universitarios entre otros.
- **Según el tipo de** prestación: Hospitales Monovalentes, Hospitales General de Agudos.
- **Según la Complejidad**: de baja complejidad, de media complejidad y alta complejidad.
- **Recurso Humano**: que varía según la complejidad y/o el tipo de prestaciones.
  - ✓ **Según su función**
  - ✓ **Según Tipo de Contrato**: planta permanente, guardia, residentes, concurrentes, contratados, planta transitoria, pasantes y becarios.

Parte II

Trabajo Social

2.1: Modelos de Actuación en Trabajo Social

Se podrían citar un sinnúmero de conceptos del Trabajo Social pero sería muy difícil tomar una de ellas, puesto que desde su nacimiento como profesión, la Asistencia Social; el Servicio Social o el Trabajo Social según como se lo denomine, ha ido variando a través de los años por distintas concepciones las que han dejado impregnado su marco teórico y aportado en este recorrido distintos lineamientos al ejercicio de la profesión.

Para anclarnos en el Trabajo Social consideramos relevante poder citar a Edgar Morin para comprender la complejidad en las sociedades actuales, ya que el pensamiento complejo nos permite contemplar diferentes representaciones de un sistema. Para Morin[27] se han adquirido una increíble cantidad de conocimientos sobre el mundo, el universo, y el ser humano y en nombre de la razón se han enterrado mitos y tinieblas. Sin embargo el error, la ignorancia, la ceguera progresan por todas partes al mismo tiempo que los conocimientos. Ante esta situación, se da lugar a la incertidumbre sobre lo que se sabe. Pero si el conocimiento existente es reestructurado, somos capaces de generarlo, abandonarlo y recuperarlo.

La visión del pensamiento complejo se opone al paradigma de la simplicidad, a la parcelación del saber, puesto *que "… un conocimiento mutilado conduce a una práctica mutilante"* (Morin, 1984: 72). De ahí, como opina Soto González[28], nos encontramos ante la necesidad de contemplar epistemológica y holísticamente la realidad, siendo no sólo un observante pasivo, sino participante y constructor de ella. La tradición occidental se ha basado en unos usos lógicos y en una racionalidad que responden al paradigma de simplificación, es decir, concebir la realidad como algo reducible a esquemas o conceptos ordenados y ordenadores que se apoya en un punto de vista absoluto. Esta concepción implica la idea de una ilusoria objetividad también absoluta, que no le afecta al sujeto/observador. Tal ideal de conocimiento, es imposible en esta nueva realidad compleja.

[27] Morín 2003
[28] Edgar Morin: Complejidad y Sujeto Humano, Tesis de doctorado de Mario Soto González, 1999

En concordancia con lo expuesto anteriormente, Vélez Restrepo señala que las nuevas configuraciones de los perfiles de las sociedades contemporáneas, sumadas al agotamiento de los paradigmas explicativos de las Ciencias Sociales, que han apoyado el proceso de la profesión, hacen necesario la reflexión y el análisis sobre la metodología del Trabajo Social y cita que *"La incertidumbre producida por la complejidad del mundo actual refuerza la necesidad de reconfigurar la profesión sobre la base de controversias y replanteamientos analíticos"* (Vélez Restrepo, 2003: 53).

Parafraseando a Vélez Restrepo, la complejidad del mundo actual responde a una desarticulación del tejido social, debido a una inusitada violencia en la vida cotidiana y en el imaginario colectivo, en el deterioro de la calidad de vida, la desvalorización del ser humano, así como en la dificultad de diálogo entre las distintas generaciones, la degradación ambiental y las modificaciones estructurales en la dinámica familiar, son problemas centrales que hacen necesario que el Trabajo Social Contemporáneo plantee escenarios y necesidades de formación y actuación diferentes y renovados.

"El advenimiento de la globalidad y la complejización de la realidad social ponen en cuestión muchos de los esquemas, valores, discursos, categorías y modelos teóricos que soportan la profesión, impregnándola de certezas y eficacia. Las sociedades contemporáneas requieren un Trabajo Social que esté en condiciones de apostarle al conocimiento con solvencia y responsabilidad ética y capaz no solo de plantear respuestas sino también preguntas pertinentes que conduzcan a develar las bondades, fisuras y oquedades de las situaciones presentes". (Vélez Restrepo, 2003:19). Por ello considera necesario que *"Para que la Metodología del Trabajo Social sea vigente y pertinente en el momento actual debe contextualizarse y asumirse como un proceso dinamizador dotado de una reflexividad que actúe en la consolidación de propuestas posibilitadoras de la construcción del conocimiento social, de la especificidad profesional y de los sujetos o situaciones sociales con los cuales interactúa"* (Vélez Restrepo, 2003: 54).

Es preciso entonces, que el Trabajo Social, centre su reflexión acerca del actual contexto por el que atraviesan las sociedades actuales, no solo en la

reconfiguración que hace de la cuestión social sino también en la reconfiguración que impone al propio Trabajo Social.

Dado a que las palabras asignan sentido a las cosas, coincidimos con Vélez Restrepo en cuanto a que el término intervención, relacionado a la Metodología del Trabajo Social (métodos, modelos y niveles de intervención) tiene una marcada connotación positivista *"... está fundamentada en un imaginario ideológico que subordina la práctica profesional a visiones externalistas de manipulación, control o cosificación de las personas y situaciones"* (Vélez Restrepo, 2003: 54). Por ello, busca contribuir con la apertura conceptual que debe darse en el lenguaje profesional contemporáneo (teórico y metodológico) y para ello propone: *"... la eliminación del término 'intevención', reemplazándolo por el de 'actuación'. Entendiendo la misma como el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajo Social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tengan. La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y conceptual que la hacen posible"* (Vélez Restrepo, 2003: 54). Es sabido que el carácter simbólico, la orientación o la intencionalidad definen el sentido de la acción.

Los Modelos Contemporáneos (sistémico general o social y comunicacionales) y el de Convergencia propuestos por Vélez Restrepo, son los que, a nuestro entender permiten visibilizar al sujeto de estudio categorizado "paciente social" en su calidad de sujeto y no de objeto cosificable.

Consideramos que hacer anclaje en estos modelos de actuación profesional brindan a la profesión elementos para poder comprender epistemológica y holísticamente la realidad compleja por la que atraviesan las sociedades modernas actuales.

- **Modelos Contemporáneos**: Son modelos dinámicos, abiertos y flexibles que están en un continuo proceso de deconstrucción y construcción. Utilizan técnicas interactivas como la observación, el taller, la entrevista y los grupos de discusión. Aportan un conjunto de propuestas de acción social, como

alternativas contemporáneas de actuación, comparten desde una perspectiva integral, holística y global su preocupación por las interacciones de las personas con su entorno social. Están inspirados en la Teoría General de Sistemas y en un conjunto de teorías sociológicas y filosóficas como el Interaccionismo Simbólico, la Fenomenología, la Teoría de la Acción Comunicativa, el Construccionismo, la Hermenéutica y la Cibernética de Segundo Orden. Este tipo de actuación pone énfasis en la centralidad de la subjetividad como constitutiva de lo social en los procesos de comunicación, los que mediatizados por el lenguaje, pasan a configurar la acción social. Siendo la interacción y la percepción los componentes sustanciales de las relaciones sociales en el mundo de la vida cotidiana.

- ✓ **Modelo Sistémico General o Social**: Este modelo orienta la actuación profesional hacia el desarrollo de tareas fundamentales, que sirvan para atenuar las situaciones conflictivas motivadas por la interacción social. Reconoce que para hacer más completo el conocimiento se hace necesario el suplemento de las disciplinas y la introducción de las categorías de expansionismo de las ciencias, como así también la incorporación de la causalidad circular para abordar los fenómenos en sus múltiples interrelaciones. Apela a la interdisciplinaridad, a la interinstitucionalidad y la intersectorialidad, en un marco de interacción global, integrador y polifuncional entre las Ciencias Sociales. El Modelo Sistémico considera necesaria la articulación dinámica y holística de los elementos que constituyen el sistema, reconociendo la presencia del todo en las partes y de éstas en él; la superación de la dicotomía entre teoría y práctica; asumir la realidad como un continuo proceso de construcción, donde pasado, presente y futuro se interrelacionan constituyendo la misma y, por último develar los fenómenos y situaciones de la realidad que permanecen ocultos. Uno de los apoyos sociales más interesantes para la actuación profesional sistémica, es el trabajo en redes, ya que estas redes sociales, permiten entre otras cosas compartir recursos, construir vínculos afectivos y solidarios, generando alternativas de apoyo mutuo para enfrentar los tiempos

difíciles aportando a la reconstrucción del tejido social. Los lazos internos que se tejen en las redes sociales, superan la estructura formal del Trabajo Asistencial Tradicional, donde la persona después de recibir el apoyo o la asistencia que le brinda la Institución, corta todo vínculo con ésta, perdiéndose de esta manera el apoyo que le otorga el entramado de relaciones y de acción social íntimamente conectado con la cotidianidad que brinda la conformación de las redes sociales.

- ✓ **Modelos Comunicacionales**: Las tendencias contemporáneas buscan la consolidación de éstos modelos como fundamento de la Acción Social. Dentro de estos modelos cobran especial atención los enfoques Interaccionistas, Fenomenológicos y Hermenéuticos. Los Modelos Comunicacionales, brindan elementos de importancia para comprender la complejidad de la conducta humana en la interacción, centrando la atención profesional en el entorno, la subjetividad, las emociones, las vivencias y las experiencias; aspectos que muchas veces han sido desapercibidos. Estos modelos le asignan especial sentido a lo relacional, llenando de contenido el campo de la cotidianidad donde ésta se desarrolla. Estos modelos enfatizan el lenguaje como acción y sitúan la interacción y la subjetividad en primer plano para el abordaje de lo social, concibiendo los roles de una manera distinta a la naturalización que hacen de ellos los modelos tradicionales.

- **Modelos de Convergencia**: Aunque no estén consolidados como modelos profesionales propiamente dichos, señalan trazos y rumbos a seguir en la actuación profesional. Se nutren y orientan del Constructivismo, La Cibernética de Segundo Orden y teorías como las del Caos y la Complejidad. Los enfoques de convergencia abogan por la diversidad y el respeto a las diferencias. La concertación, el diálogo y el trabajo conjunto, son los ejes estructurantes de sus propuestas de acción y los supuestos que la respaldan son: el conocimiento holístico e integrador de las disciplinas y procesos socio-culturales, el colaboracionismo, el trabajo en red, el derecho a la información y el establecimiento de mecanismos universales para compartirla. La concertación, conciliación y armonización de intereses,

acciones y decisiones presentes en los enfoques de convergencia, dotan a la Gestión Social de un sentido humanista acorde con la necesidad histórica de construir sociedades justas, donde se logre establecer un sano equilibrio entre la competitividad corporativa y el mejoramiento de la calidad de vida.

2.2: Trabajo Social en el Campo de Salud

Con el fin de abordar el Trabajo Social en el campo de la Salud, nos parece oportuno citar el concepto de campos sociales propuesto por Bourdieu como *"espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias"* (Gutierrez, 2005: 31). Este concepto, es entendido como *"la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales"*. (Spinelli, 2010: 276)

Siguiendo a este autor, los capitales en juego son:

- El capital económico que interviene en función de intereses económicos;
- El capital social que interviene en función de relaciones sociales;
- El capital cultural que interviene en función de conocimientos y/o prestigio y
- El capital simbólico que interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima.

Por lo que los distintos agentes compiten por acumular los distintos capitales y a partir de ellos poder construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación.

De esta forma se visualiza la lucha por la agenda política, permitiendo definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación en su interior.

"Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industrias, lobbystas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil,

pacientes, etc.), donde cada 'jugador' realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales" (Spinelli, 2010: 276).

Estas acciones realizadas por cada jugador no siempre se relacionan con intereses racionales o reflexivos. Todos los juegos se realizan al interior de estructuras, que son estructurantes de los agentes y a su vez son estructuradas por ellos, según sus capacidades de juego, a sus apuestas y a la fidelidad con las mismas.

Spinelli al referirse al campo de la salud, arguye que éste se caracteriza por la complejidad, la cual resulta de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/ gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.

Para poder profundizar el Concepto de Campo de la Salud, citaremos a Lalonde, quien manifiesta como un problema fundamental el hecho de no existir un marco conceptual común, que permita separar los principales elementos del campo. Por lo que en el informe que lleva su nombre, descompone el campo de la salud en cuatro componentes.

Biología Humana, este componente *"… incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo"* (Lalonde, 1996: 39). Incluyendo la herencia genética, los procesos de maduración y envejecimiento, y los aparatos internos del organismo. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples y graves, siendo el costo de su tratamiento de muchos millones de dólares.

Medio Ambiente, contiene todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. El individuo no puede garantizar la inocuidad, ni la pureza de los

alimentos, ni de los cosméticos, como tampoco controlar la contaminación del aire y el agua, ni puede que el medio social y sus cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

Estilo de Vida es el componente que representa el conjunto de las decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales puede ejercer un cierto grado de control. Las malas decisiones y hábitos personales perjudiciales provocan riesgos que tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte.

Organización de la Atención de Salud, se define como sistema de atención de la salud, *"consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de la salud"* (Lalonde, 1996: 39). Incluye los servicios de atención de la salud, tanto de práctica de la medicina y la enfermería, de hospitales, hogares de ancianos, medicamentos, servicio de ambulancias y el tratamiento dental entre otros tantos servicios sanitarios.

2.2.1: Características del concepto de Campo de Salud

Dar un mismo grado de importancia a los componentes de biología humana, medio ambiente y estilo de vida, comparables a la organización de la atención de la salud.

Esta amplitud de concepto garantiza que, cualquier problema de salud puede ser causado por uno de los cuatro componentes, o por una combinación de ellos. Exigiendo que quienes contribuyan a la salud, en forma individual o colectiva (médicos, pacientes, científicos y gobierno), sean conscientes de sus funciones y de su influencia en el nivel de salud.

Es la que permite instaurar un sistema de análisis con el que es posible examinar cualquier problema en relación a los cuatro componentes, con el fin de evaluar su relativa importancia y su interacción. Permitiendo que los planificadores de programas puedan concentrar su atención en los factores contribuyentes de mayor peso.

Al desmenuzar a los mismos componentes, permite elaborar un mapa que señale las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas

básicas, como así también la importancia relativa de los factores que contribuyen a ellas.

Nuestra inserción en el campo de la salud como Trabajadores Sociales se desempeña como complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaria de Salud, Coordinación Sanitaria Regional u Hospital.

Definido el concepto de campo, podemos afirmar que el Trabajo Social en el campo de salud, tiene como meta la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, por lo que el profesional ha de satisfacer una serie de objetivos, los cuales se insertan a su vez en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Según describe la UPO[29] como la realidad social es tan compleja los objetivos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir el objetivo general de eliminar o disminuir las desigualdades para el acceso a la salud.

Estos objetivos específicos son:

- ✓ Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando los que favorecen su logro.
- ✓ Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y

[29] Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

- ✓ Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud.

El papel del trabajador social que ha de desempeñar con objeto de eliminar o reducir las desigualdades para el acceso a la salud, puede resumirse en uno de los puntos sobre las funciones del Trabajo Social de la ponencia presentada en el Programa de Servicio Social de atención primaria de la Salud:

2.3: Funciones del Trabajo Social

Promoción:

- ✓ Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
- ✓ Suministrar información sobre hábitos saludables.
- ✓ Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

Prevención:

- ✓ Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- ✓ Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- ✓ Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- ✓ Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud.
- ✓ Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.
- ✓ Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.

Recuperación:

- ✓ Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.
- ✓ Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.

Rehabilitación:

- ✓ Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.
- ✓ Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.

2.4: Funciones del Servicio Social

El equipo de Trabajadoras Sociales que integran la División del Servicio Social en APS de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón[30], realizan una presentación en el Congreso Internacional de APS en el año 2000 donde describen el "Programa de Servicio Social en Atención Primaria de la Salud" en el cual determinan las siguientes funciones específicas, a saber:

Brindar atención profesional a todos los grupos familiares en que uno o más de sus miembros concurran para su atención en forma regular al centro de salud, y no haya otro profesional de referencia.

- Efectuar la atención individual, familiar y grupal para elaborar un diagnóstico integral, teniendo en cuenta los factores bio-psicosociales que permitan planificar la intervención.
- Realizar el abordaje familiar de los casos de riesgo.
- Realizar las gestiones necesarias para la incorporación de las familias atendidas a los programas de la Secretaría de Calidad de Vida, como

[30] CONGRESO INTERNACIONAL "Programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud". Autoras: Lic. Baudino, Verónica; Lic. Bonanno, Anastasia; Lic. Domijan, Mirta; A.S. Echegoyen, María del Valle; Lic. Inchaurrondo, Adriana; Lic. Jorge, Alicia; Lic. Leguizamon, Teresa; Lic. Luján, Edith; A.S. Martinez, María Teresa; Lic. Montoya, Silvia; Lic. Pirola, Silvia; Lic. Sanchez, Rita; Lic. Santos Ibañez, Adriana; Lic. Sosa, Elisa.

estrategia de abordaje profesional de la población y en el marco de su tratamiento social.

- Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario.
- Integrar la red de Servicios Sociales de su zona.
- Participar a partir de su aporte profesional, en los programas que se lleven a cabo en el centro de Salud, priorizando el Programa Materno Infantil.
- Realizar la investigación y diagnóstico de todas aquellas situaciones sociales vinculadas con la salud de la población, integrándolas al equipo interdisciplinario.
- Planificar, ejecutar y evaluar actividades y proyectos de prevención y promoción dentro de la interdisciplina de los equipos de salud intra y extra institucionales.
- Proponer en la red de Servicios sociales la realización de proyectos comunitarios definidos como necesarios para dar respuesta a problemáticas relevantes, en el marco de la especificidad y colaborar en el diseño, ejecución y evaluación con los Servicios sociales de Gestión Comunitaria.
- Elaborar la planificación de la tarea, la que será objeto de supervisión técnica específica.
- Realizar el registro de tosas las intervenciones profesionales.
- Sistematizar la tarea profesional.
- Elaborar y elevar institucionalmente propuestas que surjan de la evaluación de la tarea sistematizada.

Por último señalar que desde el punto de vista de las categorías profesionales, el rol del Trabajador Social es un rol de servicios, porque no produce bienes materiales.

En el sector salud, y con el objetivo de eliminar desigualdades sociales, esos servicios han de prestarse en las siguientes áreas de trabajo:

Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social o previniéndolos.

Investigación, identificando los factores que generan desigualdades evaluando servicios, recursos, actitudes y valores.

Política y promoción social, estimulando y provocando medidas tendentes a lograr mejor calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.

Planificación, transformando necesidades concretas en respuestas también concretas que las satisfagan.

Administración de servicios sociales, organizando, dirigiendo o coordinando Departamentos de Trabajo Social.

Capacitación de recursos humanos, sean o no profesionales.

Considerando la complejidad con que se expresa en la actualidad la realidad social en el ámbito hospitalario en general y en particular donde se lleva adelante esta investigación -los dos hospitales del Partido de la Costa- a los que consideraremos espacios micro-sociales *"… ese lugar de intervención donde lo macro social se expresa en lo micro, es decir en donde los grandes indicadores se expresan en los pequeños espacios"* (Carballeda, 2007: 1), es necesario que las distintas disciplinas que intervienen en este espacio, se aboquen en la producción de conocimientos que puedan dar cuenta de los procesos y fenómenos sociales.

En esta Tesis no haremos hincapié en los indicadores macro-sociales sobre pacientes sociales, ya que haciéndonos eco de las palabras del Dr. Carballeda, cuando se trabaja en terreno estamos ante esa persona sujeto de derechos a quien se ha cosificado nominándolo "paciente social".

Por lo que la intervención en Trabajo Social en el Campo de la Salud deberá valerse como dice González Saibene, de estrategias variadas, creativas e innovadoras para modificar estas situaciones particulares mediante *"el establecimiento de redes comunitarias, el trabajo grupal con pacientes y familiares, la mediación ante distintos actores gubernamentales, no gubernamentales y sociales; la atención individualizada frente a situaciones específicas […] y muchas otras líneas orientadas por una concepción de sujeto basada en los derechos civiles y sociales –humanos"* (González Saibene, 2000: 38).

2.4: Estrategias de Intervención en Trabajo Social

La acción y forma de concebir la pobreza sufrió varias transformaciones a lo largo de la historia. *"Weber señala que la ética medieval no sólo había tolerado la mendicidad, sino que había llegado a glorificarla en las órdenes mendicantes y en los mendigos seglares, quienes habían llegado a constituir una 'clase' y a ser valorados en esa calidad, en tanto daban al rico la ocasión de realizar buenas obras al dar limosnas"* (Díaz, E. 1995: 47). Pero con el advenimiento del Renacimiento[31], el impacto de la reforma y el ascenso del capitalismo se comienza a pensar a la miseria de una manera totalmente distinta *"... la pobreza no solo es considerada como producto de la negligencia sino también como estigma del desagrado divino. En este sistema de valores que se inicia con la Reforma, la limosna ya no tiene sentido, [...] no aporta nada al caritativo (ya que las obras no salvan) y por medio de ella se ayuda a alguien que parece no merecer la estima de la Providencia"* (Díaz E, 1995: 47). El capitalismo, como dice la autora, necesita gente próspera no caritativa.

A partir de estas modificaciones, durante el siglo XVIII en Europa, el tema de la pobreza pasó a ser cada vez más un tema estatal que religioso. La pobreza entonces comenzará a estar más ligada a la culpabilidad de la persona que a su gloria, o bien *"De una experiencia religiosa que la santifica, pasa a una concepción moral que la condena"* (Foucault, 2004: 95, en Díaz E.).

Según Alayón la aparición del Trabajo Social en América Latina, si bien está ligada al desarrollo del capitalismo, no hay que olvidar las distintas formas que le precedieron, tales como las prestaciones benéficas y asistenciales a cargo de entidades religiosas, aristocráticas o por el Estado. Estas modalidades que aparecían como ineficaces fueron reemplazadas por otras concepciones que a través del conocimiento de problemas concretos, trataron de contribuir a

[31] Amplio movimiento cultural que se produjo en Europa Occidental en los siglos XV y XVI, fue fruto de la difusión de las ideas del humanismo, que determinaron una nueva concepción del hombre y del mundo. Esta nueva etapa planteó una nueva forma de ver el mundo y al ser humano, sustituyendo el teocentrismo medieval por cierto antropocentrismo. El Renacimiento no fue un fenómeno unitario desde los puntos de vista cronológico y geográfico, ya que a los territorios americanos llega tardíamente. Su desarrollo coincidió con el inicio de la Edad Moderna, marcada por la consolidación de los Estados europeos y los viajes transoceánicos que unieron a Europa y América, la descomposición del feudalismo, el ascenso de la burguesía y la afirmación del capitalismo.

mejorar las condiciones de vida de los sectores marginales. Para ello fue necesario dotar a los agentes sociales de un instrumento técnico adecuado, que contribuyera a evitar la aparición de conflictos y no a develar las causas de los problemas sociales.

En América Latina el proyecto de Modernidad, como dice Carballeda, tiene un singular impacto especialmente en las ideas de ilustración, proyecto que va a imprimir las huellas de lo moderno en las instituciones, prácticas y saberes donde se ejerce la acción. Las ideas de ilustración van a ingresar en el Río de la Plata especialmente de la mano de grupos urbanos vinculados con el comercio, esta irrupción va a traer aparejado importantes cambios en la vida cotidiana y en las ciudades, trayendo consigo la aparición de nuevos discursos sobre 'la razón, la voluntad y el deber', que fueron los que impregnaron las primeras modalidades de Acción Social. En el mismo sentido pero en lo político el discurso es que, para ejercer la soberanía es imprescindible 'poseer la razón y ser ilustrados', en este contexto crece una fuerte puja entre la soberanía popular y la soberanía de la razón, que derivo en las 'Guerras de la Independencia'. Este largo conflicto que duró muchos años hizo que la idea de la soberanía popular se fuera diluyendo, quedando de esta manera firme las ideas del liberalismo, que sería uno de los postulados de la revolución de mayo. *"Es posible pensar la lógica de las primeras instituciones de la Acción Social desde esta perspectiva, es decir, poner a quienes 'no están en condiciones' de ejercer la soberanía bajo mecanismos que los hagan visibles. Dispositivos que se enuncien desde el horizonte de la 'preparación' de estas personas para que en el futuro –al haber adquirido la razón- puedan ser soberanos"* (Carballeda, 2004: 30).

En el proceso de construcción del Estado Argentino, una serie de ideas comenzaron a dar forma y sentido a las instituciones. El marco de referencia donde se apoyaron la mayoría de éstas, se relacionaba con el Positivismo, corriente de pensamiento cada vez más penetrante y hegemónico. *"…dando nuevos sentidos a las instituciones educativas, sanitarias, jurídicas, militares, etc. […] Esencialmente desde el positivismo se construirán los marcos*

conceptuales para las prácticas que intervendrán en lo social" (Carballeda, 2004: 149).

Todo esto ocurre en un contexto de aparente paz interior, devenida a partir de la finalización de una etapa de conflictos intestinos, que dieron como resultado el poder hegemónico a una oligarquía terrateniente que es quien pasará a gobernar la Nación por largos años.

En una Argentina liberada de caudillos y masas populares, donde el gaucho y el orillero quedan fuera de una realidad política, se hace necesario repoblar la patria, aparecen proyectos de políticas migratorias a través de la cuales se esperaba la llegada de inmigrantes de origen sajón: pero en su lugar llegaron pobres que escapaban del hambre, las injusticias y las desigualdades sociales. Prontamente estas poblaciones empezaron a ser vistas como peligrosas ya que muchos de ellos traían consigo ideas anarquistas, comunistas y socialistas que habían cobrado fuerza en Europa.

A la importante migración ocurrida en estos años se la denominó 'población aluvional' o 'fenómeno morboso' como lo caracterizara Ramos Mejía, para quien la forma de resolver el problema de las multitudes sería a través de la educación, una educación que significaba una forma de disciplinamiento y la escuela 'como una metáfora aleccionadora'.

Ante esta realidad se intenta buscar cual es la mejor manera para resolver la gobernabilidad de una sociedad atravesada por multitudes, en las que ya están apareciendo señales de malestar, las que a principio de siglo se expresan en forma de luchas obreras las que son brutalmente reprimidas como lo ocurrido en la 'Semana Trágica', la represión y la ley de Residencia, son respuestas que el positivismo argentino va fundamentando desde lo político.

"La situación había cambiado y la estructura social de la Argentina también. Aun así, quedan como resabio de esas cuestiones los sentidos que van a atravesar las prácticas en lo social y que en parte se mantienen hasta el presente. […] El positivismo, en tanto su aplicación a las prácticas que intervienen en el campo de la salud, servirá como sustento desde diferentes marcos conceptuales" (Carballeda, 2004: 155-156).

El higienismo dentro del proyecto positivista, fue tomando protagonismo por ser uno de los instrumentos más organizados para la intervención en la naciente cuestión social Argentina y en la construcción de una sociedad donde el orden y el progreso son adoptados desde una perspectiva sanitaria o médica, a través de una educación hacia toda la población, para aleccionar a los enfermos y a sus familias.

En la Argentina el discurso higiénico-moral va a tener su correlato con las ideas positivistas que enmarcaron la Generación del Ochenta y que será utilizado como un mecanismo de registro y control de los nuevos sujetos sociales. La aparición de la tuberculosis y el peligro de contagio reafirmó la idea de vigilancia sobre los sectores más desposeídos de la población. Una vigilancia que vino a sumarse a las medidas educativas y que estaban íntimamente ligadas al control y el disciplinamiento. Si bien los estudios epidemiológicos demostraron que la tuberculosis no era patrimonio exclusivo de los sectores más desposeídos, el discurso de su estigmatización siguió creciendo.

La moral sanitaria se pone en marcha, a través de las nuevas medidas sobre 'el cuidado de la salud', que desde las concepciones del discurso médico higienista apuntan al disciplinamiento y a la intromisión en la vida cotidiana de las personas *"Este discurso de control se apoyará en una primera etapa sobre tres grandes fenómenos de principios de siglo: la tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades venéreas"* (Carballeda, 2004: 160).

Así como para los sanitaristas el cuerpo era un lugar a tutelar, se va construyendo una nueva geografía de control, tomando para ello a los conventillos y a las periferias de la ciudad, como un lugar privilegiado para esta experimentación. *"El conventillo se transformó, gracias a una sumatoria de ordenanzas, reglamentos y normativas, en una especie de territorio cercado por el saber médico y político. En él se plantearán dos niveles de acción: por un lado, la mirada se hará rigurosa e inflexible, y por el otro comenzaran las visitas de inspectores, que además del registro, harán 'difusión de las nociones de higiene', explicando y fundamentando las medidas de tutela"* (Carballeda, 2004: 161). Tutela[32] que se ponen en práctica, en los niños de los conventillos,

[32] Ley 10903 de 1919, conocida como la "Ley Agote" o "Ley del Patronato"

quienes desde su nacimiento quedarán bajo la tutela sanitaria de la autoridad municipal y así prevenir las enfermedades originadas por la miseria, la ignorancia y la negligencia de los padres, tutores o encargados.

Higiene, derecho y criminología encontrarán en el ámbito de la pobreza puntos de integración, desde donde los espacios de la penalización deberán empezar a definirse en áreas cada vez mejor delimitadas y donde también será necesario buscar nuevos saberes y nuevas formas de intervención. *"Años más tarde, por ejemplo, el lugar de los inspectores sanitarios va a ser ocupado por las Visitadoras de Higiene. […] la pobreza quedará penalizada y se harán más exactas las prácticas que actúan sobre ella"* (Carballeda, 2004: 162).

Es así como la medicina se apropia de lo cotidiano, le da una forma más moderna a las instituciones y a las prácticas, conformando además nuevos espacios de disciplinamiento.

Desde una fachada de orden y progreso la Argentina del centenario, ocultaba el país real, ese país real que se iba construyendo lenta pero firmemente al margen de los ideales que ya se encontraban en crisis.

En este contexto surge una fuerte disputa entre la Sociedad de Beneficencia y los médicos higienistas sobre quien debería tener bajo su órbita la 'acción social'. En esta puja lo que menos se planteaba eran cuales debían ser las acciones a llevar a cabo en este campo y mucho menos se discutía sobre los derechos sociales y la recuperación de la dignidad de la gente, por lo que se seguía discutiendo era sobre una búsqueda más sistemática de organizar la disciplina y mejorar la calidad económica de las personas en una realidad donde cada vez había menos fuentes de trabajo.

La acción social moderna y medicalizada comienza a ser patrimonio del Estado aunque de forma totalmente subsidiaria y secundarizada. Durante este proceso *"La escuela modelará cuerpos y conductas, ahora con más eficiencia, y se intentará que esos nuevos aprendizajes se trasladen a los domicilios de los marginados a través de los niños. […] Si en el modelo sarmientino lo importante es la moral y la virtud, en esta continuación se hará más hincapié en la disciplina"* (Carballeda, 2004: 166). En esta etapa surgen las escuelas especiales y se incorpora como idea fundamental la regeneración en los

reformatorios. En este contexto, el discurso no solo llegará a las escuelas, sino que también irá a los domicilios, se darán conferencias y se repartirán folletos, con el fin de ratificar y justificar el orden social imperante.

El discurso moderno de la acción social pone todo su esfuerzo en ocultar el país real. Este país real no va a tardar en aparecer, marcando otras pautas, otros sentidos y significaciones, haciéndose visible más tarde *"... con la lucha por los derechos sociales y la dignidad, expresándose a través de diferentes formas organizativas, con las primeras mutuales, sociedades de fomento, sindicatos, etc."* (Carballeda, 2004: 170).

"Este conjunto de males que afectaba al proletariado urbano se llamó la Cuestión Social, haciendo alusión a las insuficiencias materiales y espirituales que les afectaban" (Colomer et al., 2007: 25). *"El surgimiento del Trabajo Social como profesión, es decir, en cuanto 'práctica institucionalizada, socialmente legitimada y legalmente sancionada'* lo ubicamos como respuesta a la 'cuestión *social', inscripto en la división social y técnica del trabajo"* (Parra, s/d: 9).

Según Alayón la formación profesional de las visitadoras de higiene y sociales como así también la de las Asistentes Sociales, no requerían mayores exigencias académicas. Bastaba con adquirir conocimientos instrumentales y ubicarse en una posición subsidiaria a la de otras disciplinas. Una práctica más tecnificada, no logró desprenderse de las concepciones propias del asistencialismo.

En la década del '50 los planes de desarrollo hacen su aparición en América Latina, los que supuestamente iban a permitir la superación del sub-desarrollo en el que se encontraban los países de la región. Para lograr este objetivo, sería necesario que actuaran como 'agentes de cambio' personal técnico, cuya misión sería integrar a los 'inadaptados' que presentaban patologías sociales. Esos técnicos fueron los Trabajadores Sociales.

Con el objeto de modificar los problemas de la vieja asistencia social, la cual disponía de un pobre manejo del instrumental técnico por parte de los profesionales, se producen los cambios en los planes académicos, los que estarían enmarcados en una mayor profundización científica. Ya no se trataba de trabajar para la gente sino con la gente.

El Método de Organización y Desarrollo de la Comunidad se presentó como una medicina en la práctica del Servicio Social, aunque la realidad se encargó de demostrar que este método no llegó a dar solución a los problemas de salud, educación, vivienda, falta de luz y agua, etc. de los vastos sectores populares.

Los cambios anunciados por el cientificismo no se produjeron, no obstante constituyó un corte crítico con el Servicio Social tradicional.

En América Latina en la década de los '60 aparece el movimiento de Reconceptualización que irrumpe para interpelar ideológicamente las formas instituidas en el ejercicio de la profesión. Este movimiento reconoce el origen de la desigualdad social en las relaciones de explotación vigentes en la sociedad situación que genera un proceso de análisis y toma de conciencia en los Trabajadores Sociales con respecto al papel que venían cumpliendo; modificaron los objetivos de ajustar y/o integrar a los individuos a la sociedad por los de transformación de la sociedad; se realizaron cambios cualitativos y cuantitativos en los programas de estudio; renegaron de las técnicas, generando una pobre formación en ese aspecto; se produce un abandono de las instituciones y de los Colegios o Asociaciones profesionales, los que quedan en manos de los Asistentes Sociales tradicionales. Si bien la Reconceptualización tuvo muchas carencias no se puede negar el importante aporte en la ruptura con el Servicio Social tradicional.

El período de la Reconceptualización fue atacado por los sectores conservadores de la profesión, pero no con una crítica superadora, sino que solo se hizo con el interés de rescatar las viejas tradiciones.

El cuestionamiento a la Reconceptualización en la Argentina fue abortado por el golpe de Estado de 1976. Durante estos años de gobierno de facto reaparecieron las concepciones más reaccionarias de la profesión, debilitándose la formación profesional, por lo que muchos estudiantes y profesionales abrazaron el estudio de nuevas carreras provocando el afianzamiento de colegas de bajo nivel. La emigración de profesionales ha sido una de las circunstancias más salientes de este período.

La complejidad que se da dentro de los espacios micro-sociales, nos insta a considerar la importancia de una intervención que permita visualizar y desnaturalizar las distintas realidades con las que vamos a trabajar en terreno. Es desde ahí que nuestro posicionamiento debe estar basado en un pensamiento crítico y reflexivo.

Según Carballeda, las prácticas que intervienen en el campo social necesitan incorporar nuevos conocimientos debido a la complejidad de las problemáticas sociales actuales. Desde este posicionamiento es oportuno un pensamiento crítico y reflexivo con respecto a las intervenciones *"con la finalidad de revisar y observar, desde dónde y para qué se interviene en lo social"* (Carballeda, s/d: 3). Por lo tanto se hace necesario construir espacios de reflexión, estudio y análisis sobre estas prácticas, desde una perspectiva amplia acompañada por el desarrollo de una intensa interacción y discusión con las diferentes explicaciones teóricas.

PARTE III

CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1: Contexto Institucional

Teniendo en cuenta la complejidad del funcionamiento del ámbito donde se encuentran insertos los sujetos objeto de estudio de esta investigación, consideramos pertinente dar sustento a la misma abordando el concepto de Institución, señalando que, una organización es reconocida históricamente en el tiempo y es aceptada por los miembros de la comunidad como un bien preciado y valioso para el funcionamiento de esta. Podemos citar como instituciones a la familia, la democracia y las organizaciones de gobierno, la escuela y el hospital, entre otros.

El término institución se ha generalizado siendo muchas las organizaciones que se presentan a sí mismas como tales, como una manera de reconocer su valor 'instituido' *"como realidad social dada"* Cristiano, 2009; citado en Negroni, 2011: 203) aquello que ya no es un valor sólo para la organización, sino también para el conjunto de la sociedad en la que está inserta.

Las instituciones contienen en su seno fortalezas y debilidades como consecuencia de su capital 'instituido' y su capital 'instituyente'. Las instituciones sociales -desde el campo de 'lo instituido'- quieren contener al sujeto en un campo limitado de saberes y certezas. La institución, que nace de la creatividad y la libertad del hombre, es muchas veces negada por la misma institución. Pero el hombre tiene la capacidad de cuestionar, interpelar y crear, instituyendo y generando nuevos proyectos, dando a luz a 'lo instituyente' *"como fuerza creadora del colectivo anónimo"* (Cristiano, 2009; citado en Negroni, 2011: 203).

Aquellos que defienden el orden ya establecido, temen a esta fuerza creadora, que no es más que la libertad del hombre en acción que deja en evidencia que lo instituido no es otra cosa que un fenómeno histórico, pasible de ser modificado.

Los hombres que adhieren a lo instituido harán todo lo posible para sostener el statu quo, aunque para ello tengan que arrebatar la memoria social, impidiendo tener una lectura histórica de los hechos acaecidos. Algo imprescindible para apropiarnos de la historia, poder confrontarla e interpelarla, *"…debe conocer*

los más honrosos y los más vergonzosos hechos producidos por su grupo social, debe asirlos, sopesarlos, leerlos, resignificarlos. Sin memoria no hay anclaje social. Sin anclaje social no hay sujeto. Sin sujeto no hay interpelación. Sin interpelación hay congelamiento de las formas instituidas" (Barnazza, 2008: s/d).

Conocer el contexto en el que se inserta la problemática del presente trabajo contribuye a entender las prácticas instituidas para que podamos, como Barnazza nos sugiere, resignificarlas y lograr rupturas que permitan la creación de nuevas prácticas que aseguren el ejercicio ciudadano.

Conocer los espacios geográficos en los que se instalan los dos Hospitales Públicos y el momento fundacional aporta herramientas de análisis que contribuyen a entender las prácticas instituidas.

3.2: Ubicación Geográfica del Partido de la Costa

El Partido de La Costa se encuentra al sudeste de la Provincia de Buenos Aires, a 320 km de la Ciudad de Buenos Aires y a 186 Km de la ciudad de Mar del Plata. Limita al norte con la Bahía de Samborombón, al este con el Mar Argentino, al oeste con el Partido de General Lavalle y al sur con el Partido de Pinamar. Dentro de estos límites, se encuentran de norte a sur, las localidades de San Clemente del Tuyú, Las Toninas, Santa Teresita, Mar del Tuyú, Costa del Este, Aguas Verdes, La Lucila del Mar, San Bernardo, Mar de Ajó y Nueva Atlantis. La Ciudad Cabecera del Partido de la Costa y sede del Gobierno Municipal es Mar del Tuyú, por ser el centro geográfico de ésta localidad.

González Saibene, refiere qué se debe dar fundamento al ejercicio de la intervención profesional del Trabajo Social. Para lo cual propone una serie de elementos para ser analizados y reflexionados, uno de ellos es la historia y el origen de la organización que es el que vamos describir a continuación.

3.3: Breve Reseña Histórica de San Clemete del Tuyú

La zona de San Clemente del Tuyú, donde se encuentra una de las Instituciones Hospitalarias en la que hemos desarrollado la práctica pre-

profesional, se conocía en la época de la colonización como pagos de 'Ajó' o 'Tuyú', que significan 'barro o arcilla' y conformaba los 'Pagos de Monsalvo', amplia región que se extendía desde el actual partido de General Lavalle hasta el río Quequén Grande. Los 'Pagos de Monsalvo' pasaron a denominarse 'Partido de Ajó' y en 1884 General Lavalle.

A comienzos de 1925 se empieza a notar la afluencia de turistas cruzando los campos en automóviles desde General Lavalle, a raíz de que el trazado de caminos solo llegaba hasta esa localidad. Este fue el único acceso para ingresar a la zona de la costa que 10 años después llevaría el nombre de San Clemente del Tuyú. Los habitantes de la zona utilizaban para transportarse caballos, carros y volantas[33]. La primera empresa de transporte de pasajeros que unía Dolores con Gral. Lavalle fue La Galera de Dávila, tirada en algunas oportunidades por diez caballos para cruzar los arroyos y pantanos.

El primer transportista de productos alimenticios, entre ellos los lácteos, fue Don Antonio Pérez Navarro, quien desde 1938 iba de Dolores a la costa, habiendo tardado hasta 8 días en recorrer esos casi 130 km de caminos intransitables[34].

Al final de la década del '30 comenzó a desarrollarse la zona costera al este del partido, dando origen a las localidades de San Clemente del Tuyú y Mar de Ajó. Más tarde surgieron Las Toninas, Santa Teresita, Mar del Tuyú, San Bernardo, Aguas Verdes y La Lucila del Mar.

El 24 de octubre de 1929 se produce el crack en la bolsa de Nueva York. Los bancos quiebran y faltan capitales para la industria; el consumo desciende. La crisis estalla en Estados Unidos, pero se exporta rápidamente.

Nuestro país el 6 de septiembre de 1930 es también protagonista de un crack, se trata en este caso del primer quiebre institucional de una larga y lamentable serie de episodios similares. Ese día es derrocado el Presidente Hipólito Irigoyen por un golpe de estado liderado por José Félix Uriburu, y del que participa el por entonces Capitán del Ejército Argentino, Juan Domingo Perón, una de las figuras más relevantes del país en los años subsiguientes.

[33] Coche abierto de tracción a sangre, compuesto por una sola fila de asientos, con varas muy largas y cuatro ruedas de gran tamaño.
[34] Datos suministrados por Susana Eliçabe (Pionera de Santa Teresita).

Durante el año 1938, cuando aún repercutía el fuerte cimbronazo de la crisis del año 1929, un nuevo acontecimiento sacude al mundo. Comienza la Segunda Guerra Mundial.

Juan Domingo Perón asume su primer presidencia en 1946. En lo económico siguió con la línea política de su antecesor Farrell, desprendiéndose de los funcionarios que tenían una ideología contraria, mantuvo la intervención a las universidades y controló los medios de comunicación. Económicamente aplicó las ideas de Keynes e intervino en la economía, tendiendo a distribuir la riqueza con más equidad. Esto se pudo realizar gracias al buen momento en que estaba pasando la Argentina gracias a la gran cantidad de exportaciones agrícolas. A través de la creación del IAPI compra todas las cosechas del país y las vende al exterior. Las ganancias obtenidas las traduce en créditos blandos para los industriales y en estímulos para el consumo. La industria tuvo un gran desarrollo.

En lo laboral, Perón establece un fuerte vínculo con los trabajadores. Gracias al apoyo del estado y de los obreros, que habían establecido un pacto político-social.

Pero es en lo social donde deja su marca indeleble cuando en el año 1949 y gracias a la reforma constitucional, quedan plasmados en el Art. 37 de la Constitución Nacional, los Derechos Sociales[35].

La política sanitaria en manos del primer ministro de salud Dr. Ramón Carrillo, toma nuevas dimensiones. Le otorga a la arquitectura hospitalaria una relevancia que no había tenido hasta entonces. Promovió la construcción de centros de salud espaciosos, luminosos y funcionales. Como parte de su estrategia para mejorar la estructura sanitaria, dividió el país en zonas y planificó para cada una de ellas una atención específica de sus problemas.

---

[35] Asimismo uno de los hechos políticos, sociales y culturales más importantes de esta reforma es que reconoce los derechos del trabajador, la ancianidad, la familia y la cultura institucionalizando una nueva concepción de derecho y de democracia: la *justicia social y la democracia ampliada o de masas*.
El Capitulo 3 de la Primera Parte de la Constitución Nacional de 1949 se encuentra divido en cuatro Acápites:
Derechos del Trabajador
De la Familia
De la ancianidad
De la Educación y la Cultura

En tanto en el año 1934 desde Gral. Lavalle Provincia de Buenos Aires, una nueva era se inicia. Un grupo de pobladores (a quienes podemos considerar como los pioneros del Turismo en el Partido) forman la sociedad 'Unión y Progreso de Ajó' quienes junto con el Automóvil Club Argentino, organizan las primeras excursiones a la zona.

En el año 1935, la familia Leloir erige la primera construcción: una hostería y un molino. Aquí podemos decir que comienza la fundación de San Clemente. El pueblo de San Clemente fue inaugurado oficialmente el 23 de noviembre de 1935 realizándose la primera fiesta patronal.

El 1 de julio de 1978 mediante la ley de Municipios Urbanos, se crean los partidos de Monte Hermoso, Villa Gesell, Pinamar y La Costa, del que San Clemente del Tuyú forma parte.

3.4: Historia del Hospital de Agudos San Clemente del Tuyú

El Hospital Municipal de Agudos San Clemente del Tuyú, está ubicado en la localidad de San Clemente del Tuyú, su edificación está emplazada sobre seis terrenos de su propiedad, en la Avenida San Martín esquina 7. Es la arteria principal dónde circula el colectivo local siendo un lugar de fácil acceso.

En el año 1939 el presidente de la Primera Sociedad de Fomento presenta un proyecto de una sala de primeros auxilios, que se inicia en la calle 3 casi esquina 1, atendiendo sólo vacunación y accidentes leves. Las urgencias eran derivadas hacia Lavalle o Dolores. De vez en cuando venia un médico de la zona, el Dr. Urquijo. El 10 de diciembre del año 1949, se inaugura el nuevo edificio de esta salita en Av. San Martín y calle 7, con su primer Director, el Dr. Carlos F. Macías. Este era intendente de Gral. Lavalle y residía en la conocida Estancia 'La Linconia'. Se contaba con el Director, un asistente, el Dr. Negri, dos enfermeras y una cocinera. En el año 1951 asume el Dr. Negri como Director. En el año 1954 asume como director el Dr. Manuel Arturo Magadán, y en cirugía se destacaba el Dr. Miguel Gianatiempo. La salita fue evolucionando, realizándose importantes cirugías, interviniendo en ellas el Dr. Juan de Jesús, luego intendente municipal, y actual diputado provincial. Recién en el año 1962 llega el primer enfermero auxiliar con título, el cual también cumplía la función

de atender el equipo electrónico. Luego por gestiones del Dr. de Jesús, se gestionaron cursos para las enfermeras empíricas que realizaban su labor profesional desde un modelo basado en la afectividad y en el compromiso solidario. Ya en 1970, contaba con tres (3) salas de internación, once (11) camas, sala de cirugía, sala de partos, sala de rayos y cuatro (4) consultorios, pasando de a poco a ser el Hospital Municipal donde se atendían todas las especialidades.

En los años '90 con la política neoliberal imperante en el país y la región, sumada a las medidas impartidas por el Consenso de Washington, el gobierno inicia un proceso de descentralización y achicamiento del Estado, que lo lleva a transferir a las órbitas provinciales y/o municipales, hospitales y centros sanitarios, que hasta entonces habían sido nacionales y/o provinciales. Es en esta etapa donde el Hospital de San Clemente pasa a pertenecer al Municipio de la Costa.

La flexibilización laboral y la precarización del empleo de esos años de obediencia a las medidas del Consenso de Washington, hacen que la zona, se convierta en un anclaje receptor de un número relevante de trabajadores golondrinas al inicio de la temporada estival, estos trabajadores paulatinamente comienzan a radicarse en la zona. La gran mayoría de estas personas, sumada a las que ya estaban establecidas y que no cuentan con trabajo formal, son las que concurren a los hospitales públicos para acceder a la atención de la salud, ejerciendo el derecho que les asiste.

3.5: Características Estructurales del Hospital de San Clemente

En la actualidad, el nosocomio cuenta con 22 camas para internación, y el servicio de consultorios externos con las siguientes especialidades:

Salud Mental: Psiquiatría, Neurología, Psicología y Psicopedagogía; Clínica Medica; Pediatría; Odontología; Ginecología y Obstetricia; Oftalmología; Gastroenterología; Kinesiología; Flebología; Traumatología; Cardiología; Otorrinolaringología; Patología mamaria; Servicio de Rayos; Laboratorio; Farmacia; Mamógrafo; Enfermería; Vacunación y Guardia permanente durante las 24 hs.

La población que concurre al Nosocomio es mayoritariamente de San Clemente, ya que las localidades de Santa Teresita y Mar de Ajó cuentan con servicio hospitalario.

El Servicio Social su ubicación – características.

El espacio destinado al Servicio Social, se encuentra en la parte exterior al edificio. En el mismo trabajan dos empleadas administrativas que dependen laboralmente de la Secretaría de Salud y una Asistente Social, con dependencia de la Secretaría de Desarrollo Social.
El espacio físico donde se desarrolla la atención del Servicio Social, es un ambiente de 3 x 4 metros aproximadamente. Cuenta con tres escritorios, un armario que sirve de archivo y espacio donde se guarda la documentación y una computadora, impresora y conexión de Internet. El teléfono corresponde a un conmutador, donde se solicita a la operadora con quién o cuál es el centro asistencial con el que se desea hablar, quedando registradas las llamadas salientes.
El Servicio no posee un espacio privado para atender a las personas que concurren, situación que no favorece el marco de intimidad que exige la privacidad de la entrevista, este encuadre limita la intervención y el vínculo de confidencialidad que impone la ética profesional. Es así que el dispositivo necesario, para generar una relación adecuada entre la persona (sujeto de demanda) y el profesional es la entrevista domiciliaria.
Es de destacar que no existe una sala de espera, aquellos que concurren deben permanecer en un espacio abierto hasta acceder al consultorio del servicio social.

3.6: Breve Reseña Histórica de Santa Teresita

La ciudad de Santa Teresita donde se encuentra la otra Institución Hospitalaria en la que hemos desarrollado la práctica pre-profesional, se encuentra ubicada en la 'zona centro' del Partido de La Costa, junto con las localidades de Las Toninas, Mar del Tuyú y Costa del Este.

Alrededor de 1944 Lázaro Freidemberg llega a San Clemente del Tuyú como síndico contador por un juicio promovido por un ingeniero con obras en la zona. La vista del mar, la playa infinita y la gente del lugar hicieron que volviera en las próximas vacaciones enamorándose de una playa cercana, Santa Teresita. Una vez averiguado y convenido el precio del terreno Freidemberg busca un socio para la construcción del 'Balneario Santa Teresita'. Es así como conoce a Juan José Cacace de la firma Cacace Hnos. de la localidad de Balcarce. El 31 de enero de 1946 el Gobierno dicta el decreto de subdivisión de tierras, con una superficie total de 500 hectáreas, con el nombre de 'Santa Teresita Jagüel del Medio'.

El 3 de marzo de 1946 se funda la localidad de Santa Teresita, siendo los primeros pobladores hombres que llegaron para trabajar en la urbanización, procedentes de las localidades vecinas. La empresa se había propuesto algunas prioridades. Entre ellas estaba la construcción de una Escuela, una Iglesia y una Sala de Primeros Auxilios.

Mientras esto pasaba, el mundo estaba saliendo de la segunda guerra mundial. Nuestro país durante esos años obtuvo un importante crecimiento económico, producto de haber ocupado mercados internacionales que anteriormente pertenecían a algunos de los países que se encontraban en medio de la contienda bélica.

Días antes de fundada la localidad de Santa Teresita, el 24 de febrero de 1946, en nuestro país triunfaba la fórmula Perón-Quijano que junto con Cárdenas en Méjico y Vargas en Brasil, instauraban gobiernos 'populistas'[36]. Perón establece una política económica alternativa al modelo agroexportador, intentando un desarrollo industrial autónomo (ISI), y una redistribución del ingreso que favorece a los sectores asalariados.

Para superar la crisis de dependencia, nacionaliza los servicios públicos y estatiza la banca. A través del IAPI monopoliza el comercio exterior argentino, convirtiéndose en el eje del proceso de redistribución del ingreso a favor de la pequeña y mediana industria nacional.

[36] "que estos movimientos se caracterizaron por crear una fuerte organización obrera, con el fin de que en alianza con la Burguesía Nacional industrialista, instalaran las bases de un desarrollo a través de la sustitución de importaciones".

Se afirma en la doctrinaria y pendular tercera posición y, como heredero de las secuelas de la crisis de los años treinta, aspira a construir una Nación socialmente justa, económicamente libre y políticamente soberana, según reza en el Preámbulo de la Constitución Nacional de 1949.

En lo político social hace hincapié en los 'Derechos Sociales' incluidos en la Reforma Constitucional del '49. Las principales reformas incorporadas incluían los derechos del trabajador, la familia y la ancianidad, el derecho a la propiedad privada con una función social y el capital al servicio de la economía nacional.

En cuanto a la política sanitaria toma medidas para organizar la sanidad y los servicios públicos, realizando en el año 1946 una reforma en el campo de la salud. Se crea el Ministerio de Salud quedando a cargo del Dr. Ramón Carrillo. Desde allí se inicia el proceso de extensión de cobertura duplicándose la cantidad de camas hospitalarias en el país. La política sanitaria se basó en un principio en el dinamismo y la efectividad del Estado, siendo una de sus grandes ambiciones la construcción e inauguración de hospitales[37].

Las medidas tales como la suspensión del respaldo oro del peso y la restricción sobre la emisión monetaria, ayudan o coinciden con el inicio de la declinación económica.

El 1° de julio de 1978 la ley de Municipios Urbanos crea varios Partidos, entre ellos el Municipio Urbano de la Costa[38], del que Santa Teresita pasa a formar parte.

3.7: Historia del Hospital de Agudos de Santa Teresita

El Hospital Municipal Roberto León Dios de Santa Teresita está edificado sobre cuatro terrenos de su propiedad, en la calle 39 esquina 5. Es un lugar de fácil acceso puesto que está ubicado a sólo dos cuadras de la Avenida 41, una de las dos únicas arterias de ingreso a esta localidad desde la Ruta Interbalnearia.

[37] Florencio Escardó fue un gran crítico a esta política.
[38] Primer Intendente Sr. Héctor Villalba. En 1983 por Ley Provincial, pasar a llamarse Municipio de la Costa.

El 30 de enero de 1954 se inaugura la Sala de Primeros Auxilios en la misma esquina donde hoy funciona el hospital. Comprometiéndose la provincia a pagar el sueldo del médico por seis meses y el del enfermero por un año.

La inauguración de la Sala fue muy importante para la población de Santa Teresita, que según el censo de 1960 contaba con 547 habitantes. Lamentablemente era muy difícil conseguir médicos que estuviesen dispuestos a cubrir dos turnos diarios, dos o tres veces por semana. Los que se animaban, trabajaban un corto tiempo en la Sala y luego se establecían en la costa instalando sus propios consultorios sintiendo de esta manera a la Salud Pública como una competencia[39].

A fines de 1948 el Dr. Carlos F. Macías Intendente de Gral. Lavalle, solicita al Dr. Carlos A. Bocalandro -Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires- una ayuda económica para la construcción de una Sala de Primeros Auxilios. El Ministro de Salud acepta llevar adelante dicha solicitud. La Asamblea de la Asociación de Fomento[40] aplaude esta gestión invitando a vecinos y comerciantes a realizar donaciones en dinero, materiales o mano de obra.

Los acontecimientos a nivel nacional, repercuten en lo local, *"Cuando algo se define como local es porque pertenece a un global"* (Arocena, 2002:8), la etapa de expansión hospitalaria que a nivel nacional realiza la gestión del Dr. Ramón Carrillo durante la primera y segunda presidencia del General Perón coincide con la construcción de la Sala de Primeros Auxilios, recibiendo para ello, el apoyo del Municipio de General Lavalle (donde pertenecía Santa Teresita) y de la Provincia de Buenos Aires.

Una vez inaugurada, resultó muy difícil mantener la prestación de un servicio sanitario periódico. Por lo que fue constante el pedido de ayuda económica a los distintos ministros de las diferentes extracciones políticas por las que fue atravesando nuestro país[41].

---

[39] Dato consignado por el Sr. Gramignia, miembro de la comisión directiva de la Asociación de Fomento de esos años.

[40] La Empresa Sociedad Balnearia Santa Teresita, donan a la Asociación de Fomento, los lotes 1 y 28 de la manzana 101, donde se construyó la "Sala" y los lotes 2 y 3, también donados con un cargo de un plazo máximo de cinco años, con destino a la ampliación de la sala o para otra edificación de bien público.

[41] Dato consignado por el Sr. Gramignia, miembro de la comisión directiva de la Asociación de Fomento de esos años.

En el año 1973 en una nueva visita del Dr. Bocalandro -por entonces Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires- se le exponen los problemas por los que está atravesando la Sala de Primeros Auxilios y que son imprescindibles resolver para poder brindar un buen servicio a la comunidad, que en esos momentos según el censo de 1970 llegaba a 3.340 habitantes. En el año 1974 se firma una carta intención con el fin de lograr la provincialización, aunque el traspaso efectivo a la Provincia de Buenos Aires recién se realiza en el año 1978.

El proceso de descentralización se inicia a partir de los años 90, proceso que conduce al pasaje de poder y de atribuciones del gobierno nacional hacia los gobiernos locales. Esto implica no sólo el achicamiento del Estado Nacional, sino también la transferencia de responsabilidades en la toma de decisiones a las provincias, municipios o regiones.

En estos años se afianza la etapa del neoliberalismo que trae consigo serios problemas socio-económicos. Entre ellos la aplicación de las políticas de descentralización y desregulación, como así también la flexibilización laboral y la precarización del empleo, trayendo consecuencias que repercuten en todos los ámbitos, en nuestro caso muy especialmente en el área de la salud.

Santa Teresita al igual que el resto de las localidades del Partido de la Costa, han ido cambiando a lo largo de los años su fisonomía, no sólo edilicia sino en la composición de sus habitantes.

Los primeros pobladores, como se dijo más arriba, fueron hombres que llegaron procedentes de las localidades vecinas. Junto con el crecimiento de la urbanización comienzan a llegar habitantes estables, muchos de ellos inmigrantes europeos especialmente italianos, españoles y portugueses que vivían en Buenos Aires. Al poco tiempo de llegar van creando asociaciones que son representativas de cada uno de los países de origen.

El Censo 2010 arroja para todo el Partido de la Costa[42] una población total de 70.214 habitantes (34.681 hombres y 35.533 mujeres), mientras que para

[42] CENSO 2010 Año del Bicentenerio

Santa Teresita y Mar del Tuyú, los datos estimados son: población 19.950 (9.807 hombres, 10.143 mujeres)[43].

Estos datos revelan un crecimiento importante de la población estable, la que en su gran mayoría llega a partir de finales de los años 80 y durante toda la década del ´90. Se trata de familias oriundas del conurbano bonaerense y de las provincias del norte, como así también de países limítrofes, especialmente de Bolivia y Paraguay.

"*Cada individuo se reconoce a sí mismo formando parte de un conjunto bien determinado que puede identificarse con una ciudad, con un barrio de una metrópoli, con una región de un país, con una micro región, etcétera. La expresión «yo soy de...» expresa pertenencia a una comunidad determinada. En este nivel cultural, la pertenencia se expresa en términos de identidad colectiva*" (Arocena, 2002:10).

Estos nuevos pobladores oriundos de lugares tan distintos, parecen tener poco arraigo y baja pertenencia al lugar[44], quedando la mayoría de ellos a muchos kilómetros de su lugar de origen y lejos de sus familias y amigos. Estas personas que solo tienen trabajo temporal y precarizado, al no disponer de obra social tienen en el Hospital Público el único lugar para ser asistidos y éste, la mayoría de las veces no puede dar respuesta a tantas demandas.

3.8: Características Estructurales del Hospital de Santa Teresita

En la actualidad el Hospital de Santa Teresita posee en el primer piso 18 camas para internación hombres y mujeres, repartidas en 7 salas, una de las cuales está reservada para el Servicio de Oncología, el que cuenta con un sector para quimioterapia. Cuenta además con una guardia médica las 24 hs, servicio de vacunación, diagnóstico por imagen, rayos, laboratorio, servicio social, farmacia y con consultorios externos con las siguientes especialidades: Cardiología; Cirugía; Dermatología; Diabetología; Fonoaudiología; Flebología; Gastroenterología; Ginecología; Infectología; Kinesiología; Nefrología; Neurología; Neurología Infantil; Nutricionista; Obstetricia; Odontología;

[43] CENSO 2001 de Autor: Anónimo, 04/02/2010
[44] Según una investigación realizada durante las cursadas de Taller de Práctica (años 2008, 2009 y 2010).

Oftalmología; Odontopediatría; Oncología; Otorrinolaringología; Pediatría; Psicología; Terapista Ocupacional y Traumatología.
En este nosocomio se atiende no solamente a la población de Santa Teresita, sino a la de las localidades vecinas de Las Toninas, Mar del Tuyú y Costa del Este.

El Servicio social su ubicación – características

El consultorio de Servicio Social fue remodelado en el año 2009, tiene una ubicación privilegiada por encontrarse en el hall central, frente a la puerta de acceso al hospital. El espacio físico es de cuatro metros de largo por dos de ancho, dividido en dos sectores, uno está ocupado por la Asistente Social y el otro por una empleada administrativa. Es de destacar que tanto la profesional como la empleada administrativa tienen dependencia con la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad del Partido de la Costa, poniendo en evidencia esta situación el enlazamiento existente en este Municipio entre la Secretaria de Desarrollo Social y la Secretaría de Salud en un espacio específico como el Hospital.
El Servicio social funciona de lunes a viernes en el horario de 8.30 hs a 13.30 hs.

3.9: La demanda Hospitalaria en el espacio del Servicio Social

El Servicio Social hospitalario, es el espacio Institucional que aborda las problemáticas sociales y, busca resolver las necesidades que surgen de la atención en salud-enfermedad de la población, a fin de favorecer la accesibilidad a los recursos que se requieren para el diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. El objetivo principal, es contribuir por medio de acciones, a la mejora de la calidad de vida del sujeto y su familia. En el partido de la Costa el Servicio Social hospitalario desarrolla sus actividades en los hospitales ya descriptos.
La intervención se origina en la demanda que puede clasificarse en:

Demanda espontánea: requerida directamente por el sujeto que presenta el problema, o por algún familiar o allegado.

Demanda interna: es aquella demanda que llega al Servicio Social proveniente de algún consultorio externo, del sector de internación, de la guardia, o de algún otro servicio hospitalario.

Demanda externa: es la demanda que llega derivada por alguna institución de cualquiera de los campos (salud, acción social, educación, justicia), ya sean públicas o privadas.

Considerando que la intervención se funda en la demanda, recibida por cualquiera de las distintas vías. El objetivo consistirá entonces en intentar dar solución a las mismas, buscando siempre como dice Saibene, el hilo conductor que nos acerque al mundo de los sujetos sociales y así poder identificar el objeto de intervención.

La demanda implica en primer término garantizar el acceso a una variadísima gama de soportes que contribuyen al diagnóstico y/o tratamiento indicado por el médico tratante, situación que impone derivar al sujeto a Organismos Externos para su cobertura. Por ejemplo, Ministerio de Salud Provincial y Nacional; Ministerio de Desarrollo Social de Nación y Provincia; Región Sanitaria VIII; Casa de la Provincia; Ministerio de Transporte; Obras Sociales; Organizaciones Comunitarias; Instituciones Religiosas; etc., que otorguen la prestación requerida, por ejemplo : elementos de ortesis y prótesis; estudios especiales; oxígeno domiciliario; alimentos nutricionales específicos (leches especiales y maternizadas); documentación; pases de transporte; etc.

En segundo término, la atención al sujeto y/o grupo familiar que presenta problemáticas sociales que dificultan su atención o, la recuperación de su salud generando por estas circunstancias internaciones prolongadas, detección de situaciones de violencia familiar, sujetos con padecimientos psíquico que requieren internaciones psiquiátricas o geriátricas, sujetos en situación de calle, personas que presentan diferentes tipos de adicciones, y aquello que se encuentran sin contención familiar y son los que pasan a estar incluidos en la categoría de "pacientes sociales", en su mayoría adultos mayores o ancianos. Ante las situaciones mencionadas se impone la estrategia de realizar una

intervención en red con instituciones específicas según corresponda a la situación que emerge.

3.10: Procedimientos instituidos en la atención de la salud en los espacios Hospitalarios que generan tensiones

Es de destacar que la población que demanda la intervención del Servicio Social se caracteriza por no poseer Obra Social, por encontrarse en situación de desocupado o no estar insertado formalmente en el mercado laboral, y pertenecer, generalmente a un sector de extrema pobreza o pobreza estructurada.

Durante el tiempo de inserción dentro de las Instituciones hospitalarias donde realizamos la práctica pre-profesional, pudimos identificar:

a) Prácticas basadas en un sistema de turnos que imponen importantes esperas de quienes requieren de diferentes estudios, como así también procedimientos complejos que implican gestiones de diversas instancias que obligan a los usuarios a realizar trámites, completar protocolos y gastos de viáticos que retardan el acceso inmediato al estudio indicado, generando angustia y malestar en aquellos que se encuentran atravesando algún tipo de padecimiento, esta situación visibiliza una organización predominantemente burocrática, donde la tecnología aún no ha podido ser el soporte donde se asientan hoy gestiones modernas.
b) Hospitales de baja complejidad, aumento demográfico, aumento de la expectativa de vida de la población, patologías complejas que requieren de alta tecnología. El hospital hoy no puede cubrir las necesidades de atención de la población esto implica el traslado del sujeto a Hospitales alejados de su lugar de residencia con las implicancias negativas para la persona y su familia imprimiendo mayor padecimiento al ya existente.

Consideramos que, de acuerdo al desarrollo que se viene efectuando en el presente trabajo, la función primordial del trabajador social en este sistema de salud es garantizar el acceso a la salud, y apuntalar a acciones tendientes a

asegurar los diferentes niveles de la atención a la salud: Promoción; Prevención; Recuperación y Rehabilitación.

3.11: Estrategias en la intervención de los Servicios Sociales Hospitalarios

Las estrategias a las que apelan los Servicios Sociales Hospitalarios, con el fin de modificar las situaciones particulares por las que atraviesan los sujetos, son variadas. A saber: el establecimiento de redes comunitarias, trabajo en grupo con el sujeto y sus familiares, mediación con los distintos organismos gubernamentales, no-gubernamentales y sociales, trabajo interdisciplinario con los distintos profesionales de la salud de los nosocomios, atención individualizada ante situaciones que así lo requieran, implementación de programas y proyectos a nivel municipal, provincial y nacional.
Las estrategias para la prevención de la Salud se realizan en equipos de funcionalidad interdisciplinaria en temáticas o problemáticas de salud-enfermedad, con atención en consultorio externo como en internación.

Programas Vigentes en el Sistema Público de Salud

Los programas provenientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que son implementados desde el Servicio Social son:
PROEPI: Éste programa permite a quienes padecen de epilepsia y sin cobertura social recibir atención y medicación gratuita. El programa evita la interrupción de los tratamientos, ya que las drogas están a disposición de los afectados en los hospitales del Partido de La Costa. A su vez, existe una segunda línea de drogas contra la epilepsia -de mayor costo-, que deberán ser indicadas por los neurólogos y certificadas por las trabajadoras sociales de los hospitales, quienes darán cuenta de la carencia de cobertura social del paciente y de su escasez de recursos económicos. El PROEPI tiene como finalidad la promoción de condiciones de vida más saludables, equitativas y de calidad, tanto para las personas afectadas como para su núcleo familiar.

PRODIABA: es el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético. Está dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y que no tengan cobertura de obra social. Brinda insulina inyectable y en comprimidos.

En síntesis, citando a un documento del Ce.L.A.T.S., para hacer cada vez más positiva y rigurosa la práctica profesional uno no debe pretender *"un enfoque profesionalista que haga del trabajador social el actor más importante, sino que, por el contrario, este asuma un papel promotor capaz de contribuir en la atención de las necesidades sociales de los sectores populares… La construcción de nuevas alternativas en el ejercicio profesional, exige un mayor acercamiento a la vida cotidiana de los sectores populares de nuestra sociedad de parte de un colectivo de trabajadores sociales, que superen los niveles genéricos de conocimiento de la realidad y que se propongan una tarea de promoción junto a ellos, atendiendo requerimientos metodológicos y teóricos imprescindibles a la instancia profesional".* (Saibene, 2000: 7-8).

PARTE IV

METODOLOGÍA

4.1: Metodología

Para dar inicio a este momento de la investigación, nos parece propicio acercarnos al concepto del término metodología ya que "… *designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las Ciencias Sociales se aplica a la manera de realizar la investigación"* (Taylor y Bogdan, 1987: 15).

El tipo de diseño que abordamos en la investigación es exploratorio de corte cualitativo descriptivo. Entendiendo por investigación exploratoria aquella en la que *"el objetivo de la misma es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio"* (Sampieri, 1997: 59).

"La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable" (Taylor y Bodgan, 1987: 20). Parafraseando a Monsalvo y Payán, los datos cualitativos se muestran necesariamente en terreno, por lo que iremos a su encuentro sin hipótesis ni clasificaciones, descubriendo a medida que vamos avanzando en la investigación, revelándosenos el cómo y el porqué ocurren las cosas. De esta manera el enfoque cualitativo nos permitirá ver al todo como algo más que a la suma de las partes.

4.2: Proceso de Investigación

Según Kerlinger (1975) citado por Sampieri, los criterios para el planteamiento del problema son tres: el primero es *"El problema debe expresar una relación entre dos o más variables";* en este punto las variables que se analizan son dos; por un lado sujetos internados denominados "pacientes sociales" de los dos hospitales y por el otro, profesionales de la salud que cumplen su rol en los dos hospitales del Partido de la Costa.

El segundo criterio es que *"El problema debe estar formulado claramente y sin ambigüedad como pregunta";* basándonos en esta premisa el planteamiento del problema propuesto en esta investigación parte del siguiente interrogante: ¿cuál es el recorrido de internación que realizan los "pacientes sociales" en dos hospitales del Partido de la Costa?

Y el tercer punto *"El planteamiento implica la posibilidad de prueba empírica. Es decir de poder observarse en la realidad"* (Sampieri 1997: 59).

En la presente investigación se efectuaron entrevistas a personas internadas en condición de externación y que permanecen institucionalizados con la categoría de "pacientes sociales" y a profesionales de la salud, dos médicos, dos enfermeras y dos trabajadoras sociales de dos instituciones hospitalarias del Partido de la Costa, Hospital de Agudos Roberto León Dios de Santa Teresita y Hospital de Agudos de San Clemente del Tuyú.

Se seleccionaron a los profesionales para realizar las entrevistas según los siguientes criterios: que se encuentren en actividad en los nosocomios donde se llevó a cabo la investigación.

Una vez realizadas las entrevistas se procedió al análisis e interpretación de los datos obtenidos. Concluyendo de esta forma a responder a nuestro tema de investigación sobre el recorrido de internación que realizan los "pacientes sociales" en dos hospitales del Partido de la Costa. Considerando este recorrido como el circuito existente entre las diferentes áreas de internación.

Para poder focalizar la problemática de la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes objetivos:

4.3: Objetivo General

- indagar sobre el recorrido que realizan las personas internadas en calidad de "pacientes sociales" en los Hospitales de Agudos de Santa Teresita y de San Clemente del Tuyú respectivamente durante el año 2013.

4.4: Objetivos Específicos

- Identificar las disciplinas que intervienen en la atención de los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales" y las acciones que implementan en el transcurso de la internación
- Determinar los indicadores que los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y asistentes sociales) asignan a la categoría "pacientes sociales"
- Conocer las necesidades de los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales"

- Indagar sobre las estrategias de intervención implementada por los Servicios Sociales de los Hospitales de San Clemente y Santa Teresita con los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales"

Para el logro de los objetivos mencionados se utilizaron como técnicas de investigación la entrevista semiestructurada, la observación directa y la observación documental.

Según Grele (1990) citado por Alonso (1998: 9) *"La entrevista de investigación es, por tanto, una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental -no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo- del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación".* Dentro de ella "*El discurso aparece, pues, como respuesta a una interrogación, difundido en una situación dual y conversacional, con su presencia y participación, donde cada uno de los interlocutores (entrevistador y entrevistado) co-construyen en cada instancia ese discurso".* (Alonso 1998: 11). A través de las experiencias de los involucrados, podemos acceder a puntos de inflexión en la vida de los individuos, teniendo en consideración el despliegue de las experiencias de una persona a lo largo del tiempo y su interpretación mediada por las experiencias posteriores. El tipo de entrevista utilizada en esta investigación es semiestructurada ya que en la misma el entrevistador dispone de un «guión», que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las

preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación.

En la utilización de dicha técnica se tuvieron en cuenta una serie de tácticas, que consistieron en generar confianza con las personas entrevistadas, tanto con los profesionales de la salud como con los sujetos internados en condición de "pacientes sociales". En un primer momento se pidió autorización en la dirección de los distintos hospitales para realizar las entrevistas a médicos, trabajadoras sociales y enfermeras, como así también a los sujetos internados en condición de "pacientes sociales". Una vez tenida la aprobación de las autoridades de la institución se pactó con los entrevistados el día y horario del encuentro. Desde el inicio se les informó el motivo por el cual se llevaría a cabo la entrevista, y se propuso que la misma pueda ser grabada, aclarando que la información obtenida formaría parte de la elaboración de un trabajo de investigación y garantizando en todo momento su anonimato.

"*La otra técnica utilizada en el proceso de investigación fue la observación, técnica que hace posible obtener información del comportamiento, permite llegar profundamente a la comprensión y explicación, combinada con la entrevista en profundidad, posibilita confrontar y complementar los hechos observados con el discurso oral y establecer relaciones de correspondencia o*

no correspondencia entre lo que los actores sociales hacen y dicen. Permite reconstruir la realidad del otro, desde el otro; obtener la información del comportamiento tal como ocurre". (Vélez y Galeano en Cifuentes Gil, 2002: s/d).

Para lograr una mayor obtención de datos, que aporten a la investigación, se realizó una observación documental a partir del análisis de las historias clínicas de los sujetos internados en condición de "pacientes sociales" tomados en la muestra.

4.5: Universo y Muestra

Universo: "pacientes sociales" que se encuentran internados en el Hospital de Agudos de Santa Teresita Dr. Roberto León Dios y Hospital de Agudos San Clemente del Tuyú del Partido de La Costa durante el año 2013. Conformado por una población de ocho personas

Muestra: Cuatro casos de "pacientes sociales" de los dos Hospitales donde se realizó la práctica supervisada.

La selección de la muestra fue intencional, escogiendo aquellos sujetos que se encontraban en el área de internación y en condiciones clínicas para acceder a la entrevista.

Se hace referencia a que dos de los cuatro "pacientes sociales" internados en el hospital de agudos de San Clemente en condición de "pacientes sociales", uno está en proceso de recuperación por haber sufrido un ACV. El otro sujeto es una mujer que padece una enfermedad terminal y a pesar de tener el alta

médica permanece institucionalizada por no tener un familiar que se haga cargo de ella.

Para concluir queremos manifestar que la práctica pre-profesional en los dos hospitales del Partido de La Costa, se llevó a cabo en el año 2011 y que las técnicas que fueron administradas en todos los casos, fueron aplicadas en el año 2013.

ANÁLISIS

DE LOS DATOS

Para el desarrollo y análisis de los datos obtenidos en la presente investigación, tomaremos como hilo conductor los objetivos que permitieron conocer y dar respuesta al nudo problemático de este trabajo que fue indagar sobre el recorrido que realizan las personas internadas en calidad de "pacientes sociales" en los Hospitales Municipales de Agudos de Santa Teresita y de San Clemente del Tuyú respectivamente durante el año 2013.

De los datos recabados surge que los profesionales que intervienen en la atención de los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales", en general son médicos, enfermeras y asistentes sociales. De ser necesario también interviene el servicio de salud mental (psicólogo, psiquiatra). Hay casos que requieren la intervención de otras especialidades según necesidades de la persona internada, como nutricionistas, traumatólogos, etc.

"El médico de guardia es el primero en intervenir, en caso de que haya ingresado por guardia, como lo hace la mayoría. Una vez que está en piso interviene el médico clínico, las enfermeras, la trabajadora social, de ser requerido la psicóloga o el psiquiatra y aquellos especialistas según la patología del paciente" (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

"Los Médicos clínicos, las enfermeras, nosotras y la psicóloga" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"Cuando ya está internado es el clínico y nosotras. El psicólogo interviene en una determinada etapa y la asistente social es la que supuestamente está trabajando para que estos pacientes tengan una ubicación" (enfermera del hospital de San Clemente).

Entre los distintos profesionales que intervienen en la atención de los sujetos internados en calidad de "pacientes sociales", existen coincidencias acerca del modo de ingreso de estos sujetos a la institución hospitalaria siendo la guardia el lugar de acceso al área de internación. El Servicio Social sólo interviene ante la demanda del personal médico en situaciones que ellos consideran de vulnerabilidad social.

"siempre el ingreso es por la guardia, es raro que lleguen en un estado de pulcritud, así que se lo higieniza, y se comienza con una serie de estudios para poder evaluarlo. Si el caso está complicado, porque además del cuadro clínico con el que ingresa no hay un familiar que se haga cargo en el domicilio donde vive, se lo manda al piso

directamente… el que hace la internación es el médico de guardia" (médica del hospital de San Clemente).

"En líneas generales de la guardia se lo pasa al piso. En general el encargado es el médico de guardia, porque entra por la guardia el paciente" (médico del hospital de Santa Teresita).

"El médico de guardia. Primero ingresa por guardia, se le hace un examen clínico y si hay algo de base que tengamos que reparar se interna" (enfermeras del hospital de Santa Teresita).

"Ingresa por guardia, así que por lo general es el médico de guardia el que lo interna, sino lo hacen las médicas de piso…" (enfermera del hospital de San Clemente).

"Como les decía, por lo general las internaciones acá se manejan por guardia (…) tiene que ser una situación muy grave o muy especial para que llamen al servicio, por lo general esas situaciones la manejan los médicos" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"El que realiza la internación es siempre el médico, ya sea por guardia que es lo más frecuente, o en alguna oportunidad por consultorio externo…" (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

En repetidas ocasiones, a lo largo de las múltiples entrevistas realizadas, aparece como una constante el contexto en el que se hallan, como un indicador para categorizar a los sujetos denominados "pacientes sociales". Este contexto comprende la situación económica, los contactos sociales y el aspecto habitacional.

"Mayormente tienen serios problemas económicos, falta de familiares que se hagan cargo, a veces no tienen vivienda y si la tienen no están en las condiciones óptimas que requiere su recuperación, en fin los indicadores son variados…" (médica del hospital de San Clemente).

"Son personas que tienen algún derecho vulnerado, que no tienen familia, al menos que se haga cargo, no tienen vivienda, no tienen recursos económicos o los que tienen no son suficientes. Es decir son sociales porque sufren alguna problemática social" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"Por estar en situación de calle o no contar con una vivienda en condiciones favorables para su estado de salud, por problemas socio-económicos, por falta de contención familiar…" (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

Con respecto a las acciones que debe realizar la trabajadora social son determinadas por el médico de piso, como así también el momento en que debe intervenir está indicado por los profesionales médicos.

"…Por eso yo le digo a la asistente social… andá y fijate dónde vive, con quién vive, quién se va a hacer cargo de que coma, de darle la medicación…" (médico del hospital de Santa Teresita).

"De guardia nos llaman, según lo que ellos consideren que amerite la situación (…) nuestra intervención en guardia es cuando hay algún tipo de vulneración de derechos (…) Nosotros no tenemos guardias pasivas en el servicio, por lo general tomamos conocimiento del caso y nos ponemos en contacto con el paciente cuando llegamos a la mañana, cuando ya está internado y nos mandan una nota para que tomemos contacto con la persona, a partir de ahí intervenimos…" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

En esta práctica instalada queda como aceptado el Modelo Médico Hegemónico, la investidura médica es quien determina las disciplinas que intervienen, aceptando los profesionales el lugar de asignación dado e incorporando el Modelo como el eje orientador de todas las disciplinas.

Los motivos más frecuentes por los que son internados estos sujetos, se deben a una pérdida de la salud debido a episodios biológicos de distintas índoles como ser ACV, EPOC, diabetes, alcoholismo, violencia, abuso, HIV, u otras patologías que requieren la atención médica. Muchos de estos pacientes sufren enfermedades crónicas sin tratar. Por lo que las acciones realizadas por los distintos profesionales tienden a reparar la salud del enfermo a partir de distintas intervenciones derivadas de la farmacología (administración de medicamentos) u otras alternativas que utiliza la ciencia médica como análisis clínicos, radiológicos hasta encontrar las causas que debilitan la salud de los sujetos hasta lograr su recuperación

"… se le hace un examen clínico y si hay algo de base que tengamos que reparar se interna. Por lo general el paciente social es un paciente abandónico, tuvo una patología o algo de base y nunca se descubrió porque en realidad nunca se trató. Fue hipertenso y nunca se vio, fue EPOC y nunca se vio,

siempre tiene algo de base que no fue tratado…" (enfermeras del Hospital de Santa Teresita).

"Se trata de personas que han cuidado muy poco su salud, por lo que tienen una salud muy frágil, llegan con enfermedades crónicas que nunca han sido tratadas por un médico, así que cuando llegan no se los interna por un solo motivo" (médica del hospital de San Clemente).

"La mayoría son por ACV, casi siempre por alguna patología…" (enfermera del hospital de San Clemente)

También se producen internaciones por motivos sociales, como situación de calle, falta de contención familiar o ausencia de redes primarias como familia o amigos que puedan acompañar el tratamiento y recuperación del enfermo. Existen además casos de adicciones que son los que tienen menor permanencia en la institución.

"Y, mirá, hay un montón… los pacientes que hoy en día tenemos social son eh, (sic) tenemos a xx que no tiene vivienda, y tiene un historial penal y demás, como no tenía donde vivir se lo tuvo dentro del hospital, pero todo es transitorio, no tenemos un lugar permanente, así que cuando entró es para irse. Después hay otro paciente que tuvo un ACV y la familia no tiene posibilidades de tenerlo por falta de comodidades en la vivienda, por lo que se está haciendo un trabajo con la comunidad para acondicionar el lugar" (trabajadora social del Hospital de San Clemente).

En menor medida se suceden ingresos con la denominación investigada, de sujetos adultos jóvenes, los cuales padecen algún tipo de adicción como alcoholismo, drogas, o mujeres que sufren de violencia o maltrato. En estas personas las internaciones son cortas, ya que se los ubica en instituciones que puedan contenerlos.

"…hay pacientes que tienen problemas psiquiátricos, de adicciones, que tienen un contexto familiar… que vienen y dicen que no los quieren, no los pueden tener, y servicio social y el médico tramitan a un centro especializado su derivación" (enfermera del Hospital de Santa Teresita).

"…también tuvimos internados a pacientes, que en el caso de ser jóvenes tiene que ver con eso, con la violencia de género y con la falta de contención. Los padres van al Juzgado de Paz o a la comisaría. Alguien que sea peligroso para sí o para terceros y llegan al hospital por oficio judicial. A veces es por problema de adicciones, el paciente

viene para acá. Imaginate que viene mal, dado vuelta, excitado y se lo trata acá. Mientras que lo vas calmando vas buscando el lugar para internarlo en otro lado. Alguna granja, lo que sea…" (médico del hospital de Santa Teresita).

Otro de los ingresos de sujetos categorizados "pacientes sociales" que se produjo en el año 2012 en el Hospital de Santa Teresita, fue debido al cierre del hogar de ancianos que se encontraba en la localidad de Las Toninas. Estos sujetos ingresaron a la institución hospitalaria por una gestión interna. Algunos permanecen en el nosocomio y otros han fallecido en el mismo.

"… una de las situaciones se dio cuando se cerró el hogar de Las Toninas, entonces vinieron acá. Después otro de los casos fue por ejemplo pacientes que ya eran indigentes y alguna patología de base los acerca al hospital. Después ya no se van. Y después la otra es que son personas que tienen familia… si, pero no se hacen cargo directamente y a veces… bueno ingresan por una patología pero terminan quedándose por meses o años o hasta que a veces fallece ahí mismo." (enfermeras del hospital de Santa Teresita).

Existen casos de sujetos que están jubilados o pensionados, por lo que se deduce que el ingreso y permanencia de estos sujetos en la institución hospitalaria es la falta de contención familiar.

"Falta de contención familiar, no siempre es por causa de dinero. Hay pacientes que cobran pensiones" (médico del hospital de Santa Teresita).

Los sujetos que no poseen obra social -que es la mayoría- permanecen en el hospital hasta el día de su fallecimiento. Los que cuentan con PAMI tienen un personal de servicio contratado por dicho organismo para que se acerquen al domicilio del paciente y le brinden distintos tipos de atención según las necesidades de los sujetos dados de alta de la institución hospitalaria. Estas personas tienen más posibilidad de ser externados que aquellas que no poseen obra social.

"Cuando tienen obra social, en líneas generales o sea PAMI está trabajando bastante bien en ese sentido, y logramos ubicarlos en algún lugar. O sea, nosotros lo mantenemos dentro del hospital, lo contenemos, lo afeitamos, le damos medicación. Lo levantamos hasta donde podemos y la asistente social del Hospital, si no tiene familiares se conecta con la asistente social de PAMI para encontrarles un lugar" (médico del hospital de Santa Teresita).

"… PAMI les da a ellos un personal que contrata propiamente PAMI para que vaya a la casa, si necesita que lo higienicen o que le administren alguna medicación o curaciones" (enfermeras del hospital de Santa Teresita).

Es importante destacar que en el año 2012, el Hospital de Santa Teresita firmó un convenio con PAMI para la atención e internación de los afiliados de zona centro del Partido de la Costa.

La noción de hospital que estos hospitales presentan, se retrotrae al concepto primitivo de hospital (hosped: huésped)[45], ya que las personas denominadas "pacientes sociales", permanecen internadas por no contar con redes sociales primarias para ser externadas. De esa forma se cronifican en el área de internación.

"Por eso, los que no tienen O.S terminan acá hasta el día que se mueren" (médico del hospital de Santa Teresita).

Por el contrario, el Hospital de Mar de Ajó, ubicado en la zona sur del Partido de La Costa, se distingue de los dos Hospitales donde se llevó a cabo la investigación, por contar con un servicio de alta complejidad y, los sujetos en condición de sociales que ingresan a dicha institución, son derivados tanto al Hospital de Santa Teresita como al de San Clemente del Tuyú.

"…acá en Santa Teresita, el hospital se convirtió en un hospital para "pacientes sociales", porque en Mar de Ajó hay más complejidad, entonces no podés tener las camas reservadas para trauma ocupadas por un "paciente social". Por lo que si hay alguno, lo derivan para acá, sobre todo si lo han internado por algo y después descubren que no tiene familia o contención" (médico del hospital de Santa Teresita)

"…pero en el caso del hospital de Mar de Ajó los derivan acá. Como Mar de Ajó es un hospital de mayor complejidad los mandan acá. Nosotros hemos tenido acá pacientes que son de Mar de Ajó" (enfermera del hospital de San Clemente).

Es importante destacar que en estos dos nosocomios, se encuentra una sala destinada a "pacientes sociales" hombres.

[45] El concepto de hospital tiene su origen en *hospes* (" **héus** **p**)eqde'tlespués derivó en *hospitalis*. En la antigüedad, el concepto se asociaba al establecimiento donde se cumplían tareas de **caridad** y se asistía a pobres, ancianos, peregrinos y enfermos. Con el tiempo, la idea de hospital empezó a asociarse sólo al cuidado de aquellos con problemas de salud.

El Hospital de San Clemente sobre un total de 22 camas, al momento de las entrevistas se encontraban internados cuatro sujetos en calidad de "sociales". *'Ahora tenemos cuatro, son tres hombres y una mujer, con la misma cantidad de camas y con dos se está trabajando para externarlos..."* (trabajadora social del hospital de San Clemente).

En caso de que el sujeto internado sea mujer se la interna en sala común ya que el lugar destinado a los pacientes sociales cuenta con tres camas.

"...existe una sala donde se interna a estos pacientes, aunque en caso de que sea una mujer, como el caso que tenemos en la actualidad, va a sala común" (médica del hospital de San Clemente).

El Hospital de Santa Teresita tiene cuatro camas destinadas a estos sujetos *"...tratamos de que estén todos juntos en la primera habitación, uno, dos, tres, cuatro, o sea que cuatro ya están destinadas a ellos"* (enfermera del hospital de Santa Teresita). Continúa diciendo que en caso de que haya más ingresos *"Vemos si podemos meter otra cama sino se destinan dos salas. Eso es para hombres, porque a veces también hemos tenido mujeres, las que están separadas de ellos por supuesto"*. *"En éste momento acá hay cuatro pacientes sociales, sobre 24 camas, hay más de un 10%"* (médico del hospital de Santa Teresita).

Si se producen nuevas internaciones de sociales, se habilita una sala más. En el caso que ingrese una mujer con la categoría analizada, se la interna en sala común.

Estas personas son categorizados como "pacientes sociales" durante el recorrido de su internación cuando el profesional de enfermería o el médico perciben que no existe presencia de familiares que los visiten, que los acompañen a la hora del almuerzo o cena.

"En realidad eso lo hace enfermería que lo ve a diario, lo ve en el momento a la mañana que no viene nadie a darle el desayuno, como al mediodía no viene nadie a darle de comer, el cumpleaños no existe, entonces ahí empieza uno a darse cuente y es ahí cuando la enfermera le dice a la doctora el paciente no tiene quien le dé de comer, no tiene quien le traiga un shampú, nosotras sabemos bien que está la familia pero no tiene intención, no tienen disponibilidad, no tienen ganas" (enfermera del Hospital de San Clemente).

"Por lo general se los interna por un cuadro clínico y a partir de que se empieza a trabajar con el paciente clínicamente, van surgiendo algunas cuestiones como que no

tienen familia, o nadie viene a verlos, es dónde se los comienza a categorizar como sociales". (trabajadora social del Hospital de San Clemente).

Además se tiene en cuenta la falta de vivienda o el abandono personal que estos presentan.

"Llega cagado, meado, sucio, deshidratado, adelgazado. Es decir con signos de deshidratación, adelgazamiento, síndrome de repercusión general… ¿si? Se lo trata de acomodar un poquitito y lo suben al piso" (médico de piso del Hospital de Santa Teresita).

Las edades de estos sujetos oscilan entre los 50 años y 70 años de edad y el tiempo que llevan internados en el momento de la investigación es de un año a tres años. Muchos de ellos terminan sus días en las instituciones hospitalarias de referencia.

"Todos tienen más de 50 años…" y en cuanto al tiempo que llevan internados *"Todos superan el año"* (médica del Hospital de San Clemente).

"Arriba de 50 años" y referente al tiempo de internados *"Dos hace un año, los otros más de dos años".* (enfermera del hospital de San Clemente).

"Entre 50 y 70 años" y el tiempo que llevan internados *"Entre uno y dos años"* (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"El promedio será de 60 años" y el tiempo que llevan internados *"Entre uno y tres años"* (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

"de 50 a 70 años" y el tiempo de internación *"Hay de un año, de dos o más de dos años"* (enfermeras del hospital de Santa Teresita).

"Entre 50 y 70 años" y el tiempo que llevan internados *"Más de un año, y a veces hasta que parten"* (médico del hospital de Santa Teresita).

La observación documental como herramienta utilizada en esta investigación, permitió corroborar por medio de la lectura de las historias clínicas de los sujetos internados en condición de "pacientes sociales" los datos filiatorios, tiempo de internación, exámenes físicos y suplementarios como análisis clínicos, radiológicos y atención diaria de los sujetos internados entrevistados,

coincidiendo con los datos aportados por los profesionales médicos y por los "pacientes sociales" entrevistados[46].

La denominación de "paciente social" se encuentra naturalizada en estas instituciones hospitalarias, aunque en su mayoría los profesionales de la salud que intervienen en el recorrido de internación de estos sujetos no están de acuerdo con esta manera de identificarlos, por lo que se deduce que al estar arraigada la misma en el discurso médico no se racionaliza la denominación de "paciente social.

"...ya está naturalizado en el discurso médico" (trabajadora social del Hospital de Santa Teresita).

"No me lo cuestioné pero no estoy de acuerdo" (médico del hospital de Santa Teresita).

"... No, para mí no son sociales, son pacientes..." (Enfermera del Hospital de San Clemente).

Para algunos profesionales es una forma de identificarlos.

"Si, estoy de acuerdo ya que es una forma de distinguirlos" (trabajadora social del Hospital de San Clemente).

"... y en realidad es una forma de identificarlos..." (médica del hospital de San Clemente).

"...Sí, ya me acostumbré a esta denominación" (enfermera del hospital de Santa Teresita).

De esta forma se puede evidenciar que la asignación de "paciente social" anula algunos de los atributos que conforman al SER en su condición de SUJETO.

Generalmente los médicos de guardia se resisten a internar a estos sujetos, por lo que pasan por la guardia repetidas veces hasta ser internados.

"... y a veces lo mandan de vuelta al lugar donde estaba, o sea lo mandan de nuevo para la casa. Ese paciente luego cae. Es decir revota 2, 3, 4, 5, 10 veces, 20 veces en la guardia algunos, y después terminan internándolo..." (médico del hospital de Santa Teresita).

[46] Cf. Con entrevistas realizadas a los profesionales llevan de internados" y "qué edad promedio tienen" diaria recibe" (matriz de datos de 4 pacientes sociale

La trabajadora social interviene en el momento en que estos sujetos son categorizados como "sociales". Generalmente es el médico de piso el que solicita la intervención del Servicio Social por carecer el paciente de documentación, vivienda o vínculos familiares.

En algunos casos es convocada en la guardia cuando existe algún derecho vulnerado de la persona en cuestión.

"Cuando se los categoriza paciente social, o de la guardia cuando esta vulnerado un derecho" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"La médica clínica la llama por falta de DNI, de vínculos familiares o de vivienda" (enfermera del hospital de San Clemente).

"A veces desde la guardia o si está internado cuando no tiene donde ir ni hay nadie que lo visite" (médica del hospital de San Clemente).

"A veces nos convocan de guardia, pero por lo general son los médicos de piso" (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

"Cuando en el piso nos damos cuenta que la persona no tiene familia o donde ir" (enfermeras del hospital de Santa Teresita).

"Cuando le damos aviso para que vea cual es el contexto del paciente…" (médico del hospital de Santa Teresita).

En general estos sujetos poseen redes primarias débiles, bien sea por estar alejados geográficamente o bien por rupturas en los vínculos familiares, causados por separaciones, conflictos intrafamiliares, problemas económicos, laborales y vinculares entre otros; es decir que a pesar de contar estas personas con familiares directos, no existe quien pueda hacerse responsable del cuidado y atención del sujeto para que lo acompañe en su recuperación.

Los sujetos que pueden movilizarse por sus propios medios se sienten a gusto en el hospital, en él se sienten contenidos y atendidos, rechazando muchas de las propuestas del Servicio Social para su externación. Estos sujetos realizan tareas dentro de la institución como mantenimiento, jardinería u otros quehaceres como asistir a otros pacientes en el momento del almuerzo o cena y en caso de que algún sujeto internado se descompense, son los encargados de avisar a los profesionales médicos o enfermeras. Tienen salidas diarias donde visitan a amigos, o realizan alguna actividad recreativa como paseos, lectura en la biblioteca pública de la zona, asistencia a misa, colaboración en la iglesia, etc.

"A la mañana ayudo con los enfermos y a cortar el pasto. Por la tarde salgo a caminar y voy a la biblioteca" (xx sujeto internado en el hospital de San Clemente).
"Nueve de la mañana voy a dar una mano a la secretaría de la iglesia, vuelvo al hospital y a la tarde voy a Misa. Acá miró la tele o hablo con mi compañero" (xxx sujeto internado en el hospital de Santa Teresita).
"Tomo el desayuno y a eso de las 10 de la mañana salgo a caminar dice la Dra. que me hace bien y a veces voy a tomar unos mates a lo de un amigo" (xxxx sujeto internado en el hospital de San Clemente).

En cambio para los pacientes que no pueden autovalerse, el hospital no es el mejor lugar, ya que este no tiene ni la infraestructura, ni los recursos humanos suficientes para una atención acorde a sus necesidades. Por lo qué el impacto que produce en estos sujetos el permanecer en estas instituciones es variado.
'A veces para ellos este es el mejor lugar, pero en el fondo creo que les gustaría estar en su casa" (trabajadora social del hospital de San Clemente).
"Para algunos éste es su lugar en el mundo, para otros esperan ansiosos que le encontremos un lugar en otro lado" (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).
"A los que se movilizan les gusta estar aquí. Para los otros este no es el mejor lugar, no tenemos medios para atenderlos bien" (enfermera del hospital de San Clemente).
'Algunos se sienten más contenidos; es su lugar de pertenencia, quedarse les da seguridad afuera aparecen los temores" (...) y buscan la forma, la manera de quedarse... entre ellos está x y xxx, que no son gente de edad grande eh, son medianamente jóvenes y a veces por... que se yo que... como ser, acá tienen la comida, acá se les lava la ropa, tienen todo... tienen la comida... y a veces el Servicio Social les ha dado plata para que vayan a alquilar y todo y a los dos días los tenés devuelta que no, que no... como que hacen como que se descompensan..." (enfermeras del hospital de Santa Teresita).
"Acá están bien atendidos y contenidos, crean una dependencia con la institución" (médica del hospital de San Clemente).
"Vienen de lugares donde no la pasan bien. Así que aunque se conviertan en dependientes del hospital aquí están mejor" (médico del hospital de Santa Teresita).

Es importante destacar que las localidades donde se encuentran los dos hospitales donde se realizó la investigación, no cuentan con instituciones que puedan contener a estos sujetos, que ocupan casi el 20% de las camas habilitadas en los dos hospitales donde se ha realizado la investigación. San

Clemente posee un hogar de ancianos pero se encuentra colapsado por las demandas permanentes y la falta de capacidad para nuevos ingresos, y el hogar de ancianos Municipal que se encontraba en la localidad de Las Toninas, dejó de funcionar en el año 2012.

"Hay un hogar de ancianos pero está colapsado" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"No hay ninguna institución que los contenga" (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

"No existe ninguna institución que pueda tenerlos" (enfermera del hospital de San Clemente).

"No, encima cerraron el Hogar de Las Toninas" (enfermeras del hospital de Santa Teresita.

"No, lamentablemente no existe ninguno" (médica del hospital de San Clemente).

"No, esta es una deuda de los distintos gobiernos" (médico del hospital de Santa Teresita).

Existe además dentro de la denominación de "pacientes sociales", aquellos categorizados como parciales.

"... están los pacientes sociales parciales, son aquellos que vuelven a los 15 días" (médico del hospital de Santa Teresita).

Estos sujetos son externados con el alta médica sin tener en cuenta las condiciones habitacionales y de contención que tienen estas personas, por lo que a los pocos días de haberse producido la externación deben ser nuevamente internados con un deterioro mayor de su salud.

"...pero sí discutimos cuando se le quiere dar el alta, y yo les digo, miren, si a este paciente le das el alta, lo externamos, en 15 días lo tenés otra vez acá y te va a costar mucho más levantarlo" (médico del hospital de Santa Teresita).

Además existen otros "pacientes sociales parciales", son aquellos que padecen alguna enfermedad crónica y por la idiosincrasia de esta localidad -por ser zona turística- son internados por los familiares por no contar con personas que se hagan cargo del mismo, ya que las posibilidades de trabajo en la temporada estival ayuda al sostén económico de las familias.

"Los otros pacientes sociales parciales son los que… por condiciones de La Costa, en enero y febrero la familia tiene que trabajar, tiene que aprovechar de hacer un mango…" (médico del hospital de Santa Teresita).

Hay casos similares en el hospital de San Clemente de sujetos a los que por falta de vivienda y encontrarse en situación de calle en épocas de bajas temperaturas, son ingresados en la institución. A estas personas se las denomina "pacientes sociales" transitorios, ya que su internación es por pocos días. La misma se realiza a partir de acciones realizadas por la trabajadora social pidiendo autorización al Director de la institución para que el sujeto pueda ser alojado en la misma, aunque para el ingreso del sujeto es necesaria la autorización del profesional médico. Una vez resuelta la situación habitacional por el servicio social, se procede a la externación del mismo.

"Existen otros casos a los que llamamos transitorios, se trata de personas que están en la calle y la inclemencia del tiempo, -se da en pleno invierno- hace que el hospital pueda funcionar como albergue tan solo por una o dos noches hasta que se le encuentre un lugar" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

Al igual que la internación de estos sujetos, la externación es realizada por el médico de piso, previa consulta con la Trabajadora Social, a quien se le pidió constatar el contexto social del paciente y las condiciones económicas, habitacionales y de contención familiar de la persona a egresar.

"algunas de las médicas de piso" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"El médico, previa consulta con la Asistente Social" (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

"El médico clínico" (enfermera del hospital de San Clemente).

"Siempre es el médico con el consentimiento de la Asistente Social" (enfermeras del hospital de Santa Teresita).

"El responsable es el médico, aunque se trabaje con la Asistente Social" (médica del hospital de San Clemente).

"¡El médico!!! Consultamos con el Servicio Social" (médico del hospital de Santa Teresita).

Como estrategias de intervención el servicio social hospitalario trabaja con la familia del sujeto internado para fortalecer los vínculos, y de esa forma poder lograr la externación del mismo. Lo que se busca es tratar de que el paciente

pueda estar contenido dentro de su entorno familiar y evitar una futura internación.

El trabajo en redes es una estrategia muy utilizada dentro de los servicios sociales hospitalarios, ya que una vez que el sujeto fue externado, se deriva el caso al centro comunitario más cercano.

"Nosotros comenzamos a trabajar desde el momento que tomamos el primer contacto con el paciente. El fortalecimiento de los vínculos familiares si es que existen, trabajo en red con otras instituciones, y fundamentalmente una vez que tiene el alta médica se deriva el caso al centro comunitario que corresponda" (trabajadora social del hospital de San Clemente).

"Nosotros todas las acciones las realizamos mientras el paciente está internado, tratar de fortalecer vínculos si los hay, dar solución al problema de vivienda, conseguir la documentación si es que no la tiene, tramitar pensiones o jubilaciones, todas estas acciones las realizamos durante la internación del paciente, cuando se le da el alta se deriva el caso al Servicio Social del Centro Comunitario correspondiente, quienes se harán cargo del seguimiento social. En caso de requerir controles médicos o estudios periódicos relacionados con su estado de salud, entonces nosotros realizamos las actuaciones correspondientes, por ejemplo conseguir los turnos médicos o de estudios, ver qué posibilidad hay de conseguir su traslado, etc." (trabajadora social del hospital de Santa Teresita).

CONCLUSIONES

El concepto de Salud ha ido variando en el tiempo, por lo que *"tenemos que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo)"* (Ponte Mittelbrunn, s/d: 1-2). Apropiarnos de esta definición, nos permitió comprender el nudo problemático del presente trabajo, que fue indagar sobre el recorrido de internación que realizan los "pacientes sociales" en dos hospitales del Partido de la Costa. Ya que en este proceso que alude a la salud, no solo existe un estado biológico que deriva en la permanencia de los sujetos internados en condición de sociales. Existe mayormente en estas personas razones de tipo económicas, culturales, habitacionales y por sobre todo ausencia de contención afectiva de índole familiar.

Los dos hospitales Públicos del Partido de La Costa, Hospital de Agudos de San Clemente del Tuyú y Hospital de Agudos de Santa Teresita, son efectores del segundo nivel de atención[47] del sistema público de salud, que tienen a su cargo la atención de la salud, de sectores de bajos ingresos y/o sin cobertura de obra social, de la zona norte y centro del Partido de la Costa respectivamente.

Los sujetos denominados "pacientes sociales" durante el recorrido de internación transitan por diferentes etapas. Mayormente pasan por guardia hasta que el médico evalúe su estado clínico. De no poder ser atendido su trauma por consultorios externos -ya sea por la urgencia clínica del caso o por no contar con un lugar habitacional o de contención familiar que requiera la patología que presenta el sujeto- de ser necesario se lo higieniza y se procede

[47] Atención Secundaria: Este nivel se enfoca en la Promoción, Prevención y diagnóstico a la salud, los cuales brindan acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel, o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias. Atención integral ambulatoria y hospitalaria. Se atienden varias especialidades. Este nivel de atención tiene que ver con la curación del paciente. (Apuntes de Cátedra de la asignatura Medicina Social –4to. Año de la Carrera Licenciatura en Servicio Social- Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata –Extensión Áulica Santa Teresita, Año 2010, Profesora Doctora María Cristina Redi)

a su internación a piso. En casos puntuales el médico de guardia requiere la intervención del trabajador social en ese sector, aunque mayormente su actuación es solicitada en el área de internación. Una vez producida ésta, y establecido un diagnóstico clínico, se comienza con el tratamiento para la recuperación de su salud.

En el recorrido de internación las disciplinas que intervienen en la atención de estos sujetos, están representadas por los profesionales de la salud, médicos clínicos y de las distintas especialidades según el caso lo requiera (nutricionistas, cardiólogos, neurólogos y traumatólogos entre otros). Trabajadoras sociales, personal de enfermería y de salud mental (psicólogos y psiquiatras).

Desde el momento en que el sujeto es identificado por los profesionales médicos o de enfermería como "paciente social", solicitan intervención al servicio social hospitalario. Es de apreciar que la decisión de proceder a la internación del sujeto como la evaluación de que intervenga el servicio social y las acciones que este debe realizar con el objeto de intervención, es tomada únicamente por los profesionales médicos, confirmando de este modo un patrón de atención médica que responde al Modelo Médico Hegemónico[48]. Desde este modelo se visibilizan las relaciones de poder entre los profesionales médicos y las otras disciplinas que intervienen en la atención de estos sujetos, quedando manifiesto que los médicos son los poseedores del saber, y ese saber se constituye como única verdad a partir de la cual se determinan las acciones que deben realizar las otras disciplinas sobre las personas internadas en calidad de "pacientes sociales".

Esta forma de identificarlos desdibujan algunos de los atributos que conforman al SER como SUJETO, siendo los atributos *"Las cualidades o propiedades del ser jurídico, por medio de las cuales el sujeto-persona puede individualizarse y formar parte de la relación de derecho"* (Cifuentes, 1999:120), desde esta

[48] Por Modelo Médico Hegemónico (MMH) entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, Eduardo L, 1988: 1)

perspectiva estos sujetos pasan de ser sujetos de derecho a objetos cosificables.

Siguiendo el pensamiento foucoultiano *"La problematización pone en duda todo aquello que se da por evidente o por bueno, cuestiona lo que está constituido como incuestionable, recela de aquello que es indudable"* (Iñiguez Rueda, 2006: 84). Para poder comprender el concepto de problematización citaremos a Ibañez quien dice al respecto que *"Problematizar no es, solamente –sería demasiado fácil-, conseguir que lo no problemático se torne problemático, es algo aún mucho más importante que esto, porque problematizar es también, y sobre todo, lograr entender el cómo y el por qué algo ha adquirido un estatus de evidencia incuestionable, cómo es que algo ha conseguido instalarse, instaurarse, como aproblemático. Lo fundamental de la problematización consiste en desvelar el proceso a través del cual algo se ha constituido como obvio, evidente, seguro"* Ibañez (1996), citado por Iñiguez Rueda (2006: 84).

Es por ello que consideramos necesario desnaturalizar de las prácticas discursivas instaladas por los profesionales de la salud, de los dos hospitales del Partido de la Costa, el estatus de "paciente social" que le han asignado a aquellos sujetos por presentar **"condiciones sociales diferentes a lo normal".**

Cuando la persona está en condiciones de ser dada de alta, la trabajadora social es la encargada de identificar el contexto social del sujeto, sus recursos económicos y humanos para que pueda procederse a su externación.

La intervención en Trabajo Social en el Campo de la Salud deberá valerse como dice González Saibene, de estrategias variadas, creativas e innovadoras para modificar estas situaciones particulares mediante *"el establecimiento de redes comunitarias, el trabajo grupal con pacientes y familiares, la mediación ante distintos actores gubernamentales, no gubernamentales y sociales; la atención individualizada frente a situaciones específicas […] y muchas otras líneas orientadas por una concepción de sujeto basada en los derechos civiles y sociales –humanos"* (González Saibene, 2000: 38)

Como estrategias de intervención el servicio social hospitalario trabaja con la familia del sujeto internado para fortalecer los vínculos, y de esa forma poder

lograr la externación del mismo. Lo que se busca es tratar de que el paciente pueda estar contenido dentro de su entorno familiar y evitar una futura internación.

Los servicios sociales hospitalarios de los dos nosocomios utilizan también como estrategia de intervención el trabajo en red, especialmente con aquellas personas que han sido externadas de la institución, con quienes se sigue trabajando sobre todo lo relacionado con su salud. A su vez este tipo de estrategia permite que los Centros Comunitarios sigan actuando como un conector entre estos sujetos y las instituciones que demanden las necesidades de los mismos.

Según la Serie de Informes Técnicos N° 122 de la OMS recomienda que la readaptación de un enfermo que ha salido de la fase aguda de su enfermedad y ha quedado con alguna discapacidad residual, debe formar parte de la función curativa del hospital general. Del mismo modo los ancianos que padecen alguna enfermedad aguda, cuando dejan de ser necesarias las prestaciones de servicios especiales de tratamiento, estos enfermos deben ser trasladados a sus domicilios o instituciones especiales.

Ahora bien, teniendo en consideración lo antedicho, en los dos hospitales del Partido de la Costa, los servicios sociales hospitalarios, elaboran estrategias para que el sujeto una vez obtenida su externación, pueda estar contenido en su núcleo familiar.

Muchas veces, debido a falta de camas para los pacientes que ingresan con algún trauma o urgencia médica que necesite la internación, estos sujetos -"pacientes sociales"- son externados con el alta médica sin tener en cuenta las condiciones habitacionales y de contención que tienen estas personas, por lo que a los pocos días de haberse producido la externación deben ser nuevamente internados con un deterioro mayor de su salud.

La falta de recursos institucionales impiden que el sujeto en condición de alta médica pueda ser externado, ya que las localidades donde se encuentran los dos hospitales no cuentan con instituciones que puedan contener a estos sujetos, que ocupan casi el 20% de las camas habilitadas en los dos hospitales. Cabe destacar que la localidad de San Clemente cuenta con un

hogar de ancianos pero se encuentra colapsado por las demandas permanentes y la falta de capacidad para nuevos ingresos. El hogar de ancianos Municipal que se encontraba en la localidad de Las Toninas, dejó de funcionar en el año 2012.

Dada la situación planteada en el párrafo anterior, es que muchos de estos sujetos permanecen en la institución hospitalaria hasta el día de su fallecimiento.

Cabe destacar que los Servicios Sociales de los dos nosocomios, no dependen de la Secretaría de Salud, sino de la Secretaría de Desarrollo Social, por lo que las estrategias implementadas muchas veces suelen ser limitadas, ya que su actividad se encuentra subsumida a las decisiones que emanan de una dirección a la cual no pertenecen.

Para no quedar aferrados a viejas teorías como la funcionalista y la estructuralista que han impregnado el ejercicio profesional del Trabajo Social de un corte adaptativo, dice Vélez Restrepo que se hace necesario resignificar el papel de la teoría dándole un lugar en la práctica profesional ya que ésta orienta los procedimientos metodológicos y técnicos de la "intervención[49]". Al mismo tiempo las miradas fragmentadas han influido en el uso de las técnicas en el ejercicio profesional, limitando el conocimiento a una simple recolección de datos, en la búsqueda de una eficiencia inmediatista que otorgue resultados tangibles y cuantificables, descuidando así el alcance que el proceso social puede generar.

Es por ello que la perspectiva teórica en la cual hemos de situarnos, será quien guíe la metodología a utilizar y las acciones a emplear, *"la perspectiva teórica presente en nuestra metodología hace referencia a la concepción e intencionalidad que orienta el proceso de aprehensión y comprensión del objeto, iluminando la gestión necesaria para su abordaje y definiendo las estrategias y procedimientos a emplear"* (Vélez Restrepo, 2003: 58). Por lo tanto es necesario que antes de salir al campo de actuación profesional debemos tener en claro la metodología a emplear, la que debe estar acorde

[49] El término intervención "está fundamentada en un imaginario ideológico que subordina la práctica profesional a visiones externalistas de manipulación, control o cosificación de las personas y situaciones" (Vélez Restrepo, 2003: 54).

con la teoría, esto será la prueba evidente de que sabemos para donde vamos y que es lo que queremos, nuestros principios, funciones y objetivos a alcanzar. Vélez Restrepo, señala que las nuevas configuraciones de los perfiles de las sociedades contemporáneas, sumadas al agotamiento de los paradigmas explicativos de las Ciencias Sociales, que han apoyado el proceso de la profesión, hacen necesario la reflexión y el análisis sobre la metodología del Trabajo Social y cita que *"La incertidumbre producida por la complejidad del mundo actual refuerza la necesidad de reconfigurar la profesión sobre la base de controversias y replanteamientos analíticos"* (Vélez Restrepo, 2003: 53). Basándonos en estas premisas consideramos que para poder tener una actuación acorde a esta nueva realidad debemos enmarcar nuestra actuación dentro de los Modelos Contemporáneos y/o los Modelos de Convergencia, considerando que difícilmente se utilice un único y puro modelo de actuación sino que muchas veces se hace necesario utilizar más de un modelo de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

Abed, L. (1993) *Determinantes del proceso de salud-enfermedad.* Módulo 1 Salud y Sociedad. Posgrado en Salud Social y Comunitaria 2007. Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina.* Documento Nº 60. (Consulta el 26/05/13). Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf

Alayón, N. (1985). *Perspectivas del Trabajo Social.* Buenos Aires. Editorial Hvmanitas

Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología.* Capítulo 2 *Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa.* (Consulta el 20/04/14). Disponible en: http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/alonso-cap-2-sujeto-y-discurso-el-lugar-de-la-entrevista-abierta.pdf

Anónimo (2010). *Dato del CENSO 2001.* Publicado el 04/02/2010. (Consulta el 12/04/14). Disponible en: http://www.venio.info/pregunta/cuantos-habitantes-tiene-santa-teresita-mar-del-tuyu-partido-de-la-costa-buenos-aires-12142.html,

Arocena, J. (2002). *El desarrollo local: un desafío contemporáneo.* Uruguay. Universidad Católica.

Arroyave M. e Isaza P. (1989) *Una perspectiva histórica del hospital.* Publicación trimestral de Educación Médica y Salud, Vol. 23 N° 2 de la OPS.

Ase I. y Burijovich J. (2009). *La estrategia de la Atención Primaria de la Salud.* Salud Colectiva. Buenos Aires.

Barnazza, C. (2008) *"Instituciones, lo Instituido y lo instituyente"*. Actitud Emergente. Centro de Asistencia de la Salud Psicosocial y Psicológica Personal y Organizacional. Consultado el 22/06/13.Disponible en: http://actitudemergente.blogspot.com.ar/2008/09/intituciones-lo-instituido-y-lo.html

Barrios, F. (2004). *No hay política sanitaria sin política social*. Buenos Aires. (Consulta: 12/04/2014). Disponible en: http://www.cancerteam.com.ar/invi022.html

Blanco Restrepo, J. y Maya Mejía, J. (2005) *Fundamentos de Salud Pública Tomo I Salud Pública"* 2ª Edición. Editado Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. Disponible en Google Books. Link: books.google.com.ar/books?isbn=9589400817

Blanco Restrepo, J. y Maya Mejía, J. (2005) *Fundamentos de Salud Pública Tomo II Administración de Servicios de Salud"* 2ª Edición. Editado Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. Disponible en Google Books. Link: books.google.es/books?isbn=9589400868

Carballeda J. (2004) *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad.* Editorial Espacio. Buenos Aires

Carballeda J. (2007) *La Intervención Social como Estrategia de Inclusión.* Conferencia UNL[50] - OSDE (Consulta: 12/08/13). Disponible en: http://www.unl.edu.ar/noticias/noticia.php?nid=504

Carballeda J. (2010). *La intervención social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales*. Trabajo Social UNAM. VI Época N° 1. Ciudad de México.

[50] Universidad Nacional del Litoral y Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas

Carta de Otawwa para la promoción de la Salud (1986). Primer Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Otawa. (Consulta el 26/05/13) Disponible en: http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf

Cifuentes, S. (1999) *Elementos de Derecho Civil,* Buenos Aires, Editorial Astrea, pp. 120 4ta edición actualizada y ampliada 2da reimpresión Capítulo 2do pp. 99-176.

Colomer et al. (2007). *La pobreza y el pobre: desde la antigüedad hasta el siglo XXI*. (Consulta el 06/10/13). Disponible en: http://perlegrino.marianistas.org/wp-content/uploads/2007/06/unidad-didactica-sobre-la-pobreza-en-la-historia.pdf

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006). Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006. (Consulta el 24/05/13). Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Díaz, E. (2005) *La filosofía de Michel Foucault*. Segunda Edición, Editorial Biblos, Buenos Aires, (Consulta: 23/09/13) en Google Libros. Disponible en: *books.google.es/books?isbn=9507863745*

Figueroa de López, S. (s/d) *Introducción a la Salud Pública*. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Fase I Área de Salud Pública I. Guatemala. (Consulta 01/06/13). Disponible en: http://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf

Freidenberg, L. (1998). *Entre barriales y médanos.* En Los Fundadores. Santa Teresita. Consulta 21/07/11. Disponible en: http://www.santateresita.com.ar/nacio.htm

Freytes Frey, M. (2003) *Incidencia de las Representaciones sobre Salud Mental en las Prácticas de los Trabajadores del Sector.* 6° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires 13-16 de agosto de 2003.

González Saibene. A. (2000) El *Objeto de Intervención Profesional: Un Mito del Trabajo Social.* Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur, Rosario, Santa Fe. Editado e impreso en Fundación Futuro Solidario.

Gutierrez, A. (2005) *Las Prácticas Sociales: una introducción a Pierre Bourdieu.* Argentina. Ferreyra Editor.

Hadad, J. (2007) *El agente de la Salud ante el hombre sufriente.* Trabajo presentado en el IV Encuentro Nacional de Universidades Católicas. (Consulta 25/05/13), disponible en: http://www.enduc.org.ar/enduc4/trabajos/t114-c16.pdf

Haro, J. (2008) *Teorías y Conceptos de Salud,* en Curso de Epidemiología Sociocultural 08/10/08, (Consulta el 25/05/13). Power Point, disponible en: http://www.slideshare.net/JESUSARMANDOHARO/teoras-y-conceptos-de-salud-enfermedad

Hernández Sampieri, R. (1997). *Metodología de la Investigación.* Impreso por Panamericana Formas e Impreso S.A. Colombia. (Consultado 24/10/2013). Disponible en:
http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecades/metodologia-de-la-investigacion.pdf

INDEC (2010). *Censo 2010 año del bicentenario.* (Consulta el 12/04/14). Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_resto.asp

Íñigues Rueda, L. (2006) *Análisis del discurso: Manual para las Ciencias Sociales.* Cap. VI El enfoque discursivo de Michel Focault: discurso y prácticas discursivas. Editorial UOC, Barcelona, p. 82. Disponible en Google Books: books.google.com.ar/books?isbn=8497882490

Kornblit, A.; Mendes Diz, A. (2000) *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires. Editorial Aique.

Lalonde, M. (2007) *El concepto de campo de salud: una perspectiva canadiense*, en: Plan Federal de Salud –Módulo I Salud y Sociedad. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Ministerio de salud y ambiente de la Nación. Argentina.

Maya Mejía, J. (2005) *Fundamento de Salud Pública Tomo I.* Colombia. Consulta (06/14) Disponible en: books.google.com.ar/books?isbn=9589400817

Menéndez, E. (1998) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.* Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires (pag. 451-464) Consulta (01/14) Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Monsalvo, J. y Payán, S. (2008) *Metodología de la Investigación Cualitativa.* Universidad Nacional de Rosario (Consulta: 10/01/13). Disponible en: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Cuadernillo_6_Metod_Inv_Cualitativa.html

Navarro V. (s/d). *Concepto actual de Salud Pública.* Capítulo 3. Facultad de Medicina UNAM. México. (Consulta el 20/03/14). Disponible en: http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf

Negroni, P. (2011). *Castoriadis y el proyecto de autonomía*. Revista Cátedra Paralela N° 8 / Año 2011 (UNR). Consulta 15/11/13. Disponible en: http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00109f001t1.pdf

Nervi, L. (s/d) *Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud*. (Consulta 30/05/13). Disponible en:

http://www.cisas.org.ni/files/El_Salvador/dia_1/Renovaci%C3%B3n%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20de%20la%20Salud.pdf

Organización Mundial de la Salud (1957) Serie de Informes Técnicos N° 122, *Función de los Hospitales en los Programas de Protección de la Salud.* Ginebra.

Parra, G. (s/d) *Antimodernindad y Trabajo Social Reflexiones en torno a la génesis de la profesión* (Consulta: 18/09/13). Disponible en: http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-136.pdf

Planeta Sedna, *Capítulo octavo: Gobierno de Juan Domingo Perón (1943-1955).* (Consulta: 12/04/2014). Disponible en: http://www.portalplanetasedna.com.ar/capitulo_8.htm

Ponte Mittelbrunn, C. (s/d) *Conceptos Fundamentales de la Salud a través de su Historia Reciente* (Consulta 26/06/13). Disponible en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf

Programa de Servicio Social de atención primaria de la Salud (). *Congreso Internacional, Municipio de General Pueyrredón.* (Consulta 07/14). Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm

Redi, M. (2010) Apuntes de cátedra de la asignatura "Medicina Social" 4to año de la Carrera Lic. en Servicio Social – Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar de Mar del Plata – Extensión Áulica Santa Teresita

Soto González, M. 1999. *Edgar Morin. Complejidad y sujeto humano*. Tesis de doctorado. Biblioteca Virtual – Universidad de Valladolid. (Consultado 26/06/13). Disponible en: www.biblioteca.org.ar/libros/133208.pdf

Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*, Salud Colectiva (on.line) Vol. 6 Nº 3. (Consulta: 20/07/13). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S185182652010000300004&script=sci_arttext

Tobar, F. (2001). *Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*. (Consulta 13/10/13). Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria12.pdf

Taylor S. y Bodgan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona. (Consulta 24/10/13). Disponible en google books: http://books.google.com.ar/books/about/Introducci%C3%B3n_a_los_m%C3%A9todos_cualitativo.html?id=EQanW4hLHQgC

Troiani, M. (2011) *La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias. Intervención con "pacientes sociales*. Revista Margen N° 63, pp. 1 al 8. Edición electrónica. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/numero63.html

Vega, J. (1996). *Diccionario consultor político*. Colombia. Librografh Editora. (Libor de tapa roja – pag. 356-357)

Vélez Restrepo, O. (2003). *Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas.* La cuestión metodológica: convergencias operativas o especificidad funcional Capítulo II. Buenos Aires. Editorial Espacio.

Universidad Pablo de Olavide (2012) *El Trabajo Social desde la UPO.* Sevilla. (Consulta: 18/06/13). Disponible en: http://tsocialupo.blogspot.com.ar/2012/03/servicios-sociales-httpwww.html

ANEXOS

GUIÓN DE ENTREVISTAS

Estamos realizando nuestra tesis de grado basada en la existencia de personas que se encuentran internadas y se las denomina pacientes sociales.

A LOS MÉDICOS DE PISO

1) ¿Cómo llegan estas personas a la Institución Hospitalaria?
2) ¿Cómo se realiza la internación y qué profesional es el encargado de realizarla?
3) ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que estas personas son internadas?
4) ¿Cuáles son los indicadores que se tienen en cuenta para categorizar a estas personas como pacientes sociales?
5) ¿Siempre existió esta nominación?
6) ¿Está usted de acuerdo con esta nominación?
7) ¿Cuál es la edad promedio de estos sujetos?
8) En la actualidad ¿existen personas internadas con esta nominación?
9) ¿Cuáles son los profesionales que intervienen en la internación de estos pacientes?
10) ¿Una vez internados reciben atención diaria? ¿Qué profesionales intervienen?
11) En caso de que la internación se haya producido por un deterioro en el estado de salud de la persona, una vez que tiene el alta médica cómo se realiza la externación y quién es el profesional responsable de dar el alta hospitalaria.
12) ¿Cuál es la respuesta que deben dar las instituciones hospitalarias ante estas situaciones?
13) A su criterio ¿cuál es la situación por la cual no se dan las condiciones de alta hospitalaria de las personas que ingresan bajo esta nominación?
14) ¿Cómo cree usted que impacta en la salud de estas personas permanecer hospitalizado

A LAS ENFERMERAS

1) ¿Cómo llegan estas personas a la Institución Hospitalaria?
2) ¿Cómo se realiza la internación y qué profesional es el encargado de realizarla?
3) ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que estas personas son internadas?
4) ¿Cuáles son los indicadores que se tienen en cuenta para categorizar a estas personas como pacientes sociales?
5) ¿Siempre existió esta nominación?
6) En la actualidad ¿existen personas internadas con esta nominación?

7) ¿Cuáles son los profesionales que intervienen durante el tiempo de la internación de estos pacientes?
8) Una vez internados ¿Cuáles son los profesionales que intervienen?
9) En caso de que la internación se haya producido por un deterioro en el estado de salud de la persona, una vez que tiene el alta médica cómo se realiza la externación y quién es el profesional responsable de dar el alta hospitalaria.
10) ¿Llegan con esta categoría desde el momento de la internación?
11) ¿En qué momento de la internación a estas personas se las llama pacientes sociales?
12) ¿Cómo cree usted que impacta en la salud de estas personas permanecer hospitalizados?
13) ¿Está Ud. de acuerdo con esta nominación?
14) ¿Cuál es la edad promedio de estos sujetos?

A LAS TRABAJADORAS SOCIALES

1) ¿Cómo llegan estas personas a la Institución Hospitalaria?
2) ¿Cómo se realiza la internación y qué profesional es el encargado de realizarla?
3) ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que estas personas son internadas?
4) ¿Cuáles son los indicadores que se tienen en cuenta para categorizar a estas personas como pacientes sociales?
5) ¿Siempre existió esta nominación?
6) Pueden identificar en qué momento de la trayectoria hospitalaria de estos pacientes adquieren la categoría de "pacientes sociales".
7) En la actualidad ¿existen personas internadas con esta nominación?
8) ¿Cuáles son los profesionales que intervienen en la internación de estos pacientes?
9) El Servicio Social, por protocolo institucional, ¿Toma contacto con los pacientes internados bajo esta nominación y que acciones implementa para asegurar su alta hospitalaria?
10) En caso de que la internación se haya producido por un deterioro en el estado de salud de la persona, una vez que tiene el alta médica que procedimiento se implementa para asegurar el alta hospitalaria y qué profesionales intervienen.
11) ¿Llegan con esta categoría desde el momento de la internación?
12) ¿Cuál es la edad promedio de estos sujetos?
13) ¿Está Ud. de acuerdo con esta nominación?

ENTREVISTA A LA ASISTENTE SOCIAL DEL HOSPITAL DE SAN CLEMENTE

Entrevistador: Tanto Graciela como yo hicimos nuestra práctica pre-profesional de la Licenciatura en Servicio Social en los dos hospitales de la Costa, Graciela en el hospital de Santa Teresita y yo en este hospital. Lo que nos llamó la atención fue la presencia de pacientes que los llamaban sociales. Lo que estamos investigando para nuestro trabajo de Tesis es el recorrido de estos pacientes dentro de la institución desde el momento de la internación hasta su externación. Por lo que si estás de acuerdo, queremos hacerte algunas peguntas…

Entrevistado: Como no, ¿qué quieren saber?

Entrevistador: ¿Cómo llegan estas personas al hospital, cómo llegan a la internación?

Entrevistado: Y, la mayoría de los pacientes que llegan a internación son por guardia, las situaciones por las que llegan, es por la denuncia de algún vecino, o porque es un abuelo o alguna cosas así este…casi siempre entran por guardia.

Entrevistador: ¿Llegan con esta categoría de paciente social desde el momento de la internación?

Entrevistado: Por lo general se los interna por un cuadro clínico y a partir de que se empieza a trabajar con el paciente clínicamente, van surgiendo algunas cuestiones como que no tienen familia, o nadie viene a verlos, es dónde se los comienza a categorizar como sociales.

Entrevistador: ¿Estás de acuerdo con esta nominación?

Entrevistado: Si, estoy de acuerdo ya que es una forma de distinguirlos (Su tono de voz es seguro al formular la respuesta)

Entrevistador: Volviendo a la pregunta anterior ¿A partir de este momento toma intervención el Servicio Social, cuando surgen las cuestiones de las que hablabas?

Entrevistado: Sí, siempre y cuando no nos hayan pedido intervención desde guardia

Entrevistador: ¿Quiénes hacen las derivaciones al Servicio Social?

Entrevistado: La obstetra deriva muchas situaciones, pediatría, el infectólogo este… por ahí es lo que más seguimiento requiere. Por lo general hay muchas situaciones complejas dentro del transcurso del embarazo…

Entrevistador: ¿O sea que la derivación es casi siempre de los consultorios externos?

Entrevistado: De guardia nos llaman, según lo que ellos consideren que amerite la situación. A ver… este… cuando hay accidentes y demás, por lo general se lo llama al equipo de salud mental, nuestra intervención en guardia es cuando hay algún tipo de vulneración de derechos. Cuando hay un brote o alguna situación de angustia y demás por lo general lo contiene salud mental. De violencia los mandan al hospital. Nosotros no tenemos guardias pasivas en el servicio, por lo general tomamos conocimiento del caso y nos ponemos en contacto con el paciente cuando llegamos a la mañana, cuando ya está internado y nos mandan una nota para que tomemos contacto con la persona, a partir de ahí intervenimos. Cuándo es un fin de semana se complica más porque hay que esperar al día lunes que funciona el servicio. Como pasó el momento del shok hay que empezar a trabajar desde ahí.

Entrevistador: ¿Cuáles son los indicadores que se tienen en cuenta para categorizar a estas personas como pacientes sociales?

Entrevistado: Son personas que tienen algún derecho vulnerado, que no tienen familia, al menos que se haga cargo, no tienen vivienda, no tienen recursos económicos o los que tienen no son suficientes. Es decir son sociales porque sufren alguna problemática social.

Entrevistador: ¿Siempre existió esta nominación?

Entrevistado: Desde que estoy en el hospital siempre se los llamó de esa forma.

Entrevistador: ¿Cómo se realiza la internación y qué profesional es el encargado de realizarla?

Entrevistado: Como les decía, por lo general las internaciones acá se manejan por guardia o por pedido de los médicos. Al menos que sea un caso muy especial, que sea un caso muy extremo y haya otras cuestiones en el medio, eh… tiene que ser una situación muy grave o muy especial para que llamen al servicio, por lo general esas situaciones la manejan los médicos.

Entrevistador: ¿Cuáles son esos casos extremos que vos nos mencionás?

Entrevistado: Y… por ejemplo hace poco hubo un caso de una familia que le explotó una garrafa y se prendió fuego la casa en su totalidad, era una casilla, algunos miembros de la familia sufrieron quemaduras leves por lo que fueron internados, pero el resto quedó en la calle, en ese momento dieron intervención al Servicio Social. Existen otros casos a los que llamamos transitorios, se trata de personas que están en la calle y la inclemencia del tiempo, -se da en pleno invierno- hace que el hospital pueda funcionar como albergue tan solo por una o dos noches hasta que se le encuentre un lugar.

Entrevistador: ¿cómo lo maneja el servicio?

Se va a la dirección, se plantea la situación, pero son transitorios, aunque para que pueda quedarse, aunque sea una sola noche, hace falta siempre el ingreso médico. Es fundamental el ingreso médico. Porque dentro de la estructura del hospital para que pueda haber un paciente internado tiene que haber una evaluación clínica con la evolución del paciente. Si bien cuando hay alguna situación de abuso o algo de eso hay que encuadrarlo para que entre en lo médico, sumado a nuestra intervención porque ahí sí el médico tiene en cuenta el trabajo del servicio. Por ahí un paciente que entra con un cuadro médico y se empezó a trabajar con el contexto y el historial que suma a la descompensación, entonces el trabajador del servicio lo hace hasta que se soluciona el problema. Igual ellos acompañan en el trabajo pero la firma de alta la da el médico.

Entrevistador: ¿Sabés qué tiempo llevan de internados?

Entrevistado: Y… hará entre uno y dos años, hubo casos en los que estuvieron hasta su muerte.

Entrevistador: ¿Hay una sala especial destinada a los pacientes sociales?

Entrevistado: Si, existe una sala especial para los pacientes sociales, claro que la señora que está internada está en una sala común.

Entrevistador: ¿Qué profesionales intervienen durante la internación?

Entrevistado: Los Médicos clínicos, las enfermeras, nosotras y la psicóloga.

Entrevistador: En caso de que la internación se haya producido por un deterioro en el estado de salud de la persona, una vez que tiene el alta médica ¿La externación es inmediata?

Entrevistado: Algunas de las médicas de piso, cuando está en situación de alta y la persona atraviesa alguna problemática social, pide intervención al servicio. Nosotros citamos a la familia para que se presente a la institución y se haga cargo del paciente y después hay un seguimiento. Por lo general lo que hacemos es verificar si se cumple con lo acordado dentro de la internación. Que sea inmediata o no depende de que podamos lograr una contención fuera del ámbito hospitalario.

Entrevistador: ¿Cuáles son los motivos más frecuentes, más comunes por los que llegan estos pacientes?

Entrevistado: Y, mirá, hay un montón… los pacientes que hoy en día tenemos social son eh, (sic) tenemos a XX que no tiene vivienda, y tiene un historial penal y demás, como no tenía donde vivir se lo tuvo dentro del hospital, pero todo es transitorio, no tenemos un lugar permanente, así que cuando entró es para irse. Después hay otro paciente que tuvo un ACV y la familia no tiene posibilidades de tenerlo por falta de comodidades en la vivienda, por lo que se está haciendo un trabajo con la comunidad para acondicionar el lugar.

Entrevistador: ¿Cuáles son las edades promedio de estos pacientes?

Entrevistado: En general hay mucha variedad, más o menos es entre 50 y 70. Un abuelo que entra por una descompensación, un recién nacido o una embarazada, hay distintas edades. Pediatría por ejemplo como no tenemos un servicio de pediatría las internaciones son transitorias, es lo mínimo…

Entrevistador: Es decir que ¿estos pacientes quedan en guardia?

Entrevistado: En general se derivan a Mar de Ajó, si es para internación es en el hospital de Mar de Ajó.

Entrevistador: Yo recuerdo que en el 2011, de 22 camas que tenía la institución, había dos pacientes sociales…

Entrevistado: Ahora tenemos cuatro, son tres hombres y una mujer, con la misma cantidad de camas y con dos se está trabajando para externarlos…. Con Hugo se trabajo para la bajada del medidor…cuando hay un cuadro médico…se van y vuelven otra vez. Están un tiempo internados, se van, después vuelven otra vez…

Entrevistador: En el hospital de Santa Teresita, nos contaban que hay pacientes que en abril ya los internan, hasta septiembre, octubre; hasta que merme el frío y que las condiciones climáticas sean otras, los internan para que queden contenidos en los meses más desfavorables en cuanto al clima… ¿Ustedes tienen alguna estrategia similar?

Entrevistado: Acá lo que se pensó es destinar un lugar para poder contener a estas personas en la institución, actuando el hospital en casos extremos como albergue, algo así como la función que tenía el hospital en sus comienzos, aunque por ahora no se pudo llevar adelante.

Entrevistador: ¿Y no existen en San Clemente instituciones que puedan albergar a estas personas?

Entrevistado: Lo que existe es un hogar de ancianos pero se encuentra colapsado por la demanda permanente, por lo que no podríamos derivar a estos pacientes sociales.

Entrevistador: ¿Cómo crees que impacta en estas personas estar hospitalizados durante tanto tiempo?

Entrevistado: Mirá para ellos este es el mejor lugar, pero yo creo que en el fondo les gustaría estar en su casa, pero eso no es siempre posible ya que no sólo hay que conseguir la casa sino alguien que se haga cargo de ellos.

Entrevistador: ¿Cómo transcurre el día de estos pacientes durante su internación?

Entrevistador: Como el de cualquier paciente, salvo xx que es una persona que le gusta mucho leer y va todos los días a la biblioteca y xxxx que sale a visitar a un amigo.

Entrevistador: Una vez que el paciente tiene el alta médica ¿Cuáles son las acciones que realiza el servicio social?

Entrevistado: Nosotros comenzamos a trabajar desde el momento que tomamos el primer contacto con el paciente. El fortalecimiento de los vínculos familiares si es que existen, trabajo en red con otras instituciones, y fundamentalmente una vez que tiene el alta médica se deriva el caso al centro comunitario que corresponda.

Entrevistador: Agradecemos tu tiempo y toda la información que nos has brindado, cualquier duda que nos surja, ¿Tenés algún problema que nos acerquemos nuevamente?

Entrevistado: No, para nada, espero que les haya sido de ayuda….

ENTREVISTA A LA ASISTENTE SOCIAL DEL HOSPITAL DE SANTA TERESITA

Entrevistador: Tanto Mónica como yo hicimos nuestra práctica pre-profesional de la Licenciatura en Servicio Social en los dos hospitales de la Costa, Mónica en el hospital de San Clemente y yo, como vos sabes en este hospital. Lo que nos llamó la atención fue la presencia de pacientes a los que llamaban sociales. Nuestra tesis es una investigación sobre el recorrido de estas personas, nominadas "pacientes sociales", dentro de la institución desde el momento de la internación hasta su externación. Por lo que si estás de acuerdo, vamos a hacerte algunas peguntas…

Entrevistado: Si, chicas pueden hacer todas las preguntas que quieran.

Entrevistador: ¿Cómo llegan estas personas a la Institución Hospitalaria?

Entrevistado: Por lo general entran por guardia, por algún deterioro en el estado de salud o bien por algún problema social, por ejemplo por estar en situación de calle, violencia familiar, en realidad es variada la forma en que estas personas ingresan a la institución.

Entrevistador: ¿Cómo se realiza la internación y qué profesional es el encargado de realizarla?

Entrevistado: El que realiza la internación es siempre el médico, ya sea por guardia que es lo más frecuente, o en alguna oportunidad por consultorio externo, por ejemplo llega una embarazada que requiere reposo y no cuenta con ningún familiar que la asista o está en situación de calle, en esa situación el médico puede pedir la internación.

Entrevistador: ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que estas personas son internadas?

Entrevistado: Por lo general es por un problema de salud ACV, enfermedades crónicas como diabetes, EPOC, HIV, alcoholismo, situación de calle, violencia familiar, abuso, en realidad son varios los motivos. Hay casos en la temporada estival en que el paciente o la familia piden la internación aludiendo algún problema de salud, pero que en realidad es porque la familia trabaja y el paciente no tiene quien se haga cargo de su cuidado, ya que el resto de la familia aprovecha el trabajo de temporada.

Entrevistador: ¿Cuáles son los indicadores que se tienen en cuenta para categorizar a estas personas como pacientes sociales?

Entrevistado: Por estar en situación de calle o no contar con una vivienda en condiciones favorables para su estado de salud, por problemas socio-económicos, por falta de contención familiar… (Hace un silencio para pensar), bueno… creo que fundamentalmente son estos los motivos que nos llevan a rotular a estos pacientes como sociales, si son aquellas personas que por alguna razón al margen de su enfermedad se quedan internados en el hospital.

Entrevistador: ¿Siempre existió esta nominación?

Entrevistado: Si yo hace casi 20 años que trabajo en hospitales y siempre se los llamó de esa forma, "los sociales", "pacientes sociales", siempre se los llamó así.

Entrevistador: En la actualidad ¿existen personas internadas con esta nominación?

Entrevistado: Si, en este momento tenemos cuatro pacientes sociales, el año pasado fallecieron dos luego de haber estado años internados, uno de ellos estuvo más de siete años, esta es la realidad de estos pacientes, casi todos terminan sus días acá.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo llevan internados estos cuatro pacientes sociales que están internados en este momento?

Entrevistado: Hace entre uno y tres años, los más antiguos y que estuvieron acompañándonos durante tantos años ya partieron.

Entrevistador: ¿Qué edad promedio tienen?

Entrevistado: Y… el promedio estará en 60 años, por lo menos con los actuales.

Entrevistador: ¿Hay una sala especial para los pacientes sociales?

Entrevistado: Sí, sí por supuesto ha sido una modalidad desde hace muchos años.

Entrevistador: ¿Cuáles son los profesionales que intervienen en la internación de estos pacientes?

Entrevistado: El médico de guardia es el primero en intervenir, en caso de que haya ingresado por guardia, como lo hace la mayoría. Una vez que está en piso interviene el médico clínico, las enfermeras, la trabajadora social, de ser requerido la psicóloga o el psiquiatra y aquellos especialistas según la patología del paciente.

Entrevistador: ¿En qué momento toma intervención el Servicio Social?

Entrevistado: Miren según el médico que este en la guardia, ante la presunción de estar frente a un paciente social, se pide intervención al servicio, aunque generalmente es a pedido del médico de piso cuando percibe que no hay familiares que lo visiten o ante signos de abandono que presente la persona y algunas veces por no poseer documentación.

Entrevistador: Cuando nos decís que se convoca al Servicio Social porque el paciente no posee documentación ¿Esto convierte a la persona en un paciente social?

Entrevistado: No desde luego que no, a nosotras se nos convoca muchas veces cuando el paciente en general no tiene documento y nosotros se lo tramitamos. Aunque hace ya dos años entró al hospital un hombre que a pedido de la policía lo trae la ambulancia del hospital por haberlo encontrado tirado (Hace gesto de entre comillas al decir "tirado") en la playa en muy malas condiciones de salud e higiene. El hombre estaba totalmente perdido, como si hubiese perdido su memoria, después de varios meses este hombre empezó a recordar su nombre y apellido y algunas cosas de su niñez y adolescencia y lo primero que empezó a pedir fue que le consigamos su documento, porque como él decía "quiero mi documento porque sin el DNI no soy una persona", para mí fue un gran desafío conseguir ese documento, el día que se lo entregué estaba tan agradecido que me dijo "tu bebe ahora es una persona" (Se emociona hasta las lágrimas cuando nos hace este relato).

Entrevistador: ¿Esta persona sigue internado en el hospital o ya se lo ha externado?

Entrevistado: No, sigue internado es un caso muy especial está persona ha recobrado su memoria creemos que totalmente, pero él se niega o dice no recordar nada de donde vivía antes de viajar a La Costa, dice que no tiene familia. Aunque nosotros nos hemos comunicado con un hijo y una hija pero ningún familiar quiere saber de él, dicen que de un día para el otro

abandonó el trabajo, maltrató físicamente a su mamá y a ellos mismos y un día nos sacó todos los ahorros y desapareció, no quieren saber nada de él. Mientras tanto él está trabajando o colaborando como administrativo, en la iglesia católica que está cerca del hospital, y se está trabajando con los sacerdotes para buscar un lugar donde pueda ir, pero por el momento lo tenemos aquí.

Entrevistador: ¿Cómo transcurre el día de éstos pacientes durante su internación?

Entrevistado: Unos están postrados y es un día similar al de cualquier otro paciente, otros pueden salir y su actividad es muy variada uno de ellos además de ayudar a otros que están internados, tiene un trabajito en la parroquia y además está estudiando.

Entrevistador: Bien entonces, en el caso de que la internación se haya producido por un deterioro en el estado de salud de la persona, una vez que tiene el alta médica ¿La externación es inmediata?

Entrevistado: No para nada, si bien uno empieza a trabajar desde el momento que tomamos contacto con la persona, no siempre se logra llegar a la externación junto con el alta médica, de hecho como les decía hace un rato muchos de los pacientes sociales que han estado internados en el hospital han terminado aquí sus días, bien sea por no haber podido lograr el acercamiento de las redes primarias o porque no se cuenta con redes secundarias suficientes en la localidad.

Entrevistador: ¿Quién es el profesional encargado para decidir la externación?

Entrevistado: Siempre es el médico el que firma el alta médica, aunque para la externación el Servicio Social es quien determina si el paciente está en condiciones de ser externado y si se dan las condiciones de una vivienda acorde a su estado de salud y familiares o personas que se hagan responsable de continuar el tratamiento médico, en caso que se lo requiera. Aunque el alta la firma el médico siempre. Muchas veces a mi entender se entra en un "conflicto de intereses" (Hace gesto de entre comillas al decir esto) por el hecho de no pertenecer el Servicio Social al área de Salud, entonces todas las culpas recaen sobre nosotras, aunque somos las últimas en enterarnos.

Entrevistador: ¿A qué te referís con que son las últimas en enterarse?

Entrevistado: Lo que ocurre es que cuando aparecen demandas de camas el director del hospital se reúne con los médicos y empieza el apuro para dar el alta a estos "pacientes sociales" y nosotras nos oponemos y los médicos saben que tenemos razón y nos bancan en esto. El problema termina dirimiéndose en "reunión de gabinete" (Hace gesto de entre comillas al decir esto), y esto da bronca, bueno en fin……

Entrevistador: ¿Llegan con esta categoría desde el momento de la internación?

Entrevistado: No, depende muchas veces del médico o las enfermeras, los que se van dando cuenta por la falta de visitas de familiares o amigos o de documentación y ellos son quienes le preguntan al paciente sobre datos de algún familiar con quien comunicarse y es allí donde se dan cuenta que no existe vinculo familiar alguno. Es en ese momento que nosotros tomamos intervención a pedido del médico.

Entrevistador: ¿Está Ud. de acuerdo con esta nominación?

Entrevistado: No, pero ya esta naturalizado dentro del discurso médico y cuando se habla de sociales se entiende que son personas que no tienen contención familiar o no tienen recursos económicos o donde vivir, en fin muy a mi pesar siguen siendo los sociales (hace gestos con los dedos de ambas manos como encomillando "los sociales").

Entrevistador: ¿Cómo crees que impacta en estas personas estar hospitalizados durante tanto tiempo?

Entrevistado: Para algunos éste es su lugar en el mundo, lo sienten como algo propio, mientras que otros esperan ansiosos que le encontremos un lugar para irse.

Entrevistador: Una vez que el paciente tiene el alta médica ¿cuáles son las acciones que realiza el Servicio Social?

Entrevistado: Nosotros todas las acciones las realizamos mientras el paciente está internado, tratar de fortalecer vínculos si los hay, dar solución al problema de vivienda, conseguir la documentación si es que no la tiene, tramitar pensiones o jubilaciones, todas estas acciones las realizamos durante la internación del paciente, cuando se le da el alta se deriva el caso al Servicio Social del Centro Comunitario correspondiente, quienes se harán cargo del seguimiento social. En caso de requerir controles médicos o estudios periódicos relacionados con su estado de salud, entonces nosotros realizamos las actuaciones correspondientes, por ejemplo conseguir los turnos médicos o de estudios, ver qué posibilidad hay de conseguir su traslado, etc.

Entrevistador: ¿Existen instituciones que puedan albergar a estas personas?

Entrevistado: No lamentablemente no contamos en la localidad con instituciones que puedan contener a este tipo de pacientes, solo nos queda el trabajo en red.

Entrevistador: Agradecemos tu tiempo y toda la información que nos has brindado, cualquier duda que nos surja, ¿tenés algún problema que nos acerquemos nuevamente?

Entrevistado: No, para nada, espero que les haya sido de ayuda….

ENTREVISTA A LA ENFERMERA DEL HOSPITAL DE SAN CLEMENTE

Entrevistador: Gracias por permitirnos hacerle esta entrevista. Nosotras hicimos nuestra práctica pre-profesional de la Licenciatura en Servicio Social en dos hospitales de la Costa, una en este hospital y la otra en el hospital de Santa Teresita. Lo que nos llamó la atención fue la presencia de pacientes a los que llamaban sociales. Nuestra tesis es sobre el recorrido institucional de estos pacientes desde el momento de la internación hasta su externación. Por lo que sí está de acuerdo vamos a hacerle algunas peguntas al respecto.

Entrevistado: Si como no, les pido disculpas por tener que atenderlas en este lugar (la entrevista se realizó en el pasillo que da al office de médicos y enfermeras, como así también a las salas de internación).

Entrevistador: No, está bien.

Entrevistador: ¿Cómo llegan a internarse estos pacientes en la Institución Hospitalaria?

Entrevistado: Los pacientes cuando llegan entran por guardia, con una patología la mayoría. Los que tenemos ahora, la mayoría entraron por un ACV, un accidente cerebro vascular que se va tratando, se va trasladando, se van haciendo estudios, y una vez que ya pueden seguramente estar en su domicilio, ahí llega el momento de decir quién puede estar con el paciente. En realidad el paciente no ingresa como social, sino que ingresa como un paciente común con una patología, cuando ya está para mandar a su casa con un tratamiento ambulatorio no hay persona que se haga responsable o que se haga cargo. Generalmente tienen familia, todos tienen familia pero la familia no se hace cargo.

Entrevistador: ¿Cómo se realiza la internación y qué profesional es el encargado de realizarla?

Entrevistado: Ingresa por guardia, así que por lo general es el médico de guardia el que lo interna, sino lo hacen las médicas de piso y a partir de ahí empiezan con las especialidades, traumatología, rayos, clínica médica… después que ya pasó todo su período agudo, quedan como sociales y se manejan con la parte clínica el médico atiende la parte clínica…

Entrevistador: ¿Y la trabajadora social en qué momento interviene?

Entrevistado: A la Asistente Social, la médica clínica la llama, por ejemplo acá en San Clemente tenemos pacientes que no tienen DNI entonces trabajan con la Asistente Social para ver si le consiguen el D.N.I, con otros pacientes trabaja con la familia el tema de los vínculos, la falta de vivienda, también se trabaja con los psicólogos porque la familia no se hace cargo…

Entrevistador: ¿En qué momento de la internación se categorizan como sociales?

Entrevistado: Desde el momento en que el paciente ya está para dar de alta…

Entrevistador: ¿Antes no?… Supongamos que en la mitad de la internación se convoca a alguien de la familia y la familia no acude, o no hay familia, no tiene vivienda, no hay contención, no cuenta con recursos económicos ¿no se lo considera paciente social?

Entrevistado: En realidad eso lo hace enfermería que lo ve a diario, lo ve en el momento a la mañana que no viene nadie a darle el desayuno, como al mediodía no viene nadie a darle de comer, el cumpleaños no existe, entonces ahí empieza uno a darse cuente y es ahí cuando la enfermera le dice a la doctora el paciente no tiene quien le dé de comer, no tiene quien le traiga

un shampú, nosotras sabemos bien que está la familia pero no tiene intención, no tienen disponibilidad, no tienen ganas, tienen hijos, tienen esposas, a veces tienen hasta dos esposas, son familias ensambladas y ninguno se hace cargo y entra la guerra "no porque si viene ella, no vengo yo…" (Se para y pone los brazos en jarra imitando el discurso de algún familiar). Muchos hablan de abandono de persona, pero yo creo que en esta etapa aparecen las miserias humanas, como que la familia les empieza a pasar factura y se acuerdan de todas las cosas que pasaron con él, no se olvidan, es como que ahí al final de la vida, cuando el paciente más lo necesita la familia se acuerda de todo… en su mayoría a causa del alcoholismo mucho maltrato, por eso para mí no es abandono de persona, sino que hay cosas que no se olvidan…

Entrevistador: ¿Es en ese momento donde se le da intervención al trabajador social?

Entrevistado: Sí, ahí se da intervención al Servicio Social para ver si puede conseguir un lugar donde el paciente esté contenido. En este momento hay un paciente que le están haciendo una habitación para que pueda irse… en general estos pacientes en su mayoría no han tenido una vida muy saludable…

Entrevistador: ¿De dónde salen los recursos para la construcción de la habitación?

Entrevistado: Lo hace Acción Social eso. Pero los tiempos de Acción Social no son los mismos tiempos que los de los pacientes. Generalmente quedan acá y varios pacientes su final es acá. Tenemos un caso de un paciente que entró como social, aunque no voy a dar el apellido, ese entró como social porque le demolieron la casa y no tenía donde estar… Esa es una excepción, la mayoría entra por una patología. Este paciente ingresó porque no tenía donde ir. Y bueno, hubo una intervención judicial, fue algo muy embrollado, complicado… y sigue estando.

Entrevistador: ¿Él sale del hospital?

Entrevistado: Sí, el sale del hospital va y viene igual que xxxx, los otros que están no se movilizan por sus propios medios.

Entrevistador: ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que estas personas son internadas? Ya sea que hayan concurrido en forma espontánea o por derivación

Entrevistado: La mayoría son por ACV, casi siempre por alguna patología…

Entrevistador: ¿Y las edades de estos pacientes?

Entrevistado: Las edades arriba de los cincuenta, convengamos que son pacientes que no han tenido una vida muy… saludable (Hace un silencio buscando un adjetivo).

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo llevan de internados?

Entrevistado: Dos hace un año más o menos, los otros ya hace más de dos años.

Entrevistador: ¿Vos hace mucho que estás prestando servicio en el hospital?

Entrevistado: Y si, si, con vacaciones entre idas y vueltas más de veinte años.

Entrevistador: Teniendo en cuenta el tiempo que prestás servicio en el hospital, ¿desde cuándo existe la nominación de paciente social?

Entrevistado: Sociales he… (Hace un silencio para pensar la respuesta) si, pero en realidad está en discusión el tema… sociales no son para mí, pero la realidad es que siempre existieron. Mirá, yo

desde que estoy acá había una sola Asistente Social en todo el Municipio, era ella sola para todo, pero en realidad siempre existió y siempre tuvimos paciente sociales, meses, más tiempo, años…

Entrevistador: En este momento, ¿cuántos pacientes sociales hay internados?

Entrevistado: En este momento son cuatro, tres hombres y una mujer.

Entrevistador: Es altísimo el porcentaje…

Entrevistado: Sí, es altísimo, la mayoría son hombres. Los hombres están todos en una misma sala, la mujer está en otra sala con las demás pacientes.

Entrevistador: En el caso de la mujer ¿Ella tiene familia que la visite o se haga cargo?

Entrevistado: Sí tiene esposo, pero dice que él no la puede cuidar. La paciente no está para estar internada, es una paciente terminal (Paciente oncológica) pero podría mantenerse en su casa un tiempito mas, pero no hay quien se haga cargo, como te dije el esposo dice que no puede hacerse cargo, así que por eso está acá.

Entrevistador: Pero ¿Hay alguien de la familia que la visite?

Entrevistado: No, no, el hombre muy presionado le pone una persona para que la cuide, para que le dé de comer y todo eso. Es más, hay que estarlo llamando para que le venga a traer pañales y todo eso. Nosotras somos las que estamos permanentemente con los pacientes, el resto de los profesionales como el psicólogo, o algún especialista intervienen en un determinado momento de la internación, en el caso de las enfermeras, somos nosotras las que estamos siempre.

Entrevistador: ¿Cuáles son los profesionales que intervienen durante la internación además del médico clínico y ustedes las enfermeras que tienen el cuidado diario y permanentemente con ellos?

Entrevistado: Cuando ya está internado es el clínico y nosotras. El psicólogo interviene en una determinada etapa y la Asistente Social es la que supuestamente está trabajando para que estos pacientes tengan una ubicación.

Entrevistador: ¿Y se logra encontrarles un lugar o terminan acá?

Entrevistado: En este momento están todos acá...

Entrevistador: Pero ¿Es porque no hay recursos, o no hay institución que los pueda contener? ¿Qué es lo que falta?

Entrevistado: No existe ninguna institución que pueda tenerlos, pero en realidad a veces lo único que hace falta es papelerío me parece. Por ejemplo… Hacer un documento… ¿cuánto puede llevar? Por ejemplo en este momento hay dos pacientes que no tienen documentos.

Entrevistador: ¿Qué indicadores se tienen en cuenta para categorizar a estas personas como pacientes sociales?

Entrevistado: Son los que no tiene ni lugar donde ir ni personas que los contengan.

Entrevistador: ¿El alta para la externación quién la da?

Entrevistado: El médico clínico…

Entrevistador: ¿Siempre la da el médico clínico?

Entrevistado: Formalmente siempre, acá tenemos un plantel, son tres médicas de planta

Entrevistador: ¿En el caso que ingrese algún paciente por adicción, o por una denuncia de que son peligrosos para sí o para terceros permanecen en la institución y en estos casos son categorizados cómo sociales?

Entrevistado: En estos casos no sé por qué, pero salen rápido

Entrevistador: ¿Esa externación es a pedido de la familia? ¿Por qué sale rápido de acá?

Entrevistado: Porque como es una institución que no puede contener pacientes de este tipo, se lo reubica rápidamente.

Entrevistador: ¿En estos casos interviene el Servicio Social?

Entrevistado: Sí, el Servicio Social y si es un menor interviene "minoridad" (sic) y en general todo el plantel. Acá tenemos a la Licenciada Waters (psicóloga)… es la que mueve, es la que se ocupa. Inclusive se ha ocupado en cosas que por ahí no tendría que haberse ocupado por ejemplo de la externación de pacientes sociales aunque no le correspondía.

Entrevistador: ¿Cómo crees que impacta en la salud de los pacientes el permanecer hospitalizados?

Entrevistado: Depende la patología del paciente, hay algunos que se quieren quedar en el hospital, son los menos… el deseo de ellos más que irse es tener a alguien. Por ejemplo hay pacientes que tienen la familia, y si la familia en ese momento le da la comida con ganas, los pacientes comen, porque en realidad aquí el deterioro es importante, porque están sin rehabilitación, no tienen movilización la mayoría, no es este el mejor lugar para que estén. La movilización que le pueden dar es la de nosotras, es la nuestra, teniendo en cuenta que también con nosotras están menos, debido a que hay horarios de mucho movimiento en enfermería. Se los higieniza, se los baña, se los rota y así… (Da a entender que el trabajo la supera por falta de recursos humanos).

Entrevistador: ¿En algún momento estos pacientes sintieron al hospital como su hogar?

Entrevistado: Si, hay pacientes que quieren estar acá, justamente hay dos pacientes que quieren estar acá, sienten que están en su casa, tal vez no tienen grandes patologías pero el tema de la depresión, del problema familiar, o lo que sea, eh… cuando les dicen que les van a dar el alta, se descomponen y empeora su estado de salud, el tema es seguir permaneciendo en el hospital ya que lo consideran su hogar. En realidad están solos, y al menos acá están contenidos, al menos acá le importan a alguien.

Entrevistador: ¿Todos los pacientes nominados sociales son de San Clemente o pertenecen a otra localidades?

Entrevistado: No sé lo que ocurre con el hospital de Santa Teresita, pero en el caso del hospital de Mar de Ajó los derivan acá. Como Mar de Ajó es un hospital de mayor complejidad los mandan acá. Nosotros hemos tenido acá pacientes que son de Mar de Ajó.

Entrevistador: Te agradecemos por el tiempo que nos has dispensado y gracias por la información que nos resulta de gran ayuda para esta investigación…

Entrevistado: Es un gusto poder ser de ayuda, cualquier cosa saben dónde encontrarme….

ESTREVISTA A DOS ENFERMERAS DEL HOSPITAL DE SANTA TERESITA

Entrevistador: Gracias por recibirnos, que lugar tan acogedor que tienen... Bien les contamos, nosotras hicimos nuestra práctica pre-profesional de la Licenciatura en Servicio Social en los dos hospitales de la Costa, una en este hospital de Santa Teresita y la otra en el hospital de agudos de San Clemente. Lo que nos llamó la atención fue la presencia de pacientes que los llamaban sociales. Nuestra tesis, es sobre el recorrido de estos pacientes dentro de la institución desde el momento de la internación hasta su externación. Por lo que si están de acuerdo vamos a hacerles algunas peguntas ¿Tienen algún inconveniente que grabemos la entrevista?

Entrevistado: No para nada, adelante...

Entrevistador: ¿Cómo llegan estas personas, estos pacientes a la Institución?

Entrevistado: Los pacientes sociales mirá... ella hace 13 años que está, yo estoy desde hace 9 meses. Desde que yo estoy por ejemplo una de las situaciones se dio cuando se cerró el hogar de Las Toninas, entonces vinieron acá. Después otro de los casos fue por ejemplo pacientes que ya eran indigentes y alguna patología de base los acerca al hospital. Después ya no se van. Y después la otra es que son personas que tienen familia... si, pero no se hacen cargo directamente y a veces... bueno ingresan por una patología pero terminan quedándose por meses o años o hasta que a veces fallecen aquí mismo. Y quedan acá... a cargo del personal de enfermería de los médicos y es muy raro que a veces vengan la familia a visitarlos, por más que a veces el personal de servicio social haga una denuncia por abandono de persona pero no... que se yo... y ahora últimamente lo que nos está pasando es que en el hospital se ven pacientes de alta, entre ellos sociales que se los ha ubicado pero no se quieren ir del hospital directamente... (Se queda en silencio por un rato...)

Entrevistador: ¿Por qué creen que quieren quedar en el hospital?

Entrevistado: Y buscan la forma, la manera de quedarse... entre ellos están a quienes van a entrevistar, que no son gente de edad grande eh, son medianamente jóvenes y a veces por... que se yo que... como ser, acá tienen la comida, acá se les lava la ropa, tienen todo... tienen la comida... y a veces el Servicio Social les ha dado plata para que vayan a alquilar y todo y a los dos días los tenés devuelta que no, que no... como que hacen como que se descompensan... o sea Servicios Sociales tiene un gran desempeño ahora... en la parte con los pacientes sociales, que más allá que tengan una patología de base pueden estar en un lugar manteniéndose por ellos mismos si... están lúcidos, tienen posibilidades de poder estar, se pueden autovaler... (Manifiesta en su discurso la eficiencia actual del Servicio Social)

Entrevistador: En caso de las personas que se les alquila un lugar para vivir, si necesitan controles o curaciones diarias y no tienen los medios para movilizarse al hospital ¿La institución puede mandarles la ambulancia con personal de enfermería para que le hagan curaciones?

Entrevistado: Generalmente si tiene O.S. como PAMI, PAMI les da a ellos un personal que contrata propiamente PAMI para que vaya a la casa, si necesita que lo higienicen o que le administren alguna medicación o curaciones, pero si se van de alta estos pacientes no es que se van para hacer una curación y todos los días y nada... se trata de que se mantengan acá supongamos y después darle el alta, por eso Servicios Sociales trabajan eso y conjuntamente hacen... les dan un subsidio a algunos, no a todos...

Entrevistador: Bien... podrían decirnos ¿Qué profesional realiza la internación?

Entrevistado: El médico de guardia, primero ingresa por guardia, se le hace un examen clínico y si hay algo de base que tengamos que reparar se interna. Por lo general el paciente social es un paciente abandónico, tuvo una patología o algo de base y nunca se descubrió porque en realidad nunca se trató. Fue hipertenso y nunca se vio, fue EPOC y nunca se vio, siempre tiene algo de base que no fue tratado…

Entrevistador: ¿Y los que vinieron por el hogar también entraron por guardia o se realizó un trámite interno?

Entrevistado: No, fue un trámite interno

Entrevistador: ¿Actualmente hay personas del hogar internadas?

Entrevistado: No, el último murió hace 4 meses, tenía una enfermedad de base no se podía movilizar por sus propios medios… o sea fue la muerte por años también pero generalmente si… (Confuso el relato). (Se preguntan entre ellas si una persona que estuvo internado durante unos siete años y que falleció era o no del hogar). Recuerdo que también el años pasado falleció otro paciente social que estuvo mucho tiempo, entre idas y vueltas era un hombre medianamente joven pero tenía enfermedades de base… tenía epoc y tenía otra patología más y que a veces se complican y bueno…

Entrevistador: ¿Cuáles son los indicadores que para ustedes se utilizan para categorizar a una persona, como paciente social?

Entrevistado: Por lo general es aquel que aunque tengan familia no tiene nada ni a nadie que los contenga y por lo general somos nosotras las que nos damos cuenta primero de que un paciente es social, porque no viene nadie ni nadie pregunta por él. Así que le decimos al médico y este da aviso al Servicio Social.

Entrevistador: ¿Si llega a la internación alguna persona por adicciones también se las considera como pacientes sociales?

Entrevistado: Yo no los considero como sociales, hay pacientes que tienen problemas psiquiátricos o de adicciones, que tienen un contexto familiar… que vienen y dicen que no los quieren, no los pueden tener, y Servicio Social y el médico tramitan con un centro especializado su derivación. Están de tránsito acá, no es que se van a quedar… Algunos vienen con el trámite del juzgado de que son peligrosos para sí o para terceros…

Entrevistador: ¿Quién realiza el trámite de su peligrosidad tanto para sí como para terceros?

Entrevistado: Lo tramita la propia familia, como son personas de riesgo para sí mismo o para terceros justamente permanecen un tiempo acá y si las condiciones continúan, es decir el paciente continúa agravándose permanecen de igual manera, se empieza a trabajar con Servicios Sociales para que sea internado en otro lado. Lo que sí el clínico evalúa la parte clínica, si está bien interviene psiquiatría, el CPA o sea otros organismos…

Entrevistador: ¿Cómo transcurre el día de estos pacientes durante su internación?

Entrevistado: Como todos los pacientes al menos los que por algún motivo están con alguna dificultad motriz. Ahora los que pueden movilizarse hacen una vida social dentro y fuera del hospital, por ejemplo XXX que está actualmente internado, trabaja en la parroquia de mañana y de tarde va a la biblioteca y estudia.

Entrevistador: ¿Cuántos pacientes sociales hay internados en la actualidad?

Entrevistado: En la actualidad tenemos cuatro uno va y viene, hemos llegado a tener seis y hasta siete.

Entrevistador: ¿Cuál es la edad promedio de estos pacientes?

Entrevistado: Están entre 50 y 70 años

Entrevistador: ¿Qué tiempo llevan de internados estos pacientes?

Entrevistado: Todos hace más de un año que están, otros dos años y uno de ellos más de dos años

Entrevistador: ¿Siempre existió esta nominación de pacientes sociales?

Entrevistado: Antes eh… yo hace 13 años que trabajo acá y siempre hemos tenido pacientes sociales, pero por ahí llegaba un caso muy esporádicamente. Esto más o menos hace 3 años 4 años como que se está dando mucho más todavía, porque la propia familia eh como ve que no los puede tener porque a veces algunos abuelos tienen Alzheimer o algunas cosas y deciden… quieren internarlos porque no los pueden controlar, se sienten, es como que en la parte de contención de la familia no, como que antes que se yo digo no… quedaba en la casa y si tenían algo y bueno toda la familia estaba ahí no, para contenerlo, ahora es como que eso no existe, porque la mayoría del grupo familiar trabaja, entonces por eso mismo por ahí eso es como que fue aumentando en el tiempo, y también aumentaron el hecho de que muchos abuelos son internados en los hogares que antes no existía. Por ahí hablamos de la atención domiciliaria, pero tampoco la quieren, quieren estar acá en el hospital (Acompaña a su relato gestos de desaprobación y dolor por los cambios que se han producido dentro del seno familiar)

Entrevistador: ¿Ustedes están de acuerdo con ésta denominación?

Entrevistado: Y sí… Uno ya se acostumbró a esta denominación

Entrevistador: ¿Ustedes creen que algunos sienten al hospital como su lugar de pertenencia?

Entrevistado: Sí, de hecho teníamos a una paciente psiquiátrica que estaba dada de alta pero su contexto social no le permitía volver. Porque la madre también tiene una patología de base. El fin de semana se fue con la madre, pero al día siguiente volvió al hospital porque quería darle de comer a una abuelita que estaba internada y que siempre le daba de comer y tenía miedo que no le den de comer. Te vas dando cuenta de que se sienten más contenidos acá que en la propia familia porque también está la agresividad hacia esa persona, no… no solamente verbal sino también física, ¿Entendés? y si por ahí viene solo el abuelo dice, no le avisen a mi hija entonces eh… y vemos cosas que realmente no son lindas y bueno… entonces a veces decís la verdad que nos pone, nos enoja mucho la situación esa no… porque los abuelos no merecen eso y bueno… (Se la ve muy angustiada durante el relato).

Entrevistador: ¿Los pacientes que están en condiciones de ser externados tienen alguna ocupación dentro de la institución hospitalaria?

Entrevistado: Sí, mismo a veces se trata de pacientes que están desde hace ya mucho tiempo dentro de la institución, tenga otra manera de poder eh… encarar por ejemplo que se yo si puede movilizarse por sus propios medios… decís bueno andá, a veces te piden de visitar a

otro abuelo, los cuidan, cumplen esa función porque algunos deambulan y como que no quieren estar mucho tiempo en cama.

Entrevistador: ¿Las personas que están en estas condiciones, están autorizadas a pasar un fin de semana o un día en casa de algún familiar o amigo?

Entrevistado: Ahora se estaba replanteando que los internados que llevan mucho tiempo, que pasen las fiestas en su casa y que vuelvan. Yo le comentaba el otro día al doctor García… "se acuerda de aquella señora que era cocinera, diabética, que la familia la quería internar y se la pasaba acá, la llevaron a la casa para que pase Navidad y la dejaron debajo del árbol. Se emborracharon todos, la dejaron y al otro día estaba la viejita con su silla abajo del árbol". Irene era una paciente diabética que ves el contexto y en realidad… la misma familia más allá de que ehhhh era conflictiva y venía y hacía conflicto a la institución como que nosotros maltratábamos a la mamá cuando realmente era al revés, es una proyección y… las veces que… ese día la llevaron a la casa para pasar las fiestas y la dejaron abajo de un árbol, la señora quedó toda la noche en silla de ruedas, se emborracharon todos y le dejaron un colchón tirado para que ella se pasara, ella tenía amputada las dos piernas eh y la trajeron sucia, es como que después hicieron como una denuncia que nosotros habíamos hecho como un tipo de abandono de persona… o sea… (Acompaña sus dichos con gestos y tono de bronca)

Entrevistador: Mirá cómo te tenés que cuidar…

Entrevistado: Sí, hasta para decir hola a veces nos tenemos que cuidar. A nosotros lo único que nos interesa es resguardar al paciente, más allá de que por ahí la familia misma sea conflictiva creo que los que trabajamos acá lo que más nos interesa es resguardar al paciente, y por qué a nosotros nos afecta más allá de que puede ser un familiar nuestro, lo tratamos así como si fuera un familiar nuestro, pero no lo es… entonces a veces nos ponemos y decimos pobre abuelo por qué tiene que pasar eso (Gestos de ternura). Porque eso es lo que está pasando ahora. Eh… aumentó los abuelos viven solos la mayoría… si… antes que se yo, si vos tenías a tu mamá o a tu papá te lo llevabas a vivir atrás digamos… ¿no? Ahora no, viven en Buenos Aires o en España donde sea y el abuelo vive acá, los dos, porque encima viven solos y ya te preocupás por el abuelo que está internado y por la esposa o la que sea… la otra persona que está también, porque también tiene esa parte ¿viste? (Se conmueve mucho al hablar del tema).

Entrevistador: Vos nos decías que ahora se está tratando que los pacientes puedan salir para pasar las fiestas con su familia…

Entrevistado: No, no se habló nada más…

Entrevistador: ¿De dónde viene esta propuesta del Servicio Social?

Entrevistado: No, no, no, lo hablamos con el doctor García y justo estaban las otras enfermeras entonces decíamos que estaría bueno ahora que vienen las fiestas que vayan y pasen el día y ahí es donde comenté… ¿Se acuerda de esa señora que se fue con la familia?... Y si, él nos decía tienen que ver el contexto de cada familia en realidad… ¿Por qué está acá?…

Entrevistador: Claro… Por eso sería importante la intervención del Servicio Social, que es el indicado para trabajar los vínculos.

Entrevistado: Dejalo acá que la va a pasar mejor (interviene la otra enfermera). Tienen que ver eso también puede volver a pasar... por eso primero hay que hablarlo con la familia y ver bien que pasa… no como ha pasado ciertas situaciones, pero bueno…eh… es lo que realmente últimamente está pasando… (Vuelve sobre sus propias palabras, como manifestando su propio

deseo de que lo pasen en familia, pero a la vez con el temor de que se repita la misma situación).

Entrevistador: ¿Cómo creen ustedes que impacta sobre la persona la internación, creen que les gustaría estar con la familia?

Entrevistado: Algunos sí, algunos pacientes se sienten mejor contenidos dentro de la institución y… igual fíjate la familia Ferro, volvió al otro día pero seguía preguntando por la madre… ¿Nadie me vino a ver? ¿Nadie me trajo nada? Otro caso fue el de una abuela que ahora está en el hogar, por ejemplo deambulaba en todas las habitaciones buscando a su hijo, y eso…

Entrevistador: ¿En qué hogar Paz y Bien?

Entrevistado: Sí… y por ahí a todos nos invitaba a su casa, y más allá de eso es lo que le pasa al abuelo porque extraña, porque extraña a su familia, por más que no sé, no sé si a nivel intelectual no esté lúcido, sabe internamente que esa familia no está acá, y la busca. Nosotros… por ejemplo un paciente que no se quería ir, no se quería ir pero estaba esperando que alguien lo venga a ver… era un muchacho joven…Se quería quedar…

Entrevistador: ¿Además del médico, las enfermeras y el Servicio Social, los psicólogos también trabajan con los pacientes?

Entrevistado: Se hacen llamado a los psicólogos, no vienen con frecuencia pero… Por ahí posiblemente en algunos casos específicos si el médico lo solita vienen. Pereyra que en un momento se puso agresivo con las enfermeras se lo solicitó y bajó

Entrevistador: O sea que cuando están en crisis y el médico lo pide, intervienen… ¿Es decir que los que siempre intervienen son el médico y las enfermeras, nadie más?…

Entrevistado: El Servicio Social también, si el clínico pide una intervención con la nutricionista, se solicita que el Servicio Social haga un seguimiento.

Entrevistador: ¿Desde qué momento consideran ustedes que aparece la nominación de paciente social?

Entrevistado: Primero mira su patología el médico, después el contexto, pero en realidad siempre la patología por ejemplo un paciente ingresó por problemas respiratorios, pero ya venía abandónico el hombre, venía con mugre fea, y todo lo demás. Después se vio el contexto y empezaron a aparecer familiares que vos decías ¿De dónde son?, una cuidadora, y todos pidiendo el carnet de PAMI, la fecha de cobro… Es en ese momento que se da intervención al Servicio Social, pero lo que quiero rescatar es que por ejemplo, antes Servicio Social no trabajaba muy bien junto con nuestro servicio y ahora ni bien se ve, o nosotros mismos vemos que el paciente ya es social, llamamos a la Asistente Social para que intervenga en el momento…

Entrevistador: ¿Una vez que está el alta médica, quién hace la externación del paciente?

Entrevistado: El médico

Entrevistador: ¿Siempre es así?

Entrevistado: Es decir que más allá que el médico le dé el alta, la asistente social habla con el médico, que a veces va a ver un poco de… claro, pero por eso es que se trata siempre de buscar la solución antes de externarlo. Por ejemplo, hubo un joven, que tenía una patología pero estaba controlado, pero bueno eh… aparte era vivo porque lo estabilizaban y cuando ya

sabía que estaba dado de alta se iba al quiosco y se mandaba una comilona..., era un tipo joven de unos 44 años, pero está queriendo volver... queriendo volver.

Entrevistador: Ahora tenemos que entrevistar a dos personas que nos sugirió el Dr. García ¿Podríamos hacerlo ahora?

Entrevistado: ¿A quién les sugirió?

Entrevistador: A XX y a XXXX

Entrevistado: Sí, están todos en la misma habitación, pero XX se va a la biblioteca o a la iglesia... Hay otros en cambio que se quedaban abajo, algunos se han ido un par de veces... Recuerdo un día que a una paciente la buscábamos, Ferro, Ferro, y se había ido a la playa viste, la ambulancia la paró y volvió... le preguntábamos ¿Por qué te fuiste? Y ella nos dijo necesitaba un respiro...

Entrevistador: ¿Creen que sería una buena propuesta que estos pacientes tengan un lugar, un espacio verde dentro de la institución donde poder "tomar un respiro"?

Entrevistado: Y nosotros también lo hablamos, yo lo veo de ese punto que también se necesita un lugar como decís un jardín, tiene que ver lo que es la vista desde la habitación.

Entrevistador: ¿Hay una sala que esté destinada exclusivamente a pacientes sociales?

Entrevistado: Y si, tratamos de que estén todos juntos en la primera habitación, uno, dos, tres, cuatro, o sea que cuatro camas ya están destinadas a ellos

Entrevistador: ¿Y si entra otro con otra patología?

Entrevistado: Vemos si podemos meter otra cama sino se destinan dos salas. Eso es para hombres, porque a veces también hemos tenido mujeres, las que están separadas de ellos por supuesto.

Entrevistador: ¿Bueno, les parece que hagamos un recorrido a las preguntas por si nos quedó algo? ¿Cuáles son los indicadores que tienen en cuenta para categorizarlos a esas personas como pacientes sociales?

Entrevistado: La mayoría de los abuelos que ingresan o las personas jóvenes que ingresan, son porque viven solos y por ejemplo, si han vivido solos hasta que ingresan o hay familia y lo están cuidando en la casa, entonces llaman porque no pueden mantenerse solos, y después ya queda el trabajo social porque no pueden mantenerse solos, y la otra es porque la familia misma solicita la internación. Más allá de ser social no es social porque no tiene a nadie. A veces hay pacientes que tienen familia...

Entrevistador: Bueno desde ya te agradecemos mucho el tiempo que nos han dedicado, nos ha sido de gran importancia la información que nos han aportado en esta entrevista...

Entrevistado: No por nada chicas, cualquier otra cosa que necesiten saben en el horario que nos pueden encontrar en el hospital...

ENTREVISTA A LA MÉDICA DE PISO DEL HOSPITAL DE SAN CLEMENTE

Entrevistador: Tanto Graciela como yo hicimos nuestra práctica pre-profesional de la Lic. En Servicio Social en los dos hospitales de la Costa, Graciela en el hospital de Santa Teresita y yo en este hospital.

Doctora: Si… me acuerdo de vos…

Entrevistador: Estaba haciendo la práctica, fue en el 2011, el último año de cursar la carrera, ahora estamos terminando nuestra tesis y estamos investigando sobre el recorrido de los pacientes que teniendo el alta médica siguen estando internados. ¿Podemos hacerte algunas preguntas?

Doctora: Si, como no…

Entrevistador: ¿Cómo llegan estas personas a la internación?

Doctora: En la mayoría de los casos ingresan por un desmejoramiento en su salud, ingresan por guardia, se los evalúa, y si están padeciendo alguna enfermedad que necesite de cuidados médicos, o tratamientos que no se pueden realizar de forma ambulatoria el médico de guardia decide su internación. Casi siempre son acompañados por un familiar, si es que lo tienen, o por algún vecino, es raro que vengan solos…Siempre existe el buen vecino que primero lo visita en el domicilio, trata de acompañar y cuándo el desmejoramiento es mayor , o bien llaman a urgencias o lo traen ellos mismos.

Entrevistador: ¿Es decir que en todos los casos son acompañados por alguien, un familiar o un vecino…?

Doctora: Nos ha sucedido hace mas o menos dos años atrás mmm… la patrulla policial trajo a un hombre que lo encuentran en la Avenida San Martín, estaba alcoholizado, en muy malas condiciones de higiene y por supuesto ni podía caminar. Pleno invierno, fue en el mes de julio, agosto. Cuando ingresa por guardia es atendido por el médico y lo dejó esa noche en observación. Al otro día se le hicieron exámenes de rutina y descubrieron que era diabético, tenía los niveles de glucosa muy altos, y no tomaba ninguna medicación. Por supuesto quedó internado…

Entrevistador: ¿Fue internado directamente al piso?

Doctora: No, quedó en guardia la primer noche, al otro día el médico de guardia lo mandó al piso

Entrevistador: ¿Tenía familiares?

Doctora: Recuerdo que nos había comentado que se había quedado sin trabajo y hacía varios días que estaba en la calle, que su familia estaba en Lomas de Zamora pero que hacía mucho que no los veía. Son casos que no se dan todos los días, pero… se dan a veces.

Entrevistador: ¿El Servicio Social tomó intervención en el caso?

Doctora: Si, si desde el primer día que quedó internado se le dio intervención al Servicio Social, los sociales se derivan a la Asistente… se trabajó con los vínculos para lograr la externación… cuando le dimos el alta se fue a vivir con su hija…

Entrevistador: ¿Su hija era de San Clemente?

Doctora: No, no era de acá su hija, el paciente tenía una historia bastante complicada, pero se trabajó mucho con este paciente… espero que siga estando con su familia… (silencio)

Entrevistador: Bien o sea que en estos casos interviene el servicio social… y la internación ¿cómo se realiza y quién es el profesional encargado de internarlo?

Doctora: Como les comentaba casi siempre el ingreso es por la guardia, es raro que lleguen en un estado de pulcritud, así que se lo higieniza, y se comienza con una serie de estudios para poder evaluarlo. Si el caso está complicado, porque además del cuadro clínico con el que ingresa no hay un familiar que se haga cargo en el domicilio donde vive, se lo manda al piso directamente… el que hace la internación es el médico de guardia. Ya ahí es la Asistente Social la que se encarga de la parte social, no se olviden que no hay camas suficientes… nosotros resolvemos lo clínico, el abordaje de lo social lo trabaja la Asistente… Siempre se apunta a que una vez que esté en condiciones clínicas del alta que pueda externarse… a veces se logra y a veces pasan años o porque no hay una familia o sí la hay pero no existe contención alguna…

Entrevistador: ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que se interna a estas personas?

Doctora: Se trata de personas que han cuidado muy poco su salud, por lo que tienen una salud muy frágil, llegan con enfermedades crónicas que nunca han sido tratadas por un médico, así que cuando llegan no se los interna por un solo motivo.

Entrevistador: Por lo que nos contás las causas más frecuentes, aparte de lo clínico es que no tienen familia o la familia no se hace cargo…o tienen serios problemas económicos, o falta de vivienda…

Doctora: Si, es verdad, pero también hay pacientes que tienen una salud frágil y están solos, algunos tienen una vivienda y están en condiciones de vivir solos, otros no la tienen pero se les ha conseguido un lugar para que vivan. Si tiene el alta médica, aunque tenga que seguir con los controles y son responsables de su salud se los externa, entonces se le pide a la Asistente Social que haga un seguimiento del paciente.

Entrevistador: ¿En este momento hay internado algún paciente social?

Doctora: Si, en este momento hay internados cuatro pacientes sociales, tres hombres y una mujer, en todos los casos tienen familia pero están distanciados o no se los ha podido ubicar o no se comprometen. Hubo casos que han estado años y fallecieron acá… algunos sufrieron un ACV y no se conectan con el resto de los pacientes, tenemos un caso con esas características y otros tienen el alta médica pero no se los externa porque en realidad no tienen familia y si la tienen están distanciados entonces no tienen dónde ir, acá no hay instituciones que contengan a este tipo de personas… entonces siguen acá, el hospital es su hogar.

Entrevistador: ¿Llevan mucho tiempo de internados estos pacientes a los que hacés referencia?

Doctora: Todos superan el año, el que tuvo el ACV hace dos años o un poco mas…

Entrevistador: ¿cuáles son las edades promedio de estos pacientes?

Doctora: Todos tienen más de 50 años, los que superan esa edad son viudos o separados, por eso no tienen quien los cuide…

Entrevistador: ¿El paciente con ACV no tiene esposa, hijos, algún familiar?

Doctora: El paciente es viudo, luego de la muerte de su mujer, no pasó ni dos meses que fue internado por el ACV, hacía varios años que habían venido a San Clemente buscando tranquilidad (suspiro).

Entrevistador: ¿Entonces cuáles son los indicadores que se tienen en cuenta para categorizar a estas personas como pacientes sociales?

Doctora: Mayormente tienen serios problemas económicos, falta de familiares que se hagan cargo, a veces no tienen vivienda y si la tienen no es una vivienda digna que tenga las condiciones óptimas que requiere su recuperación, en fin los indicadores son variados… pueden ser externados una vez que se hizo todo lo posible para su recuperación clínica, pero en lo social no están en condiciones, por eso siguen acá… estos pacientes durante su internación:

Entrevistador: ¿Cómo transcurre el día de estos pacientes durante su internación?

Doctora: Aquellos que deambulan salen de la institución, ayudan al mantenimiento del jardín, le dan de comer a otros pacientes, leen, en fin tratan de pasar el día… los otros llevan una internación como la de cualquier otro paciente.

Entrevistador: ¿Existe una sala de internación destinada a estos pacientes?

Doctora: Si, existe una sala donde se interna a estos pacientes, aunque en caso de que sea una mujer, como el caso que tenemos en la actualidad, va a sala común.

Entrevistador: ¿Siempre existió esta denominación de paciente social? Y ¿estás de acuerdo con esa denominación?

Doctora: Si, siempre existió… y en realidad es una forma de identificarlos…

Entrevistador: ¿Cuáles son los profesionales que intervienen durante la internación de estos pacientes?

Doctora: Y… una vez internados en piso son los médicos, enfermeras, y bueno la Asistente Social. También en algunos casos interviene el psicólogo y otras especialidades que requiera el caso.

Entrevistador: En caso de que la internación se haya producido por un deterioro en el estado de salud de la persona, una vez que tiene el alta médica como se realiza la externación y quien es el profesional responsable de dar el alta hospitalaria.

Doctora: Si tiene el alta médica, la externación la decide el médico, siempre somos nosotros los que tenemos por así decir la última palabra, somos los responsables. Trabajamos en estos casos con la Asistente, se trata de hacer un trabajo en equipo, pero el responsable de que sea externado es el médico…

Entrevistador: ¿Cuál es la respuesta que deben dar las instituciones hospitalarias ante estas situaciones?

Doctora: Como les dije trabajamos en equipo, la respuesta desde lo clínico es mejorar la salud del paciente, las camas están destinadas para trauma… desde lo social es tratar que la persona que es dada de alta tenga todas las condiciones aseguradas de vivienda, económicas y de contención. Hay casos que requieren el cuidado permanente por su cronicidad. Esto lo trabaja la Asistente. No nos olvidemos que la prioridad es la atención a los enfermos y las camas no son suficientes, por eso el Servicio Social trabaja para que se den las condiciones para externación de los sociales.

Entrevistador: ¿Cómo crees que impacta en estas personas permanecer hospitalizados?

Doctora: Tiene que ver con cuál sea el caso, los que no tienen familia, en el hospital encuentra contención, cuidado, afecto. Tienen comida todos los días, los higienizan, los escuchan, en fin… pero no dejan de ser dependientes de la institución, no creo que sea lo óptimo, pero mientras tanto acá están contenidos y cuidados.

Entrevistador: ¿Existe alguna institución en la zona que pueda contenerlos?

Doctora: No, lamentablemente no existe ninguna… solo tenemos en la localidad un hogar de ancianos pero no se admiten ingresos por encontrarse superado de internos.

Entrevistador: Estos pacientes que permanecen pero tienen el alta médica ¿Se socializan?

Doctora: Los sociales que pueden deambular, se socializan, tienen una vida social dentro y fuera de los muros. En este momento hay dos pacientes que ayudan en el mantenimiento, cortan el pasto, hacen algunos arreglos, y a ellos les hace muy bien sentirse útil. Nos ayudan con los otros pacientes que no pueden valerse por sí mismos, y además por la mañana uno de ellos suele ir a la biblioteca, le encanta la lectura… y… es una forma de pasar el tiempo, el otro va casi todos los días a visitar a su amigo…

Entrevistador: Bueno doc, nos fuiste de gran ayuda, gracias por tu tiempo y por toda la información que nos diste…

Doctora: Por nada chicas, si necesitan algo más me avisan… Suerte con la tesis…

ENTREVISTA AL MÉDICO DE PISO DEL HOSPITAL DE SANTA TERESITA

Entrevistador: Nosotras hicimos nuestra práctica pre-profesional de la Licenciatura en Servicio Social, en dos hospitales de la Costa, Mónica en el hospital de San Clemente y yo en este hospital. Lo que nos llamó la atención fue la presencia de pacientes que llamaban sociales. Nuestra tesis, es una investigación sobre el recorrido de estos pacientes dentro de la institución, desde el momento de la internación hasta su externación. Si le parece bien le vamos a hacerle algunas peguntas.

Doctor: Bien, bien…

Entrevistador: ¿Cómo llegan estas personas a la internación?

Doctor: Hay mucha gente que vive sola y que llega sola o llega acompañada. Hay personas que han venido con sus parejas siendo ya mayores en busca de tranquilidad. Uno fallece y el otro queda solo. El que queda solo, a veces tiene el apoyo de la familia, a veces no lo tiene. A veces se encierra en su mundo cada vez más chiquitito y llega un momento en que alguien lo encuentra. Digamos… en su casa, en muy malas condiciones de higiene, de cuidado personal y todo lo demás. A veces tienen O.S. y a veces no la tienen. Cuando tienen O.S. en líneas generales PAMI, está trabajando bastante bien en ese sentido, y logramos ubicarlos en algún lugar. O sea, nosotros lo mantenemos dentro del hospital, lo contenemos, lo afeitamos, le damos medicación. Lo levantamos hasta donde podemos y la Asistente Social del hospital, si no tiene familiares se conecta con la Asistente Social de PAMI para encontrarles un lugar.

Entrevistador: La internación ¿cómo se realiza y quién es el profesional encargado de internarlo?

Doctor: Entra al hospital por guardia. Llega cagado, meado, sucio, deshidratado, adelgazado. Es decir con signos de deshidratación, adelgazamiento, síndrome de repercusión general… ¿si? Se lo trata de acomodar un poquitito y lo suben al piso. Y, dentro del piso están las dos cosas. Por un lado el tratamiento de su deterioro hasta donde se puede y por otro lado la contención y apuntar a ver dónde va a estar. Porque la verdad, el hospital tiene muy pocas camas y ni bien se encuentre en condiciones deberíamos externarlo. Esto sería para el paciente que tiene O.S.

Entrevistador: Es decir que la causa más frecuente es que no tienen un familiar que se haga cargo

Doctor: Por ejemplo, ahora tenemos 4 pacientes sociales que, o no tienen familiares o no los ubican. Ahí apareció un familiar de uno de ellos. Uno que entró porque había perdido la memoria, ni el nombre se acordaba. Y logramos despacito, con el ADN y con la foto junto con la comisaría saber de dónde era. Ahora sabemos cómo se llama, a que se dedicaba…

Entrevistador: ¿El Servicio Social fue el encargado de trabajar con esta persona?

Doctor: Lo trabajó el Servicio Social y el Juzgado de Paz tuvo que impartir el oficio a la comisaría para difundir la foto. Fue encontrado saliendo del agua. Estaba vestido, mojado, suponemos que el tipo se quiso ahogar. En realidad estaba deprimido, ahora vos lo ves estudiando, tratando de recordar. El tipo era contador o algo por el estilo, el deterioro lo llevó a eso, tienen que ver el cambio lo conectamos con la iglesia primero, ahora tiene en la computadora como 10 páginas de internet…

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo lleva internado en la institución?

Doctor: Yo creo que va para el año o más… Están años, el caso de Nico un paciente que estuvo años… fue uno de nuestros fracasos. Abel fue otro de nuestros fracasos, estaba en el hogar de Las Toninas y lo mandaron para acá y permaneció acá hasta que se murió. Por eso, los que no tienen

O.S. terminan acá hasta el día que se mueren. Los que tienen O.S., PAMI sobre todo. Porque los que tienen PROFE o no tienen O.S. no tienen más remedio que terminar acá sus días. PROFE les provee los medicamentos que pueden y ayudan como pueden pero sería un PAMI pobre.

Entrevistador: Durante la práctica usted nos decía que lo seguían conmoviendo estos casos.

Doctor: Estoy despojado de todo, lo mío es una apreciación personal, son mis vivencias, esto no es política ni ideología. Es mi vivencia personal y el modo de ver la realidad. Quiero decir que no soy el dueño de la verdad ni mucho menos, Algunos tendrán cómo refutar algunas cosas que yo digo, Yo no digo otra cosa que lo que creo y estoy convencido de lo que digo y estoy despojado de todo.

Entrevistador: Doctor ¿Cuáles son las edades promedio de estos pacientes?

Doctor: Entre 60 y 70 años, casi siempre cuando se empiezan a quedar solos…

Entrevistador: Recuerdo una anécdota que usted nos comentaba sobre un paciente que usted lo internaba más o menos en abril, porque tenía problemas respiratorios con neumonías repetidas y le daba el alta en el mes de setiembre.

Doctor: Ah sí, era HY él no tenía familiares. Era un paciente HIV, que tenía un EPOC crónico. Si, si, lo teníamos acá, y es más él mismo se internaba. Igualmente esto no lo hago solamente con los pacientes sociales, yo siempre me fijo en los pacientes… es importante la contención alrededor de los pacientes… Por eso yo le digo a la Asistente Social… andá y fíjate dónde vive, con quién vive, quién se va a hacer cargo de que coma, de darle la medicación. También están los pacientes sociales parciales, son aquellos que vuelven cada 15 días. Por eso a veces me peleo con los otros médicos, no es que me peleo, porque tenemos una muy buena relación con la otra doctora y con el director… pero sí discutimos cuando se le quiere dar el alta, y yo les digo, miren, si a este paciente le das el alta, lo externamos y en 15 días lo tenés otra vez acá y te va a costar mucho más levantarlo. Los otros pacientes sociales parciales son los que… por condiciones de La Costa, en enero y febrero la familia tiene que trabajar, tiene que aprovechar de hacer un mango…

Entrevistador: ¿Cómo es eso?

Doctor: Desde el mes de diciembre y en enero y febrero hacen fuerza para que se los interne vivimos peleándonos hasta que se los interna. En diciembre empiezan a aparecer pacientes que tienen una enfermedad crónica, que está en la casa, pero nadie se va a ocupar del viejo porque tienen que trabajar y en la Costa no hay una contención, un geriátrico que es una de las deudas de cualquiera que haya estado en el gobierno. En muchos lugares, normalmente en pueblos chicos tienen un lugar reservado para los ancianos del lugar, está bien, son lugares chicos que tienen menos habitantes. Por ejemplo en Tandil, estaba un hogar de ancianos. Tenían un lugar donde estaban las monjas, era estatal, no garpaban y se ocupaban ellos. El Municipio se hacía cargo de los viejos. Acá no tenés eso, y cuándo estaba lo manejaban mal y así terminaron…

Entrevistador: Doctor ¿todos los profesionales del hospital tienen su misma mirada con respecto a estos pacientes?

Doctor: Jajaja!!! Y… están también los viejos dinosaurios…

Entrevistador: ¿Viene la familia para ver si se puede dejar internado?

Doctor: Por ejemplo la familia tiene un viejo con una úlcera crónica en el pie… viene por la úlcera, lo traen para que se cure la úlcera, pero en realidad no es para que se cure la úlcera, y digamos en

una especie de diálogo, yo sabiendo qué es lo que quieren hacer y ellos sabiendo lo que quieren hacer, ellos mintiéndome a mí y yo dejándome mentir, llegamos como se diría a un acuerdo.

Entrevistador: ¿En la guardia siempre están los mismos médicos o cambian seguido?

Doctor: Desgraciadamente los médicos de guardia duran lo que un suspiro, hay una sóla médica que hace años que está. Habitualmente llegan por guardia y lo mandan para arriba, y está bien… a veces lo mandan de vuelta al lugar donde estaba, o sea de nuevo para la casa. Ese paciente luego cae. Es decir revota 2, 3, 4, 5, 10 veces, 20 veces en la guardia, y después terminan internándolo, llega un momento que por más jodido que seas, no podés dejar así a un paciente…

Entrevistador: ¿Lo hacen por falta de camas?

Doctor: No, lo hacen de jodidos que son nomás, aparte son pacientes que no dan demasiado trabajo, es una pena… En temporada no hay operaciones programadas. Está todo preparado para el quilombo del verano, entonces si a vos te tienen que operar de la vesícula no se hace, hay que esperar. Enero y febrero se atienden apendicitis, poli-traumas, que no está mal pero, hay muchas cosas que tienen que esperar, en temporada es muy diferente. (Suena el celular del doctor)…

Entrevistador: Esta nominación de paciente social… ¿de dónde viene? ¿Siempre existió esta forma de llamarlos?

Doctor: Por ejemplo Nora Vázquez de PAMI (Santa Teresita) nos dice, no pongan ni intervención, ni pacientes sociales. En realidad yo siempre escuché que se llamaran así. No es algo usual fuera de las instituciones hospitalarias, a estos pacientes de otros lados los sacan afuera de los fundillos.

Entrevistador: ¿Considera que es elevado el número de pacientes sociales que hay en el hospital?

Doctor: A ver, acá en Santa Teresita, el hospital se convirtió en un hospital para pacientes sociales, porque en Mar de Ajó hay más complejidad, entonces no podés tener las camas reservadas para trauma ocupadas por un paciente social. Por lo que si hay alguno, lo derivan para acá, sobre todo si lo han internado por algo y después descubren que no tiene familia o contención. Se agregaron dos camas más en el piso y otro tanto en la guardia, porque se hizo convenio con PAMI.

Entrevistador: En el 2011 cuando hice mi práctica había 22 camas.

Doctor: En éste momento acá hay cuatro pacientes sociales, y hemos llegado a tener seis en el mismo momento. Así que estamos con un promedio de casi un 20%

Entrevistador: ¿Nos decía que se hizo un convenio con PAMI?

Doctor: Si, abajo hay más camas de internación, yo estuve al igual que con PAMI, en desacuerdo con eso; creo que no es lógico que el que está al lado esté cagado y a cincuenta centímetros el otro se tiene que comer eso. No me parece que sea digno, ya de por si es poco digno lo que le damos a los pacientes. Es poco digno el hecho de padecer una enfermedad crónica, es poca la muerte digna, y encima tienen que sufrir este tipo de situaciones, pero bue. Creo que el surgimiento de pacientes es fundamentalmente porque no existe contención en otro lado. Antes a estos pacientes se los repartía en la iglesia, porque la iglesia estaba abierta las 24 hs.

Entrevistador: ¿Además de la falta de contención familiar y de vivienda existe otro tipo de personas que son internados como pacientes sociales?

Doctor: Si, y también tuvimos internados a pacientes, que en el caso de ser jóvenes tiene que ver, con la violencia de género y con la falta de contención. Los padres van al Juzgado de Paz o a la

comisaría. Alguien que sea peligroso para sí o para terceros y llegan al hospital por oficio judicial. A veces es por problema de adicciones, el paciente viene para acá. Imaginate que viene mal, dado vuelta, excitado y se lo trata acá. Mientras que lo vas calmando vas buscando el lugar para internarlo en otro lado. Alguna granja, lo que sea, pero cuando están bien vuelven para la casa…

Entrevistador: ¿Qué profesional es el encargado de realizar la internación?

Doctor: En general el encargado es el médico de guardia. En líneas generales de la guardia se lo pasa al piso, y ya arriba empieza a ocuparse el servicio, clínica y Servicio Social.

Entrevistador: ¿Una vez que está en el piso toma contacto el Servicio Social?

Doctor: En la guardia está muy poco tiempo. Más que nada está para cepillarlo y bañarlo, para subirlo ya con lo mínimo indispensable hecho.

Entrevistador: ¿Cuáles son los indicadores para categorizar a estos pacientes como sociales?

Doctor: Falta de contención familiar, no siempre es por causa de dinero. Hay pacientes que cobran pensiones. Recuerdo una rubia que se fue con uno de los pacientes, ella decía, yo me caso con vos como le queda poco para morir… y se fue con el tipo…

Entrevistador: ¿Quién es el profesional que realiza el alta para externarlos?

Doctor: Yo lo que pongo es que el paciente está en condiciones de externación, eso es para cualquier paciente, porque después vienen los quilombos. Le dieron el alta pero yo le digo… escúchame flaco vos te vas del hospital, pero tenés que seguir con el tratamiento y tenés que volver para que te vea el especialista… según el problema que tenga, o se lo cita por clínica médica. Si no te podés comer un juicio por mala praxis, nada más que por eso… Nunca más se pone alta médica.

Entrevistador: Y cuándo tiene la externación, dado que el médico certificó que está en condiciones de ser externado clínicamente, pero no tienen dónde ir ¿Qué pasa?

Doctor: Esto se hace en conjunto con las chicas de Servicio Social. Che escúchame ¿Te fijaste la casa? Mirá yo le conseguí esto, yo me voy a ocupar de llevar tal cosa… el enfermero va a ir a curarlo todos los días, va a ir la ambulancia todos los días con una enfermera… de alguna manera se trabaja se conjunto.

Entrevistador: Se trabaja en conjunto pero en realidad el que da el alta es el profesional médico…

Doctor: Si el médico es quien firma la externación, la Asistente Social lo que hace él es preparar el medio para que el paciente pueda salir del hospital. Nosotros somos los que tenemos que poner el gancho. Si vos que sos el Servicio Social le decís que puede irse y no está firmada el alta por el médico y al tipo le pasa algo… el responsable es el médico.

Entrevistador:¿Cómo cree que impacta en la salud de estas personas permanecer hospitalizados?

Doctor: En líneas generales, si venís de un lugar que te tratan como la miércoles, no tenés para morfar y venís a un lugar donde te dan de comer, te bañan… tenés que ser estúpido para querer irte, ya que estás mejor… aunque te convertís en dependiente y esclavo del hospital.

Entrevistador: Estos pacientes que permanecen pero tienen el alta médica ¿se socializan?

Doctor: Si, salen los que pueden movilizarse… unos se van al bingo… tienen novia… el hombre que tenemos que es contador…, habitualmente cuando pasamos por la sala no está. Hoy no estaba porque va a estudiar o va a la iglesia… Ellos salen…

Entrevistador: Doctor, le agradecemos su tiempo, nos ha sido de gran importancia la información que nos ha aportado en esta entrevista…

Doctor: No por nada chicas, cualquier otra cosa que necesiten ya saben en el horario que me pueden encontrar en el hospital…

MATRIZ DE DATOS - ENTREVISTA A CUATRO PACIENTES SOCIALES

ENTREVISTADO	X	XX	XXX	XXXX
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	65 años	60 años	67 años	65 años
Ocupación	Albañil	Botellero	Empleado administrativo	Peón de albañil
Domicilio	Mar del Tuyú	San Clemente	Santa Teresita	San Clemente
Estudio	Primaria completa	Secundaria completa	Secundaria completa	3er grado
Lugar de pertenencia	Corrientes	Córdoba	Capital Federal	Gral. Lavalle Bs. As.
Tiempo que lleva internado	Repetidas internaciones	Desde marzo del 2013	Desde Abril del 2012	Desde julio del 2013
Cómo llega al hospital	Por Guardia	Me trae la policía, después de estar 2 años y 3 meses preso en Dolores	Dicen que me encontraron perdido en la playa	Llegué solo a la guardia y me internaron
Quién lo recibió	Médico de Guardia		Médico de Guardia	Médico de Guardia
Quién lo internó	Médico de Piso	Creo que los de Acción Social y el director del hospital	Médico de Guardia	Médico de Guardia
Como transcurre su día	Tranquilo, sin hacerme mala sangre.	A la mañana ayudo con los enfermos y a cortar el pasto. Por la tarde salgo a caminar y voy a la biblioteca.	Nueve de la mañana voy a dar una mano a la secretaría de la iglesia, vuelvo al hospital y a la tarde voy a Misa. Acá miró la tele o hablo con mi compañero.	Tomo el desayuno y a eso de las 10 de la mañana salgo a caminar dice la Dra. que me hace bien y a veces voy a tomar unos mates a lo de un amigo
Dónde le gustaría estar	En mi casa, acá estoy bien pero es un hospital.	Yo lo que quiero es mi casa, pero mientras tanto acá estoy bien.	Acá estoy bien, estoy bien atendido y seguro	La A.S. trata que arreglen la casa pero de que voy a vivir si no hay trabajo.
Cómo está compuesta su familia	Una hermana, un hermano en Bs. As. y dos hijos varones que viven en rosario	Separado y tengo dos hijos varones que no los veo desde hace años, no sé nada de ellos y una hermana que no sé nada.	Tengo familia, pero no quiero que sepan que estoy aquí. Aquí todos lo saben y me respetan que es lo más importante	Soy viudo no tuve hijos. Tengo herma-nos y sobrinos en Lavalle, pero no sé nada de ellos. Porque no tenemos plata para viajar
Grupo de referencia	Ninguno y de mi familia estoy alejado	Si, tengo algunos amigos pero cuando uno está en la mala los amigos se van. Los amigos son los que hice acá.	Aquí no tengo, salvo algunos de mis compañeros del hospital.	Tengo a un amigo que lo voy a visitar cuando salgo a caminar y nos tomamos unos mates.
Tiene el alta médica	No	Sí, el alta la tengo pero hasta que de Acción Social no me consigan una casa no tengo donde ir.	Si, lo que no tengo es donde ir.	Sí, estoy bien pero si me voy a mi casa con los primeros fríos me traen de nuevo acá.
Recibe alguna visita en el hospital	Una señora conocida que me lava la ropa y me compra agua o galletitas.	No, ni mis hijos, ni amigos, yo estoy para comer, después me rajo.	No	No, tengo a mi amigo pero él no viene a verme, voy yo a tomar unos mates.
Tiene vivienda	Alquilaba pero como no puedo trabajar no tengo donde ir.	No la casa me la quemaron con todo adentro, perdí todo.	No	Si tengo una casa que no está en buenas condiciones.
Por qué permanece en el hospital	Con la pierna como la tengo no pueden darme el alta.	Porque no tengo adonde ir.	Porque me siento bien y no tengo donde ir	No puedo tomar frío y mi casa no está en condiciones.
Quienes son los profesionales que lo atienden	Las enfermeras y el médico de piso.	Las enfermeras	La psicóloga, las enfermeras, la Asistente Social y el médico de piso	La asistente Social, las enfermeras y la Dra. que no me revisa porque estoy bien.
Qué atención diaria recibe	Curaciones cuando me amputaron y ahora masajes	Me toman la presión todos los días, pero siempre estoy bien.	Me toman la presión y la temperatura	Me toman la presión todos los días estoy bien sin medicación.

MATRIZ DE DATOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD ENTREVISTADOS SOBRE LA INTERNACIÓN DE LOS PACIENTES DENOMINADOS SOCIALES

Profesionales de la Salud entrevistados	Asistente Social San Clemente	Asistente Social Santa Teresita	Enfermera San Clemente	Enfermera Santa Teresita	Médica San Clemente	Médico Santa Teresita
Cómo llegan al hospital estas personas	Por lo general ingresan por guardia	Por lo general ingresan por guardia	Por lo general ingresan por guardia	Por lo general ingresan por guardia	Por lo general ingresan por guardia	Por lo general ingresan por guardia
Quién es el profesional que indica la internación	Por el médico de guardia o de piso generalmente	Siempre es por uno de los médicos	El médico de guardia o de piso	Habitualmente por el médico de guardia	Generalmente por el médico de guardia.	El médico de guardia o nosotros
Motivos más frecuentes por los que se interna a estas personas	Por ACV	Diabetes, EPOC, ACV, HIV, alcoholismo, situación de calle, violencia, abuso.	Por alguna patología, por lo general por ACV	La mayoría presenta una enfermedad crónica de base sin tratar	Llegan con enfermedades crónicas sin tratar, tienen varias afecciones.	Son variados, por alguna patología o porque no tienen quien los cuide
Cómo transcurre el día de estos pacientes durante su internación	Como el de cualquier paciente, salvo xx que va a la biblioteca y xxxx que va a visitar a un amigo	Unos están postrados, otros pueden salir, uno de ellos tiene un trabajito en la parroquia	Los que están bien salen, van y vienen. Los otros no se movilizan por sus propios medios	Como todo paciente menos NN que trabaja en la parroquia de mañana y de tarde va a la biblioteca	Aquellos que deambulan, salen o ayudan a otros, y los demás son iguales a cualquier otro paciente	Los que pueden estudian, trabajan, tienen novias, los otros hacen la vida de cualquier paciente
En qué momento de la internación se los categoriza como sociales	Cuando no vienen a verlos familiares o no tiene familia	Cuando no vienen a visitar-los o por el abandono que presenta la persona.	Cuando no viene nadie a darle de comer ni a verlo, ni tiene casa.	Cuando se los ve abandónicos o no aparece ningún familiar o amigo	Cuando no aparecen familiares y no tiene ni contención, ni vivienda	En la guardia o cuando en el piso vemos que no tiene contención
Qué indicadores usan para denominarlos "pacientes sociales"	Por derechos vulnerados por no tener vivienda, familia o recursos económicos	Situación de calle, problemas socio-económicos, falta de contención familiar.	Son los que no tiene ni lugar donde ir ni personas que los contengan	Por lo general es el que aunque tengan familia no tiene nada ni a nadie	Son los que no tienen quien los contenga, ni una vivienda digna, ni medios económicos	Es más por falta de contención familiar que por lo económico, la mayoría cobra una pensión
Está de acuerdo con esta denominación	Sí, es una forma de distinguirlos	No, ya está naturalizado en el discurso médico.	No, para mí no son sociales, son pacientes	Sí, uno ya se acostumbró a esta denominación	Si, es una forma de identificarlos	No me lo cuestione pero no estoy de acuerdo
Cuántos pacientes sociales hay internados	Tres hombres y una mujer	En este momento hay cuatro	Cuatro, tres hombres y una mujer	Cuatro hay uno que va y viene.	Cuatro, tres hombres y una mujer	Cuatro
Qué tiempo llevan de internados	Entre uno y dos años	Entre uno y tres años, los más antiguos partieron	Dos hace un año, los otros más de dos años	Hay de un año, de dos o más de dos	Todos más de un año, dos de ellos dos años o más	Más de un año y a veces hasta que parten
Qué edad promedio tienen	Entre 50 y 70	El promedio será de 60	Arriba de los 50 años	De 50 a 70 años	Todos más de 50 años	Entre 50 y 70 años
En qué momento de la internación interviene la Trabajadora Social	Cuando se los categoriza paciente social, o de la guardia si esta vulnerado un derecho	A veces nos convocan de guardia, pero por lo general son los médicos de piso.	La médica clínica la llama por falta de DNI, de vínculos familiares o de vivienda	Cuando en el piso nos damos cuenta que la persona no tiene familia o donde ir	A veces desde la guardia o si está internado cuando no tiene donde ir, ni nadie que lo visite	Cuando le damos aviso para que vea cual es el contexto del paciente
Siempre existió esta denominación	Si, al menos desde que yo estoy en el hospital	Sí para mí, siempre se los llamó así.	Para mí no son sociales, pero siempre existieron	Sí, por lo menos desde hace 20 años	Sí, siempre existió	Sí, pero hay lugares que los sacan del fundillo
Hay una sala para los pacientes sociales	Si están todos juntos, salvo la señora	Si por supuesto	Los hombres sí, la mujer está en sala común	Si hay una o dos salas para ellos, depende	Sí, aunque si es mujer va a sala común	Sí, hay una sala y a veces dos
Qué profesionales intervienen durante la internación	Médico clínico, enfermeras, la Trabaja Social, la Psicóloga.	M. clínico, especialistas, enfermeras, A. Sociales, psicólogo, psiquiatra, etc.	El clínico, enfermeras, la Asistente Social y a veces la psicóloga	El médico, enfermeras, Asistente Social y si se necesita la psicóloga	El médico, enfermeras, Asistentes Sociales y especialistas si se requiere	Nosotros, enfermeras las Asistentes Sociales y de algunas especialidades
Qué profesional firma la externación	Algunas de las médicas de piso	El médico, previa consulta con la Asistente Social.	El médico clínico	Siempre es el médico con el consentimiento de la Asistente Social	El responsable es el médico, aunque se trabaje con la Asistente Social.	¡El médico!!! Consultamos con el Servicio Social
Cómo cree que impacta en estas personas estar hospitalizados durante tanto tiempo	A veces para ellos este es el mejor lugar, pero en el fondo creo que les gustaría estar en su casa	Para algunos éste es su lugar en el mundo, otros esperan ansiosos que le encontremos un lugar en otro lado	Los que se movilizan les gusta estar aquí. Para los otros no es el mejor lugar, no tenemos medios para atenderlos bien	Algunos se sienten más contenidos es su lugar de pertenencia, quedarse les da seguridad afuera aparecen los temores	Acá están bien atendidos y contenidos, crean una dependencia con la institución	Vienen de lugares donde no la pasan bien. Así que aunque se conviertan en dependientes del hospital aquí están mejor
Existe alguna institución que pueda contenerlos	Hay un hogar de ancianos pero está colapsado	No hay ninguna institución que los contenga.	No existe ninguna institución que pueda tenerlos	No, encima cerraron el Hogar de Las Toninas	No, lamentablemente no existe ninguno	No, esta es una deuda de los distintos gobiernos