

2023

Interrogantes acerca de las demandas de intervención social en contextos de guardia hospitalaria : una mirada desde el trabajo social

Gayone, Valentina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/512>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS DE GRADO

**Interrogantes acerca de las demandas de intervención social en
contextos de guardia hospitalaria**

Una mirada desde el Trabajo Social

TESISTAS:

- Gayone Valentina
- González Carolina

DIRECTORA: Lic. Carola Ianantuony

CO-DIRECTORA: Lic. Débora Gamboa

PRESENTACIÓN: 14/11/2023

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Pública por abrirnos las puertas a un mundo de aprendizaje y crecimiento. Supo abrazar y transformar (nos) por completo.

A nuestras directoras y profesorxs por guiarnos en este camino compartiendo sus saberes y experiencias.

A nuestra familia y amigxs por acompañarnos y sostenernos todos estos años, porque haber alcanzado esta meta y escribir este trabajo es una victoria colectiva.

INTRODUCCIÓN	6
FUNDAMENTACIÓN	8
ANTECEDENTES	10
ASPECTOS METODOLÓGICOS	13
Objetivos.....	13
Metodología cualitativa.....	14
Técnicas metodológicas.....	15
Muestra.....	17
Criterio de saturación.....	18
ASPECTOS TEÓRICO CONCEPTUALES	19
CAPÍTULO I: Aproximaciones teóricas del Trabajo Social	19
I.1 Sobre las diversas posiciones y nociones al interior del campo: ¿Qué Trabajo Social queremos?.....	19
I.2 Ejercicio profesional: marco normativo que regula al Trabajo Social.....	27
CAPÍTULO II: Explorando el campo de la Salud. Intervenciones posibles del Trabajo Social	30
II.1 Conceptualizando el campo de salud.....	30
II.2 Los distintos modelos en salud.....	34
II.3 Niveles de atención en Salud y la intervención del Trabajo Social.....	40
II.4 La gestión en salud: ¿Salud pública o privada?.....	42
II.5 Recorrido histórico del sistema de salud argentino.....	45

II.6 Salud en Mar del Plata.....	50
CAPÍTULO III: De urgencias y demandas sociales. La mirada del Trabajo Social en la guardia hospitalaria.....	54
III.1 La guardia hospitalaria como espacio de intervención.....	54
III.2 La “Urgencia Social” en la guardia hospitalaria.....	57
III.3 El sujeto en la guardia hospitalaria.....	62
CAPÍTULO IV: Trabajo Social e interdisciplina: abordaje en los equipos de salud.....	65
IV.1 ¿Qué entendemos por interdisciplina?.....	65
IV.2 ¿Interdisciplina o derivación? Desafíos en la intervención.....	69
IV.3 La interdisciplina en la guardia hospitalaria. Una mirada desde el Trabajo Social.....	70
ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	73
REFERENTE EMPÍRICO.....	74
Generalidades de la institución.....	74
Población destinataria.....	75
Guardia hospitalaria.....	76
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	78
Urgencia Social.....	79
Demanda social.....	87
Trabajo Social.....	91
Abordaje interdisciplinario.....	96
REFLEXIONES FINALES.....	101
BIBLIOGRAFÍA.....	110

ANEXO I.....119
ANEXO II.....121
ANEXO III.....124

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final titulado *“Interrogantes acerca de las demandas de intervención social en contextos de guardia hospitalaria. Una mirada desde el Trabajo Social”* reviste el carácter de Tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Es una investigación exploratoria/descriptiva, realizada desde la perspectiva de una metodología cualitativa, que busca reflexionar y analizar cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en el contexto de la guardia hospitalaria en una institución de salud de gestión privada¹ de la ciudad de Mar del Plata.

En este sentido, las preguntas fundantes que guían y orientan el mismo son: ¿cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en la guardia de dicha institución? ¿Demandan intervención desde la especificidad de Trabajo Social?.

Con el fin de alcanzar dicha propuesta, el trabajo cuenta con una primera instancia donde se exponen los aspectos metodológicos, planteando la delimitación del problema sobre el que se trabajará, los objetivos, los métodos y técnicas.

En un segundo momento, se abordarán los aspectos teórico-conceptuales. Se encuentran divididos en cuatro capítulos donde se presentan los fundamentos desde los cuales repensar, reflexionar y analizar las demandas de intervención social en el contexto de la guardia hospitalaria.

Para finalizar, se encontrará disponible el análisis de los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas y las respectivas conclusiones a las que se arribaron.

Es intención de la presente Tesis de grado, que los hallazgos de este trabajo final impulsen a generar prácticas de atención integrales y centradas en las necesidades de las personas usuarias que se encuentran en situaciones de

¹ Dicha institución es una de las tres clínicas más importantes y reconocidas de la ciudad de Mar del Plata que se organiza en torno al segundo nivel de atención. Se reservará su nombre por solicitud de la Comisión de Docencia e Investigación y los directivos de dicha organización.

“Urgencia Social” en el campo de salud, puntualmente en el dispositivo de guardia hospitalaria.

FUNDAMENTACIÓN

La presente Tesis de grado surge del interés en profundizar el conocimiento acerca de la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud, específicamente evidenciar cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en una guardia de un segundo nivel de atención y las posibles estrategias de abordaje.

Durante la formación académica, se evidenció una vacancia en materia de intervención del Trabajo Social en el campo de salud, puntualmente en lo referido al trabajo en la “Urgencia Social”.

Como se ha mencionado en el título, el presente trabajo final se desarrolla en una organización de salud de gestión privada. Cabe destacar que una de las tesis se encuentra trabajando como empleada administrativa de la guardia de dicha institución. Es por ello que, a través de conversaciones informales con profesionales, personal administrativo y observaciones directas de la dinámica de la misma, surgieron diversos interrogantes y planteamientos respecto a si existen demandas de intervención en lo social desde la especificidad profesional del Trabajo Social en la guardia de la misma.

Es menester en este punto reconocer que el Trabajo Social no forma parte del equipo profesional de dicha institución en ninguna de sus áreas. Advertir la ausencia de la misma (y la necesidad imperiosa de su incorporación) es una parte fundamental de la presente Tesis de grado.

En relación a lo mencionado, se llevó a cabo un relevamiento de las clínicas y/o hospitales de la ciudad de gestión privada que cuenten con un Servicio de Trabajo Social. En este marco, se entrevistó a la Lic. Carola Ianantuony, Jefa del Servicio de Trabajo Social del Hospital Privado de la Comunidad, única institución de salud de gestión privada que cuenta con un Servicio de Trabajo Social, con quien se debatió sobre la propuesta y la importancia de evidenciar la necesidad de la disciplina en otras clínicas y/o hospitales de gestión privada.

Por todo lo expuesto, se tomó la decisión de delimitar la Tesis de grado en una clínica privada de Mar del Plata, proponiendo como objetivo conocer cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en el contexto de guardia de la misma. Para ello, se indagó en las prácticas de atención que el equipo de salud (compuesto por el equipo profesional y administrativo) lleva a cabo para dar respuesta a dichas “Urgencias Sociales” y cómo las mismas son abordadas.

ANTECEDENTES

En este apartado se reconstruirán los antecedentes que existen respecto a la temática objeto del presente trabajo final, entendiendo la importancia que éstos tienen para la producción de cualquier Tesis de grado ya que ningún trabajo empieza de cero, aceptando que, como plantea Rockwell (1987) “para determinados objetos de estudio [...] existe ya una historia investigativa que puede señalar al investigador los caminos andados” (p.14), y que por lo tanto es necesaria esta búsqueda para rastrear qué es lo que se ha podido conocer hasta el momento y a su vez observar los “vacíos o aquellos campos de una problemática que aún no han sido trabajados” (Achilli, 2002, p.7).

En primer lugar, se parte de un mapeo de instituciones del segundo nivel de atención de la salud en la ciudad. Allí se destaca que los Servicios de Trabajo Social brindan abordaje a las demandas de “Urgencia Social” de las personas usuarias y su familia a través de diversas estrategias y dispositivos.

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” cuenta con el equipo de guardia de Trabajo Social de 8:00 a 20:00 y el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" con un servicio de demanda espontánea donde se brindan abordajes integrales a las demandas de las personas usuarias y su grupo familiar.

Dichos hospitales centralizan el mayor caudal de demanda de la zona en materia de acceso a la salud en tanto bien público, dando respuesta desde el nacimiento de una persona hasta el final de la vida.

En el ámbito de gestión privada, solo el Hospital Privado de la Comunidad (HPC) cuenta con un Servicio de Trabajo Social. En términos históricos ello responde a que dicha institución en sus orígenes realiza un acuerdo de atención de los afiliados de PAMI (INSSJP²), y como parte de ese acuerdo se crea un Servicio de Trabajo Social con perspectiva gerontológica. En la actualidad, el Servicio brinda

² Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

su atención a demandas sociales heterogéneas, resultado de la realidad social compleja.

Se centra la atención en el Hospital Privado de la Comunidad, en tanto antecedente de segundo nivel de atención de la salud en gestión privada que cuenta con una Guardia de Trabajo Social de 8:00 a 16:00 hs, en tanto dispositivo que busca “instalar espacios de historización, escucha activa y confirmación diagnóstica de los acontecimientos concretos, a fin de “llegar antes” que el fenómeno se profundice, morigerando impactos sociales complejos y evitando procesos prolongados de internación en agudos.” El objetivo principal del mismo es habilitar una primera escucha de la “Urgencia Social” que contribuya a dar respuestas integrales en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (Ilanantuony, 2018).

En términos bibliográficos, se destaca como antecedente la publicación en “Debate Público, reflexión del Trabajo Social” titulada “El Trabajo Social en los servicios de urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero “ (2011), cuyos autorxs³ son: Sandra Madeira, María Laura Fernández Vecchio, Claudia Grondona, Sandra Ismach y Dolores Riqué.

En la misma, se expone la actuación de lxs profesionales de Trabajo Social en el marco de inserción de estas en el Servicio de Urgencia del hospital mencionado. Se parte de analizar la experiencia adquirida en dicho espacio, a través del reconocimiento de los desafíos que surgieron a la hora de intervenir, los motivos de consulta habituales, como así también las distintas estrategias que se llevan a cabo a la hora de desplegar sus intervenciones. A su vez, se reflexiona sobre las estrategias de intervención profesional frente a la urgencia dado que, como proponen lxs autorxs, las mismas implican la construcción de un espacio de escucha y de elaboración de estrategias y una gran articulación intra e interinstitucional.

En esta línea, otro antecedente sumamente interesante es la publicación denominada “Intervención con pacientes sociales. La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias” del año 2011 cuya autora es Troiani

³ A lo largo del presente escrito se utilizará la letra “x” como expresión de un lenguaje inclusivo, no sexista.

Maria Josefina. El presente trabajo se constituye como resultado del recorrido de la autora en su primer año de Residencia en el Servicio Social del Hospital Dr. Cosme Argerich. El objetivo es identificar las estrategias de intervención con “pacientes sociales” y su relación con la identidad profesional del Trabajo Social en la guardia, reconociendo la relevancia que adquiere la presencia de dicha disciplina en una guardia de urgencias.

Por otro lado, como bien se expresó, dicha Tesis de grado está enmarcada en una institución de salud que es de gestión privada, y por ello resulta de interés las publicaciones de Burlo Mendoza Polly (1997) y Galvani Claudia Susana (1995), quienes problematizan el ejercicio privado de la profesión en Trabajo Social. Con respecto al primero, analiza cuales son las características que debe reunir el ejercicio privado de la profesión en un mercado de libre competencia. Y en relación al segundo, la autora propone una investigación sobre el Servicio Social independiente (SSI) y sus vinculaciones con los diversos procesos, desarrollando cuáles son sus características en lxs profesionales que se desempeñan en la ciudad de Mar del Plata.

Y por último, se destaca el artículo denominado “Presente y futuro del Trabajo Social en la empresa privada” de Isabel Cuerda y Eva Olarte, quienes reflexionan sobre el papel del Trabajo Social en la desconocida realidad de una empresa, intentando incidir en la importancia de formar desde lo académico en los aspectos específicos que requiere la intervención profesional en el ámbito privado.

Seguir explorando estas intervenciones en lo social en el campo de la salud motiva y es guía de la presente Tesis.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tal como se adelantó, el presente trabajo propone conocer cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en el contexto de la guardia de la institución objeto de estudio y cómo estas son analizadas y abordadas por el equipo de salud interviniente para dar respuesta a las mismas.

Para ello las preguntas fundantes que guían y orientan el mismo son: ¿cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en la guardia de dicha institución? ¿Demandan intervención desde la especificidad de Trabajo Social?

Para abordar dichos interrogantes, el equipo de trabajo privilegió la adopción de una metodología cualitativa ya que permite indagar los puntos de vista, percepciones, significados de lxs referentes estratégicos que se entrevistarán. Se prioriza entonces, la metodología cualitativa de tipo exploratoria descriptiva y las técnicas metodológicas principales serán la entrevista en profundidad, la observación participante y documental.

Objetivo General

- ❖ Analizar cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en el contexto de guardia hospitalaria en una institución de salud de gestión privada⁴ de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Específicos

- ❖ Analizar material bibliográfico referido a la intervención del Trabajo Social en el campo salud, específicamente en su abordaje en la guardia en dispositivos de gestión privada.

⁴ Como ya se mencionó, la institución elegida es una de las tres clínicas más importantes y reconocidas de la ciudad de Mar del Plata que se organiza en torno al segundo nivel de atención. Se reservará su nombre por solicitud de la Comisión de Docencia e Investigación y los directivos de dicha organización.

- ❖ Conocer cuáles son las demandas sociales que surgen en el contexto de guardia hospitalaria de dicha institución de salud de gestión privada.
- ❖ Identificar si las prácticas de atención que lleva a cabo el equipo de salud de la guardia de dicha institución abordan aspectos relacionados a las “Urgencias Sociales” y de qué manera lo efectúan.

Metodología cualitativa de tipo exploratorio y descriptivo

La presente Tesis de grado se constituye bajo los lineamientos de una metodología de corte cualitativa, entendiendo a la misma como “aquella investigación que produce datos descriptivos, teniendo en cuenta las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable, constituyendo un modo de encarar el mundo empírico” (Taylor y Bodgan,1986).

La metodología cualitativa, entonces, permite indagar puntos de vista, significados y rescatar testimonios, es por ello que resulta la más apropiada para el tema en cuestión. Al respecto, tomando a Vasilachis (1992) se agrega:

“En los métodos cualitativos se actúa sobre contextos "reales" y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos. El presupuesto fundamental de las metodologías cualitativas es que la investigación social tiene que ser más fiel al fenómeno que se estudia que a un conjunto de principios metodológicos, y que los fenómenos sociales son distintos a los naturales y no pueden ser comprendidos en términos de relaciones causales mediante la subsunción de los hechos sociales a leyes universales porque las acciones sociales están basadas e imbuidas de significados sociales: intenciones, actitudes y creencias” (p.31).

Las características básicas de los estudios cualitativos se pueden resumir en que son investigaciones centradas en las personas, tomando el fenómeno a estudiar de manera integral. El proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con lxs participantes y los datos. Según Taylor y Bodgan (1986) algunas de las características propias de la investigación son: a) es inductiva, b) lxs investigadorxs ven al escenario y a las personas desde una perspectiva holística:

las personas, escenarios o grupos son considerados como un todo, c) lxs investigadorxs cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellxs mismos, d) todas las perspectivas son valiosas y e) los métodos son humanísticos.

A su vez, para la presente Tesis de grado, la metodología cualitativa a utilizar será de tipo *exploratorio y descriptivo*. Con respecto al primero, tomando los aportes de Sampieri (2010), los estudios exploratorios se llevan a cabo cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Esto posibilita familiarizarse con hechos o sucesos desconocidos para poder reconocerlos y llevar a cabo una investigación integral y completa sobre determinada situación. En este sentido, pretende brindar una visión general respecto a una realidad específica.

En segundo lugar, en los estudios descriptivos - siguiendo a Sampieri (2010) - se tiene como objetivo la descripción de situaciones y/o eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Para ello, dichos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. A su vez, el proceso de la descripción relaciona condiciones, prácticas, opiniones, miradas, puntos de vista y no se aboca únicamente a la acumulación y obtención de datos.

Técnicas metodológicas

Para la elaboración de posibles respuestas a los objetivos, se utilizará la producción de datos a partir de entrevistas en profundidad a determinadxs integrantes del equipo de salud de la guardia de la institución mencionada, la observación participante, la observación documental y la recolección de datos a través de análisis de material bibliográfico.

Tomando los aportes de Vélez Restrepo (2003) la **entrevista** es una herramienta fundamental para el trabajo profesional con grandes posibilidades cognitivas, metodológicas e instrumentales, que se sitúa en el terreno específico de la interacción social. La entrevista es “un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra

permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicado” (p.104).

A su vez, la entrevista implica llevar a cabo una capacidad dialogante y de escucha que permita dar cuenta de todos los detalles presentes en dicho encuentro y que configuren el tema en cuestión. Asimismo, requiere ponerse en el lugar del otro para poder comprender aquello que expresa de forma verbal y no verbal.

Específicamente la **entrevista en profundidad**, es un constructo comunicativo que permite que los discursos se provoquen recíprocamente, generando un marco situacional y conversacional que se caracteriza por la circularidad interaccional. Supone un compromiso y se define una relación, en donde se transfiere información y se imponen conductas. Quien entreviste provocará el hablar, pero evita dirigirla (Restrepo, 2003).

Por otro lado, siguiendo con Restrepo (2003) la **observación participante** “hace referencia a un amplio repertorio de opciones donde el que observa también es observado. Desde distintas posiciones sociales los sujetos observados se convierten en observadores, y la situación observada le confiere al profesional que observa unos roles susceptibles de ser modificados durante el curso mismo de la interacción, estableciéndose la diferencia entre los papeles técnicos cumplidos por el observador profano y el observador participante” (p.112).

La observación participante, además, es muy flexible y aporta a la reconstrucción de la realidad social observada. Además, la misma es muy apropiada cuando hay escasa información sobre los fenómenos a abordar o cuando existen puntos de vista diversos sobre la situación o problema a enfrentar (Restrepo, 2003). En definitiva, la observación es participante cuando para obtener los datos quien investiga se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado, para conseguir la información "desde adentro".

Continuando en esta línea, se coincide con la autora a la hora de pensar a los documentos como signos o representaciones sociales que requieren ser observados, interrogados, cuestionados de una forma dinámica con el objetivo de poder establecer relaciones y dilucidar datos para poder contextualizarlos. A su vez,

la **observación documental** permite elaborar nueva información, esquemas, flujogramas, entre otros, que contribuyan a completar la labor documental. Es importante tener presente la finalidad de la investigación para poder distinguir lo que es apropiado y/o relevante (Restrepo, 2003).

Muestra

Las entrevistas están dirigidas a referentes estratégicos. En primer lugar, el *área administrativa*, ya que es la puerta de ingreso, “primer contacto” con la institución, donde la persona expresa la situación que “la trae” a la guardia.

Por otro lado, el *equipo de enfermería* es el primer referente del equipo profesional. Además de sus funciones dentro de la guardia, es el responsable del Triage, el cual se define como el método de selección y clasificación de los pacientes de acuerdo a la gravedad de su situación y riesgo. Luego, al *equipo médico*, quien brinda la atención ante el malestar del usuarix y por último, el *área de psicología* que resulta sumamente relevante dado que dentro de la institución es una disciplina afín al Trabajo Social, y se presume -por su formación- que posee una mirada integral sobre la persona y su situación.

En este punto, es importante remarcar que en la muestra no se incorporan a Trabajadores Sociales ya que, en la institución elegida no hay profesionales de dicha disciplina en ninguna de sus múltiples áreas. Advertir la ausencia de la misma y la necesidad imperiosa de su incorporación es una parte fundamental de la presente Tesis.

Habiendo hecho esta salvedad, se propone entrevistar a:

- ❖ Dos administrativxs que estén en el área de admisión (unx del turno mañana y otrx del turno tarde)
- ❖ Dos profesionales médicxs (unx del turno mañana y otrx del turno tarde, en lo posible diferente especialidad)
- ❖ Dos profesionales en enfermería (unx del turno mañana y otrx del turno tarde)
- ❖ Un profesional en psicología

En relación a lo antedicho la propuesta era que sean del turno mañana y tarde, excluyendo al turno noche por la restricción en el acceso y por la disminución de flujo de pacientes como también de personal. La elección de dos turnos está vinculada a que la dinámica de funcionamiento de la guardia no necesariamente es siempre igual, por lo tanto, la perspectiva de lxs referentes involucrados puede ser diversa y enriquecedora.

A la hora de llevar a cabo dichas entrevistas, se privilegió que las mismas giren en torno a determinados indicadores, los cuales permitirán orientar las mismas de forma más clara, ordenada y precisa. Estos indicadores estarán basados en las siguientes categorías:

- ❖ Urgencia Social
- ❖ Demandas sociales
- ❖ Trabajo Social
- ❖ Abordaje interdisciplinario

Criterio de saturación

Para obtener una fundamentación y/o respaldo cuantitativo del tema a estudiar, se utilizará el criterio de *saturación de la muestra*, ya que para “el investigador que trata de descubrir teoría no puede establecer al comienzo de su investigación cuántos grupos integrarán su muestra durante su completo estudio [...] El criterio para juzgar cuando cesa el muestreo de grupos pertinentes diferentes a una categoría es la saturación teórica de la categoría. Saturación significa que ninguna información adicional se hallará, por la cual el investigador pueda desarrollar propiedades de la categoría” (Glasser y Strauss, 1967, p.23).

En síntesis, en el ámbito de investigación cualitativa, se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos.

ASPECTOS TEÓRICO CONCEPTUALES

CAPÍTULO I:

Aproximaciones teóricas del Trabajo Social

1.1 Sobre las diversas posiciones y nociones al interior del campo: ¿qué Trabajo Social queremos?

El presente apartado tiene como objetivo exponer brevemente las diversas concepciones teóricas de cómo se entiende y define el Trabajo Social. Se considera esencial conocer los fundamentos políticos, sociales y contextuales que dan origen a la disciplina del Trabajo Social y a sus campos de intervención, los cuales han presentado procesos de construcción y cambios dinámicos desde su génesis hasta la actualidad.

Este recorrido se plantea como una comprensión y presentación genérica de las teorías que se interpretan como troncales y estructurales dentro del Trabajo Social. Este capítulo no tiene la pretensión de avizorar todos aquellos matices, diferenciaciones y debates que se dan dentro de las perspectivas más predominantes. La atención está puesta en estructurar el pensamiento conceptual y teórico de la profesión, brindando una lectura de aproximación de aquellos recursos elementales que hacen al ejercicio profesional en un contexto de intervención social.

Por este motivo, se tomarán en cuenta las grandes perspectivas que engloban los debates sobre la definición del Trabajo Social como disciplina en general y las concepciones que se tienen sobre la intervención profesional, a saber: una perspectiva más bien tradicional, positivista; una perspectiva disruptiva, con la reconceptualización; una perspectiva crítica y por último, la perspectiva decolonial desde la cual se posicionan las tesis del presente trabajo final.

Para realizar dicho recorrido, en primer lugar, se tomará como referencia el análisis epistemológico que plantea Saibene, A. (1996). Dicha autora aborda los distintos momentos históricos que caracterizan al Trabajo Social privilegiando sus

elementos constantes: objeto, objetivos, perspectivas teóricas, posicionamientos epistemológicos y construcciones metodológicas.

En primer lugar, aparece la primera propuesta sistemática de la profesión, la cual se denomina perspectiva tradicional. Una de las principales exponentes de la profesión fue Mary Ellen Richmond, considerada pionera estadounidense del Trabajo Social. Su teoría, enmarcada en la década del '30 estuvo fuertemente influenciada por el contexto social e histórico de aquel momento, por lo que sus planteamientos estaban basados en la caridad, la filantropía y la ayuda social (Travi, 2006; De Robertis, 2003).

Richmond (1922) definió al Trabajo Social como “el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad reajustando consciente e individualmente a la persona a su medio social” (p.67). Esta conceptualización refleja la influencia del psicoanálisis sobre su teoría ya que alude a los conceptos de “readaptación social” y “desarrollo de la personalidad” como objetivos principales de la intervención del Servicio Social. No obstante, la autora se encontró influenciada a su vez por la psicología social, siendo Mead uno de los mayores exponentes de la misma.

Como plantea Saibene, A. (1996) con ella queda caracterizado el periodo llamado más tarde tradicional o clásico. Se logró el primer distanciamiento de la inmediatez de la acción voluntarista, en busca de los presupuestos de la profesión, inaugurando así un modo específico de intervención. Sin embargo, se caracterizó por tener una visión ingenua, acrítica y maniquea de las relaciones sociales. Esto fue así porque había una comprensión de la solución de los problemas sociales globales partiendo de cada uno de ellos aisladamente. No había una comprensión ni cuestionamiento de la ideología dominante.

En la misma línea de Richmond aparece su discípula Amy Gordon Hamilton, quien fue una precursora muy importante para el desarrollo del Trabajo Social. Su teoría se ubica en la década del '50 en los Estados Unidos y se posiciona desde una perspectiva humanística planteando de esta manera una transformación de la concepción de la profesión de Trabajo Social.

Contribuyó en el Trabajo Social de Casos aportando una dinámica donde se participa activamente con lxs “clientxs” cuyo fin es que estxs se ayuden y valoren a

sí mismxs frente a sus problemas. Hamilton marca la importancia de establecer una buena relación (aceptación, comprensión, apoyo y sinceridad) con lxs clientxs, a través de un proceso donde lxs trabajadorxs sociales deben poner en juego todos los recursos y técnicas que disponen para realizar un diagnóstico, evaluación y tratamiento acertados.

Define al Trabajo Social de Casos como “un acontecimiento vivo”, y plantea que puede ser definido como un proceso dinámico que busca liberar los recursos disponibles en el entorno cercano y las capacidades individuales, con el objetivo de brindar a las personas una vida plena. Se afirma que, para ayudar de manera efectiva a alguien, es fundamental saber cómo respetar la personalidad humana, reconociendo que cada individuo tiene el derecho de tomar decisiones sobre su propia vida, disfrutar de sus libertades personales y civiles, y buscar la felicidad y las metas espirituales de acuerdo a su propia perspectiva (Hamilton, 1974).

En definitiva, la práctica profesional de aquel momento se dedicaba a buscar de forma aislada recursos del medio y del propio individuo, no superando el terreno de lo particular. El profesional se configuró en un especialista en las relaciones intersubjetivas, capacitado para recomponer, articular y establecer vínculos entre su objeto real (lxs clientes, la comunidad) y el medio social (Saibene, A. 1996).

No obstante, la concepción del Trabajo Social, con el correr de los años, ha ido atravesando giros lingüísticos y conceptuales, dando lugar a otras teorías.

Un momento sumamente importante con respecto a este giro conceptual, fue el movimiento de Reconceptualización del Trabajo Social. El mismo hace referencia a un proceso de autorreflexión que se dio en el ámbito profesional en los años '60 , en el cual se toma conciencia sobre el papel real que juega el Trabajo Social en la reproducción y fortalecimiento del sistema dominante. El resultado de este despertar crítico fue una reacción contra la concepción tradicional de esta profesión, la cual influyó en la identidad profesional de lxs Trabajadorxs Sociales. Se trató de una crítica y autocrítica a su propio quehacer, a su función histórica e ideología de sustento.

Lxs trabajadores sociales de este movimiento se preocuparon y ocuparon por hacer más científico al Trabajo Social, por convertirlo en una disciplina social,

sistematizando un método que permitiera una acción superadora de lo anterior, que sea eficaz, transformadora y científica. Además, uno de los principales objetivos era elaborar teoría propia del Trabajo Social y asumir explícitamente un marco de referencia que le dé sentido a la acción profesional (Saibene, A. 1996).

Los llamados reconceptualizadores se posicionaron desde la perspectiva de la reproducción social. La transformación social se buscaría en las luchas de liberación de los pueblos, tendientes a destruir las cadenas de explotación y dominación burguesas y a construir un hombre y una sociedad nuevas, a la luz de las postulaciones materialistas históricas y dialécticas (Saibene, A. 1996).

Desde esta perspectiva, se puede afirmar entonces, que el Movimiento de Reconceptualización construyó su objeto en torno a las relaciones sociales de producción y explotación.

En este sentido, comienza a aparecer una de las teorías más relevantes que ha sido denominada Trabajo Social Crítico. Esta destaca la necesidad de alcanzar una actitud “crítica”, aportando a la profesión una herramienta para poder lograr un análisis de mayor complejidad de la realidad.

Se intenta arribar a estudios que manifiesten la complejidad y contrariedad del papel social de la profesión, teniendo como herramienta de análisis y horizonte de intervención a la crítica. Montaña (2015) plantea que “lo crítico en el Trabajo Social expresa sustantivamente una capacidad, una postura, una perspectiva de crítica en el análisis social del profesional y en su accionar” (p. 24). Se subraya que la crítica no significa el rechazo de la realidad, por el contrario, pretende partir de la misma, confrontando el conocimiento teórico con ésta.

En este sentido, Montaña (2014) expresa que el punto de partida de la crítica es la realidad y su motor es la indignación, en relación a las formas de desigualdad, dominación, explotación y subordinación. La teoría es una herramienta, la cual va a permitir pasar de la indignación al conocimiento veraz de los fundamentos y la esencia de los fenómenos.

Por su parte, Yolanda Guerra (2003) -otra exponente de dicho paradigma- plantea que el Trabajo Social Crítico debe constituirse como un proyecto el cual es

heredero del patrimonio histórico acumulado engendrado por el Movimiento de Reconceptualización. Este buscó nuevos fundamentos teórico-metodológicos para orientar las acciones profesionales, se dispuso a analizar las implicaciones políticas de las mismas, y las vinculó a proyectos de clase brindando una determinada concepción de historia social y de profesión, como expresión de las necesidades socio-históricas de las clases sociales y del papel del Estado en la administración de la “cuestión social”.

Por otro lado, es posible reconocer otra teoría sumamente relevante para el Trabajo Social: la perspectiva decolonial. Esta plantea como objetivo principal comprender al mundo partiendo desde la colonización, desde un pensamiento situado. En palabras de Makcimovich (2017): “descolonizar significa entender la historia de la opresión que marcó el colonialismo en América Latina y cómo se reproduce hoy en día y, además, significa entender que hoy siguen existiendo relaciones de poder estructurales, ancladas en un sistema de múltiples opresiones, en donde el capitalismo, el racismo, el patriarcado y la heteronormatividad se entrecruzan y generan múltiples y simultáneas formas de poder y violencias” (p.27).

Siguiendo esta línea, resulta menester destacar los aportes de Aníbal Quijano (2000), quien presenta un análisis sobre el pensamiento decolonial basándose en su teoría de la "colonialidad del poder". El autor sostiene que el colonialismo no solo fue una relación de dominación política y económica, sino también una forma de control y subyugación de las mentes y los cuerpos de las personas colonizadas. La colonialidad del poder, entonces, refiere a la persistencia de las estructuras de poder y dominación colonial en las sociedades actuales, incluso después de la independencia formal de los países colonizados.

El pensamiento decolonial busca desafiar y superar dicha colonialidad del poder, cuestionando las estructuras y las formas de conocimiento impuestas por el colonialismo. Busca promover la diversidad epistémica y cultural, así como la liberación de las personas colonizadas de las formas de opresión y dominación que persisten en la sociedad contemporánea.

Cuando Quijano (1992) habla de descolonización epistemológica, se refiere a la necesidad de cuestionar y subvertir los conocimientos y formas de pensamiento eurocéntricos que han sido impuestos por el colonialismo. Dicho pensamiento ha

sido utilizado como una herramienta de dominación y control, imponiendo una visión del mundo que privilegia la perspectiva y los intereses de Europa y Occidente sobre otras formas de conocimiento y cosmovisiones. Esta imposición ha llevado a la marginalización y subalternización de los saberes y formas de vida de las culturas no europeas.

La descolonización epistemológica se propone romper con este paradigma buscando reconocer y valorar los saberes y formas de vida de las culturas no europeas como igualmente válidas y legítimas.

En definitiva, también implica cuestionar y dismantelar las jerarquías de conocimiento que se han establecido, promoviendo la horizontalidad y el diálogo intercultural. Esto implica dar voz y protagonismo a los conocimientos y experiencias de las personas y comunidades colonizadas, permitiendo que sus perspectivas y formas de conocimiento sean reconocidas y respetadas (Quijano, 1992).

El reconocimiento del protagonismo social implica situarse y conectarse con la realidad y la experiencia colectiva, es decir, es necesario construir desde nuestras propias realidades, lógicas y diversidades/identidades. Esto significa que se debe valorar y dar voz a las propias perspectivas y formas de conocimiento, en lugar de aceptar o imponer las narrativas y lógicas dominantes.

En este sentido, la descolonización epistemológica se vuelve fundamental, ya que invita a cuestionar y desafiar los conocimientos y paradigmas eurocéntricos. Al reconocer y valorar las propias realidades y diversidades, es posible generar un diálogo intercultural más equitativo y enriquecedor. Esto implica escuchar y aprender de las diferentes perspectivas y experiencias, construyendo un "nosotrxs" inclusivo y contextualizado.

Por otra parte, en esta misma línea, se toman los aportes de Alfredo Carballada (2020) ya que dicho autor plantea que el Trabajo Social intenta construir en diálogo con l' Otr' una noción de universalidad que no avasalle ni requiera mecanismos de dominación. Plantea que la intervención en lo social, por el contrario, implica rescatar la ética, el gesto, la palabra de ese Otr'. Hace ver aquello que la dominación colonial aún oculta e impide: "sin historia, sin lugar, sin territorio, sin cultura, nuestras sociedades traducen la dominación en desarraigo, en ajenidad.

Así sólo se piensa lo pensado por otros y el sometimiento se reproduce y naturaliza” (p.4).

Carballeda (2016) plantea que el Trabajo Social se encuentra en interrelación con la vida cotidiana, en su contexto macro y micro social, en la construcción y comprensión de los significados de ésta. El Trabajo Social, “interviene en un gran abanico de situaciones, estas siempre dialogan con la cuestión social entendida como una consecuencia de las desigualdades y la fragmentación de la sociedad. De ahí que el horizonte de intervención de esta disciplina dialogue intensamente con el lazo social, con la problemática de la integración social y cultural intentando no solo resolver o acompañar, sino también en procesos de apropiación y visibilidad de los condicionantes y causalidades que construyeron la demanda de la intervención (p.3).

Se coincide con Carballeda (2020) que el sentido de la intervención en lo social está vinculado con generar y llevar a cabo prácticas que faciliten la construcción de la subjetividad, la recuperación del lazo social, la integración del todo social y la transformación de nuestras sociedades, con un compromiso con la dignidad y la defensa de los Derechos Humanos desde una perspectiva Americana, sosteniendo y reconstruyendo procesos colectivos.

Es así que, en concordancia con esta última teoría decolonial, las autoras de la presente Tesis de grado se posicionan y parten de comprender al Trabajo Social desde una perspectiva histórica, territorial, comunitaria, intersectorial, interdisciplinaria que esté sustentada en un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género y diversidad, el cual el otrx, el sujeto, es participe en toda su complejidad.

La decolonialidad es una opción para construir otros enraizamientos, otros relacionamientos en el saber, con sentidos de humanidad más amplios y conectados con todos los seres que hacen parte del transitar en el mundo. No es una metodología ni pretende serlo, ya que se constituye como una opción de crítica social, epistémica, ontológica y política que se ocupa de leer en los signos sociales de la exclusión y la deshumanización vigentes cuestiones de alcance histórico de mayor envergadura desde la que se han constituido colonialmente las personas y sociedades. En este sentido, el Trabajo Social ha luchado por construir teorías de

base contextualizada las cuales son posibles si se rompe con la validez y autoridad sustentada única y exclusivamente en la acumulación lineal del conocimiento y la innovación como rechazo de todo lo que existe, entre ello, las personas, sus contextos, historias y biografías.

Por todo lo expuesto, la importancia del presente capítulo radica en que éstas concepciones que se fueron configurando y consolidando a lo largo del tiempo y cómo las mismas han sido influenciadas por las distintas teorías, son fundamentales para tomar un posicionamiento consciente, coherente y sólido del Trabajo Social.

A los fines de la presente investigación, y a propósito del capítulo en cuestión, se considera que aún en la actualidad, sobretudo en el marco de espacios institucionales, se continúa teniendo dificultades para definir qué es y qué lugar ocupa el Trabajo Social, qué vínculos se generan con lxs otrxs, y optar por perspectivas integrales e interdisciplinarias en las intervenciones que se despliegan en ese contexto.

Es por eso que, dada la complejidad de las relaciones institucionales y sus prácticas en el campo de la salud, se requiere una perspectiva interdisciplinaria para abordar problemas sociales, fomentando la escucha activa, la reflexión sobre las cuestiones en juego y la desnaturalización de los procesos de trabajo y sus lógicas.

Es la disciplina del Trabajo Social la que ofrece un potencial único al brindar una perspectiva holística, un enfoque en la equidad y justicia social, la capacidad de trabajar con sistemas y redes, el fomento del empoderamiento y la participación, así como una base ética sólida. Estas características distintivas hacen que el Trabajo Social sea una disciplina invaluable en el campo de la salud y en todos los campos en general.

1.2. Ejercicio profesional: marco normativo que regula al Trabajo Social.

La profesión se encuentra enmarcada por la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072 (sancionada en octubre de 2014) y la Ley Provincial N°10751⁵ (sancionada en diciembre de 1988). Ambas leyes son complementarias y tienen por objeto establecer el marco general para el ejercicio profesional de Trabajo Social en todo el territorio nacional.

Según dicha Ley el Trabajo Social es entendido “como una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.” (Ley N°27.072, 2014).

Además, entre sus otros objetivos se encuentran: a) promover la jerarquización de la profesión de Trabajo Social por su relevancia social y su contribución a la vigencia, defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales; b) establecer las incumbencias profesionales de lxs trabajadorxs sociales en todo el territorio nacional; d) proteger el interés de lxs ciudadanxs, generando las condiciones mínimas necesarias para la prestación de servicios profesionales con competencia, calidad e idoneidad; e) ampliar la obligatoriedad de la matriculación para el ejercicio profesional en instituciones nacionales, binacionales e internacionales con representación en el país y f) regular los derechos, obligaciones y prohibiciones en relación al ejercicio profesional de Trabajo Social en todo el territorio nacional.

Con respecto al ejercicio profesional de Trabajo Social está vinculado a la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o

⁵ La sanción de la Ley Provincial de Trabajo Social contribuyó a regular el ejercicio de la profesión a través de la creación del Colegio de Trabajadorxs sociales, otorgando el carácter de persona de derecho público.

encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales⁶ establecidas en dicha ley.

Otra de las normativas principales que regula el ejercicio es el Código de Ética profesional. Este es un instrumento específico de explicitación de deberes y derechos profesionales en el que se hacen públicas y expresas las normas y principios a las que debe ajustarse la conducta moral de los miembros de la profesión. Las normas éticas desempeñan un papel importante ya que sirven como referencia en el sentir y en el actuar de lxs profesionales de Trabajo Social.

Se trata de la *dimensión ética profesional* que remite a un carácter normativo y jurídico que reglamenta la profesión en resguardo del prestigio profesional, de la solidaridad y lealtad con lxs colegas y la sociedad en su totalidad ante situaciones injustas. En definitiva, establece normas, deberes, derechos y prohibiciones hacia el colegio de profesionales, hacia lxs colegas y en relación a la función.

Por último, en dicho código, aparece explicitado un deber y una obligación que es sumamente relevante denominado secreto profesional. Este nace de la esencia misma y de los principios de la profesión.

Lxs profesionales de Trabajo Social tienen el deber y la obligación de conservar en secreto todo cuanto vean, oigan y conozcan por imperio de su profesión y en el ejercicio de la misma (Código de Ética para Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, 1992). Esta obligación básica de mantener una absoluta reserva sobre toda la información obtenida de una persona en su trabajo profesional podrá exceptuarse en las siguientes situaciones:

⁶ Respecto a las incumbencias profesionales se presentan aquellas que son más relevantes para la presente investigación: elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales; la intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios; la intervención profesional como agentes de salud, dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas; integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención y dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

1. Cuando de no hacerlo pudiera surgir un claro e inminente peligro para otra persona o para la sociedad (igualmente sólo podrá ser revelada a determinadxs profesionales o a la autoridad pública competente)
2. Las historias sociales, informes y otros datos referentes a lxs usuarixs podrán ser utilizadas como material didáctico e ilustrativo siempre que previamente se hayan tomado las medidas preventivas que imposibiliten la identificación de las personas. Se deberán tomar las medidas necesarias para asegurar el carácter reservado y confidencial.

Es menester destacar que el posicionamiento ético resulta importante y fundamental ya que el campo profesional del Trabajo Social está intrínsecamente ligado a la promoción de los derechos humanos, la justicia social y la equidad. Además, asegura que la investigación y las recomendaciones propuestas estén basadas en principios éticos sólidos, como la autonomía, la dignidad, la igualdad y la no discriminación. Esto implica considerar el impacto de las acciones en las personas y comunidades involucradas, respetando su diversidad cultural, sus valores y sus derechos.

Es por ello que, dicho posicionamiento ético garantiza que la investigación y las intervenciones estén alineadas con los principios y valores fundamentales de la profesión, promoviendo la justicia social, el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas y comunidades involucradas, siendo para ello necesario una constante reflexión, como plantea Foucault (1981) sobre las relaciones de poder y las formas de dominación presentes en la sociedad. Esto porque, desde el Trabajo Social es imprescindible cuestionar y desafiar las estructuras de poder para promover, como se viene mencionado, la justicia social y la equidad.

CAPÍTULO II:

Explorando el campo de la salud: Intervenciones posibles del Trabajo Social.

II.1 Conceptualizando el campo de salud

Abordar la salud como campo implica reconocer que la misma ya no es entendida de manera tradicional y simplista, sino que la atraviesan múltiples factores. Para analizarla desde esta perspectiva, resulta interesante tomar los aportes de Bourdieu (1988) quien define al campo como “espacio de juego históricamente constituido con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (p.108). Asimismo, tomando distancia de las posiciones objetivistas y/o subjetivistas, entiende al campo relacionadamente, es decir, centra su análisis en la estructura de relaciones objetivas –lo que presupone un espacio y un momento determinado- que establece las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de su estructura y su posición en la misma, de sus posibilidades y sus prácticas.

El campo asume también una existencia temporal lo que implica introducir la dimensión histórica en el modo de pensamiento relacional. Desde esta perspectiva relacional, también se entiende al campo como una red de posiciones y de relaciones objetivas entre las diferentes posiciones que en dicho campo ocupan los agentes o instituciones, atravesadas por la distribución de poder o capital que está en juego en cada campo en cuestión, producto de la institución social de las cosas (Bourdieu, 1988).

Cada campo, según dicho autor, presenta una especificidad distinta a la de los otros campos. Un campo se define, entre otras cosas, definiendo lo que está en juego y los intereses específicos del mismo. Cada campo engendra el interés que le es propio, que es la condición de su propio funcionamiento.

Según Bourdieu, el principio a partir del cual se distinguen los campos es el tipo de capital que está en juego. Este es el conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten y se pierden. Pero no todo bien constituye necesariamente un campo, tiene que ser un bien apreciado y buscado, el

cual produzca interés por su acumulación. En síntesis, tiene que constituirse un mercado en torno a ese bien para que surja un campo específico (Bourdieu, 1988).

De esta manera, el autor distingue por lo menos cuatro capitales principales, el *capital cultural* que está ligado a conocimientos, ciencia, arte, etc. y que puede existir en tres formas, en estado incorporado, en estado objetivado o en estado institucionalizado; el *capital social* que es el conjunto de recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de interreconocimiento; el *capital simbólico* que es la forma que revisten las diferentes especies del capital cuando son percibidas y reconocidas como legítimas y el *capital económico* que está vinculado a tener cierto control sobre los recursos económicos y que es una fuente esencial del poder político y la hegemonía. Los actores implicados en los campos compiten por su acumulación y tratan de lograr acuerdos o confrontan, dando como resultado posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior (Bourdieu, 1988).

Como se planteó, un campo se define -además de los capitales que se ponen en juego- por los intereses específicos del mismo. El interés, es condición y funcionamiento de un campo. Todo campo en tanto producto histórico, engendra y activa una forma específica de interés. El interés que está implicado en la participación del campo se diferencia según la posición ocupada en el mismo y también según la trayectoria que conduce a cada participante a esa posición.

Hugo Spinelli (2010), referente y pionero en la investigación y la formación en Salud Colectiva en Argentina, estudia el campo de la salud utilizando la teoría sociológica de Bordieu para analizar y comprender las dinámicas y relaciones que existen dentro de este campo específico.

En el campo de la salud, Spinelli (2010) argumenta que existen diferentes actores y grupos que compiten por el control y la influencia en la definición de lo que es considerado legítimo y válido en términos de conocimiento, prácticas y políticas relacionadas con la salud. Esto incluye a profesionales de la salud, instituciones de salud, política, empresas farmacéuticas y personas usuarias, entre otros.

A su vez sostiene que dentro del campo de la salud también se establecen relaciones de poder y dominación, donde aquellxs con mayor capital simbólico y recursos tienen más influencia y control sobre las decisiones y prácticas relacionadas con la misma. Esto lleva a la reproducción de desigualdades y a la consolidación de intereses particulares en detrimento de la salud y el bienestar de las personas (Spinelli, 2010).

Además, argumenta que el campo de la salud no es un espacio aislado, sino que está influenciado por otros campos sociales, como el campo político y económico. Estas influencias externas pueden determinar las políticas de salud, la asignación de recursos y las prioridades de investigación, entre otros aspectos.

Dicha aplicación de la noción de campo para analizar el contexto de intervención en salud implica entenderlo como un espacio donde confluyen una serie de interacciones que pueden ser de diferente orden: conflicto, colaboración o alianza. Es así que el sector salud, como campo, presenta estas características, que llevadas a los espacios institucionales pueden ser entendidos como “escenarios de intervención”. En estos se expresan tensiones que concuerdan con la idea de campo y que también interpelan a la intervención en lo social desde aspectos tales como: el papel de lxs actores sociales, los componentes escénicos (carácter simbólico de las instituciones, sus espacios, distribuciones y actores sociales), la historicidad de la trama donde se desenvuelven los problemas sociales y su integración con lo económico, social y político (Carballeda, 2012).

La salud como campo está compuesto por múltiples instituciones (centros de salud, clínicas, hospitales, obras sociales) del que participan múltiples agentes (trabajadorxs sociales, médicxs, enfermerxs, trabajadores de la salud en general, usuarixs, Estado, etc.) lxs cuales luchan, participan y construyen estrategias para apropiarse de los distintos capitales que se ponen en juego en el mismo, buscando, que les de legitimidad en ese campo específico.

Es decir, se desarrollan estrategias disputando poderes de dominación (sentidos y significados) y prácticas de intervención según sus posiciones, intereses y trayectorias en cada momento socio histórico. El entramado de conflictos y poderes responde a que las relaciones asimétricas no se dan sólo en la relación

agentes-usuarixs de los servicios, sino también entre lxs propios agentes. Los componentes de orden social, cultural y simbólico no siempre son incorporados para comprender e intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. La no inclusión de los determinantes sociales que inciden en estos procesos y los aspectos subjetivos que son parte integrante de la vida social repercuten en los procesos de producción de los servicios, amplía las desigualdades en el acceso a los mismos y perpetúa las falsas dicotomías individual-colectivo y biológico-social (Nucci y otrxs, 2018).

Dentro del campo de la salud, y específicamente desde el enfoque del Trabajo Social, se plantea una cuestión crucial: la delimitación del "objeto de conocimiento"⁷. Es decir, ¿se centra únicamente en la enfermedad o se amplía para considerar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en su totalidad? En este sentido, es importante destacar que existen múltiples modelos de intervención en salud que reflejan distintas formas de comprender, analizar e intervenir en este ámbito. Estos modelos coexisten en el campo y dan lugar a diferentes enfoques y posicionamientos que, en última instancia, determinan el modelo de intervención, la forma de gestionar y el enfoque de investigación e intervención.

Si se considera que el objeto de conocimiento se limita únicamente a la enfermedad, los modelos de investigación se enfocan en buscar causas biológicas, el modelo de atención se centra en la "cura" o en encontrar soluciones para las enfermedades, y la intervención se realiza desde una perspectiva racional, tecnológica y procedimental dirigida hacia el cuerpo enfermo. En este contexto, la gestión se rige por una mirada burocrática, lineal y verticalista.

Sin embargo, es importante reflexionar sobre la necesidad de ampliar el objeto de conocimiento en el campo de la salud. Si se adopta una perspectiva más integral, que considera el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, se abre la posibilidad de abordar no solo la enfermedad en sí misma, sino también los determinantes sociales, culturales y ambientales que influyen en la salud de las

⁷ Cuando se habla de "objeto de conocimiento" se hace referencia a la relación entre las condiciones sociales y las problemáticas de salud de las personas y comunidades. De allí la importancia de comprender los determinantes sociales de la salud, es decir, cómo los factores sociales, económicos y culturales influyen en la salud de las personas. El objeto de conocimiento implica analizar las desigualdades en salud, las inequidades en el acceso a los servicios de salud y las intervenciones profesionales orientadas a promover la salud y el bienestar de las personas.

personas y comunidades. Esto implica adoptar modelos de investigación más amplios, que incluyan enfoques multidisciplinarios y participativos. Asimismo, la intervención se enfocaría en promover la salud, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida, teniendo en cuenta la diversidad de contextos y realidades sociales. En cuanto a la gestión, se requeriría un enfoque más horizontal, participativo y basado en la colaboración entre los diferentes actores involucrados en el campo de la salud.

En conclusión, la delimitación del "objeto de conocimiento" en el campo de la salud es un aspecto fundamental en el Trabajo Social. Ampliar este objeto para considerar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado permite adoptar enfoques más integrales y contextualizados, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y mejorando la calidad de vida de las personas y comunidades. Esto implica adoptar modelos de investigación, intervención y gestión que sean más participativos, multidisciplinarios y orientados hacia la colaboración y el trabajo en conjunto.

Para finalizar resulta importante mencionar que al abordar la salud como campo de estudio en el Trabajo Social, se reconoce su complejidad, diversidad de sentidos y significados, así como las tensiones y disputas que surgen debido a la variedad de agentes involucrados. Esto nos lleva a adoptar enfoques integrales, multidisciplinarios y contextualizados para comprender e intervenir en la salud. Es importante considerar los determinantes sociales, culturales y ambientales que influyen en la salud, así como las diferentes visiones y experiencias de las personas y comunidades. En este contexto, se busca promover el diálogo y la colaboración entre lxs diversxs agentes involucradxs, con el objetivo de construir intervenciones y estrategias que mejoren la salud y la calidad de vida.

II.2 Los distintos modelos en salud

En el presente apartado, se hará énfasis en los distintos modelos de salud. En Trabajo Social es fundamental comprender y analizar las distintas formas de entender y abordar la salud, ya que esto tiene un impacto directo en las intervenciones y estrategias que se implementan. A lo largo del mismo, por lo tanto,

se expondrán los diferentes enfoques y perspectivas que existen en relación a la salud.

En primer lugar, es posible reconocer al Modelo Médico Hegemónico. Tomando los aportes de Menendez (1988), este se define como 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 subalterno 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” (p.451).

Entre sus características se encuentran: el individualismo, que coloca al sujeto en un rol pasivo y subordinado; la ahistoricidad y asociabilidad que lleva a concebir por separado a lo biológico y lo social, negando toda influencia de este último en la enfermedad; el biologismo que es el que posibilita ver a la enfermedad como una totalidad, sin tener en cuenta la “historia social de los padecimientos” (Menéndez, 1988). Asimismo es propio de este modelo la asimetría, el autoritarismo, la participación subordinada y pasiva de la persona, exclusión del conocimiento de lxs consumidorxs, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico (Menendez, 1988).

El rasgo dominante es el biologismo. Este factor garantiza la cientificidad del modelo. Siguiendo con Menendez (1988): “el biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad” (p.452).

El biologismo ha fragmentado al sujeto en especialidades, por edad, sexo, órganos, hábitat, por nivel de cuidados y hasta por síntomas o partes del cuerpo. Algunas de estas fragmentaciones han sido necesarias y útiles, pero el daño mayor ha sido la escisión del sujeto de su contexto social.

El énfasis en el cuerpo biológico de interpretación estadística y de curación fármaco-tecnológica se perpetúa. La vida de cada ser se oculta en el conocimiento hegemonizado por la corporación médica. Se aplica el reduccionismo, por la necesidad de una identidad sencilla, dual, clara (manipulable). No se tolera lo complejo, lo distinto: “un modelo médico ideológico, no cuestionador de la sociedad del enfermar, de la exclusión y de la desigualdad” (Vetere, 2006).

Resulta relevante observar cómo el concepto de salud es ejemplificador de la visión que distingue a lo que se puede englobar dentro de este Modelo Médico Hegemónico. Una muestra de la preeminencia que tiene el biologismo es el debate suscitado en torno a dicho concepto salud y las luchas que este debió afrontar para ampliar su reducida circunscripción. La salud era considerada como carencia de enfermedad, la desviación del organismo de lo considerado normal.

Por otra parte resulta importante destacar que, en el año 1948, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”. En este punto, resulta interesante identificar que, a diferencia del modelo anterior que tenía una visión sumamente unicausal, aparece en esta instancia la idea de la “multicausalidad”.

La definición anterior se encuentra en consonancia con el contexto histórico del Estado de Bienestar en Argentina. Como ya se mencionó, fue en dicho momento que se comenzó a ver a la salud como un derecho⁸. Esta conceptualización se consideró un gran avance ya que se amplió notablemente la concepción de salud, porque en la misma, se incorporan aspectos sociales y mentales como parte del proceso de salud-enfermedad.

No obstante, es posible reconocer que dicha conceptualización de la salud responde a una representación más bien funcionalista ya que, como plantea Ferrara

⁸ Si bien la salud comienza a ser reconocida como derecho en este contexto histórico, se formaliza como tal en nuestro país a partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994, en los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en los tratados internacionales de derechos humanos incorporados a la Carta Magna y a las interpretaciones, observaciones y recomendaciones realizadas por los organismos pertinentes creados por dichos tratados para la aplicación de sus prescripciones. El derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales, que son aquellos que existen con anterioridad a la sociedad y al Estado, ya que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo.

(1985) nadie vive en un estado completo de bienestar todo el tiempo, son sólo pequeños momentos en los que una persona puede identificarse con esa visión.

De esta manera, es posible dar cuenta que la incorporación de “lo social” fue visto como un factor o causa que operaba de igual modo que lo biológico, ya que terminó favoreciendo a desplegar intervenciones de manera fragmentada de cada una de las disciplinas participantes en el campo.

Esta cuestión, además de la eficacia de la biomedicina, permitió -entre otras cuestiones- la expansión y el dominio de este modelo sobre los otros. Sin embargo, a fines de los años '70 (plena crisis económica, política y social que aconteció a nivel mundial⁹) dicho modelo médico comenzó a ser cuestionado ya que presentaba una gran dificultad para generar respuestas a problemas de salud que persistían.

Es en este contexto que toma notable significación otro modelo, denominado “Alternativo” y que se corresponde con lo que se conoce como Medicina Social. La misma: “define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. En este sentido, las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras. Es a partir de estas categorías que las especificidades individuales, tales como el sexo, edad, educación, ingreso o raza, encuentran su determinación explicativa” (Iriart y otros, 2002. p3)

En esta línea, Ferrara (2009) parte de ver a la salud como “el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde, a su vez, se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad” (s/p). Desde este punto de vista, se considera a la enfermedad como un proceso incesante que requiere de la acción del sujeto para luchar y modificar las condiciones que limitan su vida. Es por eso que el proceso salud-enfermedad así entendido, es histórico y social.

⁹ En este contexto acontece lo que se denominó crisis del petróleo. Tuvo lugar en 1973 y fue un embargo petrolero impuesto por la OPEP (Organización de Países Exportadores de Petróleo) en respuesta a la Guerra del Yom Kippur. Esto causó una escasez de suministro y un aumento significativo en los precios del petróleo, generando una crisis energética global y consecuencias económicas negativas en muchos países.

No obstante, resulta interesante analizar ciertas consideraciones con respecto a este concepto. En primer lugar, si bien la Medicina Social a menudo se enfoca en la prevención y el control de enfermedades, deja de lado la promoción de la salud y el fortalecimiento de las capacidades de las personas y comunidades para cuidar de su bienestar. Esto lleva a un enfoque paternalista y asistencialista, en el que se espera que las personas se adapten a las recomendaciones y tratamientos médicos sin considerar sus contextos y necesidades particulares. Aunque la Medicina Social reconoce la importancia de los determinantes sociales de la salud, aún arrastra elementos del Modelo Médico Hegemónico, limitando su capacidad para abordar integralmente los problemas de salud y promover la autonomía y empoderamiento de las personas.

En segundo lugar, se puede asumir una posición crítica respecto a su denominación "Medicina Social" debido a que mantiene el enfoque y la centralidad de la medicina en la atención de la salud. Esta denominación refuerza la idea de que la medicina es la única disciplina capaz de abordar y solucionar los problemas de salud, dejando de lado otros enfoques y disciplinas igualmente relevantes.

Al utilizar el término "Medicina Social", se perpetúa la hegemonía médica y se relega a otras disciplinas, como el Trabajo Social, que tienen un enfoque más amplio y holístico de la salud. Esto limita la posibilidad de integrar diferentes saberes y perspectivas en la comprensión de los problemas de salud y en la implementación de intervenciones más integrales y efectivas.

Tomando los aportes de Hugo Spinelli (2022) es posible reconocer que en Latinoamérica se identifican dos perspectivas de medicina social: una de ellas propuesta por lxs medicxs Ramón Carillo en Argentina y por Josué de Castro en Brasil, y la otra de origen marxista, en los años 1960-1970. En Brasil, este movimiento fue reformulado como Salud Colectiva ya que al encontrarse atravesado por la dictadura, todo lo que llevaba el término social asustaba, como así también porque la palabra medicina generaba tensiones y debates dado que había profesionales, como trabajadorxs sociales, psicólogxs o enfermeros, que no se veían incluidos en el término medicina.

Hugo Spinelli (2022) plantea que el concepto -Salud Colectiva- poco o nada tiene que ver con los profesionales de la medicina, sino más bien, está vinculado

con la sociedad toda: el aire, el agua que tomamos, lo que comemos, el trabajo, el tiempo libre, los espacios de recreación. Así, se trata de un enfoque que aborda tanto la complejidad de los procesos sociales como las particularidades y los intereses de los diversos actores que los integran.

Es decir que, este campo de estudio considera factores sociales y ambientales que pueden afectar la salud de una población. Por ejemplo, puede incluir el acceso a agua potable y alimentos nutritivos, la calidad del aire y del medio ambiente, así como también los factores económicos y culturales que influyen en la salud.

La Salud Colectiva, tomando los aportes de Liborio (2013) integra áreas como las ciencias sociales, la epidemiología y la planificación estratégica. Es por ello que está compuesta por múltiples visiones acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen. A su vez, incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en su complejidad.

Liborio (2013) plantea que: “La Salud Colectiva abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil” (p.4).

En este sentido, y en concordancia con dicha autora analizar los modos de producción del conocimiento también requiere observar los procesos metodológicos para su construcción incluyendo a los métodos cualitativos que provienen de las Ciencias Sociales. Esto implica reconocer la necesidad de integrar otras disciplinas o áreas en el campo como el Trabajo Social, la Psicología Social, Educación, Derecho, entre otras.

Para finalizar, se entiende que los modelos mencionados anteriormente son clasificados y categorizados de dicha forma a fin de comprenderlos para su estudio y análisis. Sin embargo, se reconoce que forman parte de un entrettejido por lo que

no son homogéneos ni estáticos. Se adhiere a la idea de comprender a la salud de forma histórica, alentando a propuestas de cambio que implica mirar, conocer y actuar sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado a partir del paradigma de la complejidad¹⁰.

Es menester destacar que lo antedicho resulta relevante para la presente Tesis de grado, dado que permite explorar las interrelaciones entre los modelos de salud y las necesidades sociales emergentes en la guardia hospitalaria, buscando contribuir a la comprensión de las "Urgencias Sociales" en dicho contexto.

II.3 Niveles de atención en Salud y la intervención del Trabajo Social

El campo de salud se estructura en distintos niveles de atención con el fin de organizar los recursos y distribuir las tareas, procedimientos y actuaciones según su grado de complejidad, el Trabajo Social interviene en dichos niveles.

Tomando los aportes de Carballada (S/A)¹¹ se reconoce como *primer nivel de atención* aquel que cumple con las funciones de prevención y promoción de la salud. Las instituciones intervinientes son los centros de salud, unidades sanitarias, centros periféricos, salas de primeros auxilios, etc.

La atención primaria de la salud posee una cobertura universal que brinda respuestas a un grupo poblacional identificado y conocido. Implica una participación de la comunidad y es intersectorial. Apunta al trabajo en red.

Un punto a remarcar en lo que tiene que ver con la atención primaria de la salud es que no se comprende únicamente como un programa en sí (focalizado) ni como un mero nivel de atención (puerta de entrada), sino como bien plantea la OPS es "una estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud" (p.4) que comprendería a todo el sistema de salud y a toda la población a la que atiende el sistema. Aquí se da lugar a las ideas de equidad, eficacia social, articulación intersectorial, cooperación, etc.

¹⁰ El paradigma de la complejidad implica una forma de situarse en el mundo que ofrece un marco creador de nuevas formas de sentir, pensar y actuar que orientan el conocimiento de la realidad y la adquisición de criterios para posicionarse y cambiarla (Pujol, 2002).

¹¹ El texto referido se denomina "Trabajo Social, Política Social y Salud", de Ixs autores Alfredo J.M Carballada y Mariano Barberena.

Siguiendo con Carballada (S/A), la intervención del Trabajo Social generalmente se da dentro de equipos interdisciplinarios, en acciones de salud definidas. Actualmente, es posible dar cuenta que las intervenciones en dicho nivel son variadas de acuerdo al dinamismo de la realidad y a los nuevos padecimientos sociales. Lxs Trabajadorxs Sociales en este campo llevarán adelante entrevistas, trabajos grupales y se singulariza en el trabajo comunitario.

El *segundo nivel de atención* se organiza en relación a la asistencia en Hospitales Generales. Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel. La dinámica de las instituciones de este nivel implica la incorporación de profesionales lxs cuales se agrupan en función de su especialidad.

La variedad o diversidad de áreas y sectores va a depender de cada establecimiento de salud y de los distintos grados de desarrollo de acuerdo a las características que estos brindan. Los mismos requieren Unidades de Apoyo Diagnóstico más complejas (Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, etc). A su vez, incluyen la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, entre otros.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otrxs especialistas o para internación por parto o cirugías. Dentro de este nivel de atención se encuentran, como se planteó, los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

En concordancia con Carballada (S/A), la Intervención del Trabajo Social en este nivel, se vincula con la intervención en las problemáticas de las personas que concurren a consultar al hospital como así también de aquellas que se encuentran internadas. Se trabaja desde los diferentes servicios que existen dentro de cada institución, planificando y articulando distintos proyectos y programas de prevención y promoción de la salud, trabajando en red y de forma interdisciplinaria conformando

los equipos de salud y acompañando y asesorando a las personas y su entorno afectivo en lo que respecta a su proceso de salud por el cual consulta.

Por último, el *tercer nivel de atención*, se ubica en Hospitales Especializados de alta complejidad médica y tecnológica, estratégicamente localizados a nivel regional con responsabilidad territorial. Representa el último nivel de referencia de la red de cuidados.

En este nivel, la intervención del Trabajo Social se relaciona con problemáticas de salud específicas donde se singulariza la misma obteniendo un alto nivel de especificidad. Vinculado a la atención en contextos de internación y guardia, elaboración de informes sociales, acompañamiento, evaluación interdisciplinaria, derivación a otrxs profesionales o instituciones si así lo requiere la situación, realización de talleres de promoción y prevención de salud, entre otros.

Es menester destacar que dichos niveles no deben entenderse de manera aislada sino que son parte de todo el sistema sanitario y se encuentran en estrecha interrelación. Asimismo, la intervención social no se limita a las incumbencias de un nivel de atención, sino que ésta es transversal.

A su vez, es imprescindible remarcar la participación comunitaria en todos los niveles: que las personas sean protagonistas de su proceso de salud. La salud, como derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por los servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.

II.4 La gestión en salud: ¿Salud pública o privada?

A raíz de lo expresado en los subtítulos precedentes y habiendo conceptualizado a la salud como campo, se planteará aquí de manera más específica aquello relacionado con la gestión en salud.

La particularidad del sistema de salud argentino es la coexistencia desarticulada de tres subsistemas que responden a formas específicas de gestión de la misma. Esta fragmentación se expresa en: distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento, diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados, regímenes y

órganos de control y fiscalización. Estos son, el público, el de Seguridad Social (Obras Sociales) y el privado. Estos subsistemas difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con los que cuentan.

En primer lugar, tomando los aportes de Acuña y Chudnovsky (2002), el *subsistema público* está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de diferentes jurisdicciones, a saber: nacional, provincial o municipal, y que presta sus servicios de provisión gratuita.

En segundo lugar, el *subsistema de Obras Sociales* en Argentina, se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la Ley 18.610. Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI) (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

Cuando se habla de seguridad social¹², se hace referencia a no menos de cuatro universos diferentes:

1. Obras sociales nacionales (285 en total, con cobertura a una población de once millones) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que da cobertura a aproximadamente a tres millones de habitantes.

¹² Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (s.f.). Módulo 5: Políticas de Salud. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/modulo-5-politicas-de-salud>

2. Obras sociales provinciales (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), que dan cobertura a unos cinco millones de personas.
3. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente ochocientas mil personas.
4. Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con trescientos veinte mil beneficiarios.

Por último, el *subsistema privado* se constituye bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga, donde se agrupan un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios) (Acuña y Chudnovsky, 2002).

En las instituciones de salud privada, la prioridad suele ser maximizar los ingresos y minimizar los costos, lo que puede tener consecuencias negativas en la calidad de la atención brindada.

Es decir que la salud de gestión privada tiende a estar orientada hacia aquellas personas que pueden costear los altos precios de los servicios médicos. Esto genera desigualdades en el acceso a la atención de calidad y pone en riesgo el principio de equidad en la distribución de los recursos ya que se favorece a aquellos que tienen mayor capacidad económica.

Es importante tener en cuenta que no todas las instituciones de salud privadas operan de la misma manera, y existen aquellas que buscan brindar una atención de calidad y equitativa. Sin embargo, la lógica mercantil presente en el sistema de salud privado plantea desafíos en términos de accesibilidad, calidad y equidad en la atención médica. En este contexto, la atención se convierte en un servicio comercializado con el objetivo de obtener ganancias económicas.

La lógica mercantil en la salud se basa en la idea de que la atención médica es un producto que puede comprarse y venderse en el mercado. Esto implica que la salud se convierte en una mercancía sujeta a las leyes de oferta y demanda, y se busca obtener beneficios económicos a través de la prestación de servicios de salud.

En esta lógica, se prioriza la rentabilidad económica por encima de otros aspectos fundamentales de la salud. Las decisiones sobre qué servicios se ofrecen, a quiénes y en qué condiciones, están determinadas por criterios financieros y no necesariamente por las necesidades de las personas.

La lógica mercantil en la salud también puede generar incentivos “mal intencionados”, como el sobret ratamiento o la medicalización excesiva, ya que se busca maximizar los ingresos a través de la realización de procedimientos médicos y la prescripción de medicamentos, incluso cuando no son necesarios.

Para finalizar es menester destacar que -al igual que los niveles de atención-, los subsistemas de salud no deben entenderse aisladamente sino que conforman todo el sistema sanitario, interpelándose de forma permanente. Esto es así ya que al estar interconectados e influirse mutuamente, los cambios o decisiones tomadas en un subsistema pueden tener repercusiones en los demás.

II.5 Recorrido histórico del sistema de salud argentino

Habiendo descrito y caracterizado el campo de salud en general, resulta importante en este punto, situarnos en el sistema argentino de salud, haciendo un recorrido histórico del mismo, dando cuenta de diversas categorías analíticas que permiten reconocer la dinámica evolutiva de la organización de los servicios de salud en el país.

Para ello, se retomarán los planteamientos de Tobar (2012) quien analiza al sistema de salud a partir de cuatro periodos históricos: el de Policía Médica, el Estado de Bienestar, el modelo Desarrollista y el modelo Neoliberal; considerando las políticas delineadas para hacer frente a la salud del conjunto de la población donde aparecerán implícitos los modelos que se expresaron anteriormente.

La primera etapa -el de la Policía Médica- estaría caracterizada por el proceso de acumulación que giraba en torno a los intereses hegemónicos de la burguesía agroexportadora. En ella, el Estado absorbía las demandas sociales emergentes siempre y cuando se tratara de aquellas medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo. El Estado liberal no reconocía a la salud como un problema público por lo tanto no ocupaba un lugar en la agenda (Tobar, 2012).

Para el Estado liberal, siguiendo a Tobar (2012) la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar a lxs enfermxs” que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia.

En este contexto, resulta relevante mencionar que en 1924 se creó la primera Carrera de Visitadoras de Higiene Social en la Universidad Nacional de Buenos Aires, con el propósito de generar una instancia de intervención preventiva en clave de mantener la integridad y estabilidad de la sociedad en su conjunto. En este contexto, se buscaba inculcar la idea de que la prevención se sustentaba en las acciones tomadas y ejecutadas en el seno de cada hogar, las cuales podrían presentar variaciones de acuerdo al nivel educativo y a la pertenencia de clase de cada familia.

La promoción de la prevención se implementó a través de iniciativas educativas. Se priorizaba que la enseñanza estuviera dirigida en su mayoría, a las mujeres y niñas, ya que eran quienes cargaban con la responsabilidad de las labores domésticas y la reproducción de la vida hogareña del ámbito privado (Oliva, 2006). Por lo tanto, parte de la formación en las escuelas, tanto primarias como secundarias, se enfocaba en la instrucción sobre prácticas higiénicas, gestión del hogar, costura, entre otros aspectos. La capacitación de las Visitadoras de Higiene Social estaba alineada con este tipo de educación y se llevaba a cabo desde instituciones educativas o agencias de atención pública de la salud, permitiendo así las visitas a los hogares para fomentar estas prácticas (Oliva, 2006).

En este sentido, la visita domiciliar se constituyó como una herramienta para mitigar el conflicto, difundiendo pautas de ordenamiento sanitario, familiar y económico. El acercamiento a los hogares de las personas permitió conocer de manera integral la vida y la dinámica de las familias.

Es por ello que se puede situar históricamente a las mismas como uno de los actos fundacionales del Trabajo Social, como un icónico, específico e identitario espacio socio-ocupacional que ha precedido a la propia profesión y de alguna manera marca el origen de la misma.

En definitiva, se observa que el rol que las Visitadoras de Higiene ejercieron durante este periodo fue trascendental, y se configura como el primer antecedente en la formación académica disciplinar de lo que actualmente es la profesión de Trabajo Social.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta “policía médica” constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Así se forjó lo que se denominó “ciudadanía invertida” ya que la asistencia médica colectiva constituye una “dádiva” otorgada a lxs no ciudadanxs, a lxs excludxs (Tobar, 2012).

En segundo lugar, el Estado de Bienestar, caracterizado por el proceso de industrialización, impuso un desplazamiento a la oligarquía agroexportadora para darle lugar a la coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y a lxs trabajadores urbanos. Tobar (2012) plantea que, el surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, impulsaron una progresiva incorporación del Estado a las cuestiones de salud.

En este Estado aparece lo que se denominó seguro social. Los organismos de la Seguridad Social se constituyen como uno de los elementos fundamentales ya que comenzaron a incorporar las demandas de lxs trabajadorxs urbanos.

Argentina fue uno de los principales países en establecer sistemas de seguros sociales. Esto se constituyó en un hito ya que antes del seguro social la

salud no constituía un derecho y la asistencia médica pública era sumamente asistencialista y de corte residual.

Dicho modelo universalista o de seguridad social se caracteriza por tener una financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios, que generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Lxs trabajadorxs profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Este modelo privilegia la función del Estado como proveedor. La salud como derecho universal pasó a ser garantizado y financiado con recursos públicos.

Con respecto al Estado desarrollista, da lugar a un Estado burocrático-autoritario, empresarial, militarizado y tecnocrático que excluyó al movimiento obrero. Siguiendo a Tobar (2012) la política social se subordina a los intereses de acumulación, dando lugar a la privatización y a la incorporación de la tecnología. Por ello el rol distribucionista del Estado es aquí reemplazado por el de garantizar la acumulación de capital.

Indudablemente, a partir de este tipo de políticas, el sector de salud sufrió un fuerte impacto ya que al disminuir el gasto del Estado las propuestas se dirigían a racionalizar el sector público paralizándolo el crecimiento de su capacidad e influyendo en su propio deterioro.

Los organismos estatales se expandieron, cubriendo nuevos ámbitos para intervenir. Comienza así a desarrollarse una etapa tecno-burocrática con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada.

Es en esta era de desarrollo, tomando los aportes de Campana (2011), que surgió lo que se conoció como sanitarismo, que a pesar de algunas diferencias, incorporó muchos aspectos del higienismo e incluso los intensificó. A través de este enfoque orientado al desarrollo, se adoptó una mentalidad tecnocrática que introdujo nuevas tecnologías de intervención, aunque, en última instancia, se centró en perfeccionar los métodos de evaluación del mérito mediante la mejora de los instrumentos para identificar y clasificar la pobreza.

El discurso sanitarista desempeñó un papel importante en la configuración de un modelo de intervención estatal en lo social en Argentina, que se basaba en gran medida en la noción de comunidad. Se enfatizó la creación de esta "invención" de la comunidad como un nuevo sujeto-objeto de las intervenciones sociales del Estado, y esto tuvo implicaciones significativas para el Trabajo Social. Se esperaba que la disciplina asumiera un papel central como "agente de cambio" y promotora del desarrollo (Campana, 2011).

Lxs sanitaristas se presentaban como mediadores privilegiados entre la medicina y la sociedad. Su función como médicos de Salud Pública era actuar como organizadores de la comunidad, establecer las condiciones físicas más apropiadas para la vida, progreso y bienestar humanos, lograr una adaptación adecuada del la persona al entorno social y cultural en el que vive, promover una salud positiva que permita superar limitaciones genéticas que obstaculicen su desarrollo, madurez y avance, alejar a las personas de las amenazas que afectan directa o indirectamente su salud, las incapacitan, acortan su vida y perjudican la salud y el bienestar de la comunidad.

Es importante destacar que, desde la perspectiva del sanitarismo argentino, estrechamente vinculado al proyecto de desarrollo, la "arquitectura del cambio" se basaba en la creación y puesta en funcionamiento de instituciones de salud, como la Escuela Nacional de Salud Pública, el Bachillerato en Sanidad, el Instituto de Servicio Social, el Instituto Nacional de Pediatría Social, el Centro de Capacitación en la Lucha contra la Tuberculosis, el Instituto de la Alimentación y el Sistema de Médicos Residentes (Gómez, 2008).

La preocupación por la participación comunitaria surgió con el sanitarismo, lo que reflejó el interés de la medicina en incorporar cuestiones sociales en el ámbito de la salud pública.

Por último, a partir de la crisis del capitalismo, se redefinen los patrones de acumulación, los modelos de producción y la división internacional del trabajo. Se abandona el modelo fordista y la producción de los países industrializados es liderada por los modernos sectores productivos. Se produce entonces el agotamiento del Estado Benefactor y se impone el discurso neoliberal (Tobar 2012).

En Argentina dicho modelo se instala a partir de 1976 enfocándose en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumió funciones de intervención. Las Fuerzas Armadas retoman el discurso del liberalismo económico y ello repercute en la esfera de salud avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado y su traspaso a la actividad privada. Esto generó que se implante una definición de salud como mercancía.

Lo que planteaba en definitiva el neoliberalismo era mercantilizar al máximo la provisión de bienes y servicios de salud con una mínima intervención del Estado. Entre las principales acciones que se llevaron a cabo en salud fueron la de fragmentar el sistema, descentralizar los servicios, fortalecer al sector privado, focalizar la provisión pública y arancelar los servicios públicos.

El resultado de dichas políticas generó que hoy en día permanezcan ciertos componentes del modelo neoliberal en las organizaciones de los servicios de salud en Argentina. Esto se puede visualizar en que ha habido un progresivo crecimiento respecto de la oferta de los servicios privados de salud. Asimismo, creció de forma sostenida la cobertura de la medicina prepaga, reafirmando así la noción de la salud como una mercancía.

II.6 Salud en Mar del Plata

Si bien se sostiene que la salud es un bien público y un derecho, la particularidad de la salud argentina, como se planteó, es la coexistencia desarticulada de tres subsistemas que responden a formas específicas de gestión de la misma. Estos son, el público, el de Seguridad Social (Obras Sociales) y el privado. Estos subsistemas difieren respecto a su población objetivo, los distintos niveles de atención, los servicios que brindan y el origen de los recursos con los que cuentan.

El campo de la salud en la Provincia de Buenos Aires se agrupa a partir de la división territorial en partidos y localidades, en los cuales se encuentran delimitadas regiones que comprenden desde la Región Sanitaria I hasta la XII. Estas se organizan a partir de la conformación de hospitales zonales generales, unidades de pronta atención, institutos y centros de salud especializados.

A su vez, Buenos Aires cuenta con diversas áreas de salud, entre las que se destacan por su abordaje y trayectoria: la salud comunitaria, el área de equidad de género en salud, salud mental, salud y educación, enfermedades infecto contagiosas, etc.

En la ciudad de Mar del Plata, específicamente se encuentra la sede de la Región Sanitaria VIII, la cual incluye y abarca a los municipios de General Lavalle, Maipú, partido de La Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea y San Cayetano.

Con respecto al servicio de salud pública perteneciente a la gestión de gobierno municipal, la ciudad cuenta con una amplia red de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) -actualmente hay 32-, distribuidos en zona sur, norte y centro, los cuales son servicios primarios que articulan con el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA). La política de atención de la salud pública está pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades, motivo por el cual existen diversos programas dirigidos a grupos de niños, adultos y adultos mayores.

En el segundo nivel de atención, por su parte, funcionan dos hospitales provinciales interzonales: El Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (HIGA) y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” (HIEMI)¹³. El primero es el centro de atención de mayor complejidad de toda la Región Sanitaria VIII con una demanda continua y creciente año a año.

Es el Hospital referente regional de la red prestacional provincial y local en el segundo nivel de atención de: Trauma, Salud Mental, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Cardíaca, Oncohematología, Retinopatía Diabética, Unidad Raquimedular, Cardio Oncología, Unidad de Mastología y Consultorio de Diversidad con perspectiva de género.

¹³ De ahora en más se utilizará la abreviatura HIGA por el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” e HIEMI por el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”.

Funciona también como Hospital Donante referente de la Región Sanitaria VIII y Unidad Centinela de vigilancia epidemiológica, Unidad de Tercera Edad y Derechos Humanos, en coordinación con programas provinciales y nacionales.

Conformado también por las Unidades de Pronta Atención (UPA) 8 y 13, el Hospital Modular y el Centro Modular Sanitario, es considerado un hospital escuela con formación de pregrado y postgrado con desarrollo en área de residencias y escuela de enfermería, investigación clínica y de servicios.

Por su parte, el HIEMI es un hospital de alta complejidad, caracterizado por ser Interzonal y especializado, lo cual lo convierte en un Hospital de derivación que recibe personas del partido de General Pueyrredón y de la Región Sanitaria VIII. Se atienden mujeres embarazadas y niños de 0 a 15 años de edad, provenientes no solo de la ciudad de Mar del Plata, sino también de una extensa zona de influencia que abarca 16 municipios de la Provincia de Buenos Aires, con una población estimada de 1.600.000 habitantes.

El HIGA y el HIEMI funcionan como hospitales estatales, públicos y gratuitos al servicio de toda la comunidad.

A su vez, el Hospital Bernardo Houssay también pertenece al segundo nivel de atención y está destinado a usuarios que tengan como cobertura INSSJP-PAMI.

Con respecto al sector privado, la ciudad dispone de una red de clínicas privadas, entre ellas se destacan: la Clínica 25 de Mayo, Clínica Pueyrredón y Clínica Colón, el Hospital Privado de la Comunidad, el Sanatorio Belgrano, Sanatorio Avenida, la Clínica del niño y de la Madre, Clínica de Fracturas, Clínica Mar del Plata (Ex Hospital Español), entre otras.

Una de las características principales que comparten todas estas instituciones de salud es que al ser de gestión privada, la mayoría de la población que concurre son afiliados de obras sociales o prepagas que están en convenio con las mismas. De no poseer cobertura, se puede acceder a las prestaciones abonando éstas de manera particular.

Por último, en la ciudad responden al tercer nivel de atención instituciones que por un lado son de rehabilitación como lo es el Instituto Nacional de

Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS). Este es el único centro de referencia en rehabilitación psicofísica en el ámbito de la Nación.

Dicho instituto cuenta con un edificio de aproximadamente 8500 metros cuadrados, con un plantel de Recursos Humanos de 300 agentes, y atiende aproximadamente a 19.000 personas por año en internación, 185.000 prestaciones en rehabilitación anuales, 32.000 consultas médicas, y 7800 personas por día en atención domiciliaria.

Respecto a la población usuaria recibe personas de todas las edades, para ello cuenta con equipos de salud interdisciplinarios especializados ya sea en pediatría o en adultxs. Asimismo cuenta con dos modalidades principales diferenciadas: ambulatoria e internación. Para ambos casos se deben completar las planillas de derivación por médicx de cabecera y adjuntar a las mismas los estudios que avalan el diagnóstico.

Por otro lado, se encuentran instituciones del tercer nivel a residencias de larga estadía. Entre ellas se encuentran por ejemplo la Residencia San José, Residencia San Fernando de Asís, Residencia Eva Perón, entre otras. Estas están destinadas a personas mayores de 60 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, fragilidad y/o dependencia y que no puedan ser cuidadas ni asistidas por ningún miembro de su entorno afectivo, y que no cuenten con obra social o cobertura de salud que contemple como prestación residencias de larga estadía. De contar con cobertura de salud, están aquellas residencias de gestión privada a la que lxs afiliadxs pueden acceder, como así también elegir abonarlas de forma particular en caso de no cubrirlas.

A raíz de lo expuesto, se denota que Mar del Plata cuenta con una gran cantidad de instituciones de salud tanto públicas como privadas que brindan atención abarcando los distintos niveles y a toda la población de la ciudad, funcionando de forma interrelacionada e interconectada, permitiendo así mayor integridad a la hora de dar respuestas a problemáticas vinculadas a la salud.

CAPÍTULO III:

De urgencias y demandas sociales. La mirada del Trabajo Social en la guardia hospitalaria.

En los apartados precedentes se desarrolló el recorrido histórico del sistema de salud en Argentina, sus modelos de intervención, niveles de atención y los subsistemas que lo atraviesan. A partir de haber conceptualizado el campo de salud en su complejidad, es fundamental en este punto situarse en un espacio de intervención específico que es parte de las instituciones de salud que atienden el segundo nivel de atención: la guardia hospitalaria.

Es por ello que resulta necesario, plantear, definir y conceptualizar a la categoría de “Urgencia Social”, ya que a partir de ella es que se configuran demandas de intervención en lo social que pueden surgir en el contexto de guardia hospitalaria, experimentadas por las personas que acuden allí.

III.1 La guardia hospitalaria como espacio de intervención

En las instituciones de salud, la guardia se puede entender como un dispositivo institucional para dar respuesta a las situaciones de urgencia. Está en funcionamiento las veinticuatro horas del día, permitiendo que las personas concurren cuando subjetivamente registren su necesidad de consultar.

Fanlo (2011), tomando a Foucault, plantea que, el dispositivo es:

“una red; un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; los elementos del dispositivo pertenecen a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos” (p.1)

El dispositivo es el espacio de saber/poder donde se procesan tanto las prácticas discursivas como no-discursivas. En tanto red de relaciones de saber/poder existe situado históricamente, espacial y temporalmente, y su emergencia siempre responde a un acontecimiento que es el que lo hace aparecer.

Entonces, analizar un dispositivo consiste en descubrir esas prácticas (discursivas y no discursivas) que siempre son singulares porque su emergencia siempre responde a un acontecimiento históricamente particular (Fanlo, 2011).

En este sentido, siguiendo a Sotelo (2009), históricamente el dispositivo de guardia contempla la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas: “la organización de la guardia, de sus profesionales y recursos permite la puesta en marcha de modalidades de respuesta más o menos automáticas frente a cada consulta, en una suerte de automatismo de repetición que permite la resolución de las situaciones de urgencia” (p.128). Lo que ordena esta modalidad de funcionamiento y de respuesta lo rige la concepción médica de la urgencia, aquello que la medicina define y entiende como urgente.

Siguiendo a la autora (Sotelo, 2009), para la medicina la urgencia se define entonces, por la alteración abrupta de un cuerpo puramente biológico que hay que volver a normalizar y que no puede esperar. Es decir, la urgencia así definida queda esencialmente relacionada al cuerpo biológico, siendo este su principal protagonista.

Sin embargo, hoy en día se aspira a concebir la guardia como un dispositivo que se constituya como un lugar de alojamiento del sujeto suponiendo una lógica particular en la relación al tiempo: frente a la prisa para concluir lo que el paciente exige, el analista propone abrir un tiempo de comprender, tiempo en el que se articulará la urgencia, el trauma y el síntoma (Sotelo, 2009).

Como se viene mencionando, la concepción de la guardia en las instituciones de salud como un dispositivo institucional para atender situaciones de urgencia va más allá de una simple respuesta automática a las necesidades de los pacientes. Esta visión reconoce que la guardia es un entramado de elementos heterogéneos, se presenta como un lugar de encuentro entre el sujeto que busca atención y los profesionales de la salud, donde se despliegan modalidades de respuesta que van más allá de aquellas intervenciones protocolizadas explicitadas.

Reconocer la dimensión subjetiva y psicológica de la persona, implica dar cuenta que la urgencia no solo se limita a una alteración física, sino que también puede estar relacionada con aspectos emocionales, sociales y contextuales.

La guardia se configura como la puerta de entrada, en donde frente a un imprevisto y/o urgencia se demanda atención inmediata, un diagnóstico, una evaluación que contenga la complejidad y una estrategia que encamine la intervención (Costa, Juaniz Verón, Mattioni y Parodi, 2019).

En la guardia de una institución de salud intervienen múltiples agentes de salud, entre ellxs trabajadores sociales, psicólogxs, personal médico, el personal de enfermería, técnicxs de diferentes áreas (hemoterapia, diagnóstico por imágenes, laboratorio), camillerxs y administrativxs entre otrxs.

El servicio de guardia usualmente cuenta con un sector de admisión de pacientes. La primera instancia por la que pasan se denomina “triage”, el cual es un método de selección y clasificación de pacientes de manera diaria que permite establecer un orden de pacientes de acuerdo al grado de compromiso vital.

Luego del triage inicial, las personas usuarias inician el trámite administrativo para ser ingresados y aguardan una segunda evaluación sistemática en el servicio de guardia, donde se corrobora -por el personal médico- el diagnóstico preliminar establecido en el triage, permitiendo la definitiva decisión de los pasos a seguir.

Para finalizar, es sumamente importante que en este proceso de resolución de la urgencia como primera instancia, la guardia se constituya en la puerta de entrada a un sistema que permita también la detección rápida y prevención de problemáticas. A su vez, que se decodifique de quien es esa urgencia y el motivo subjetivo por el cual consulta, teniendo en cuenta las diversas formas de atención de los padeceres que las personas utilizan para reducir o solucionar sus problemas. Esto implica la necesidad de incluir los espacios cotidianos donde éstas se desarrollan.

Además, es fundamental promover una articulación interdisciplinaria en la atención de urgencias, involucrando a todxs los profesionales de la salud, permitiendo abordar de manera integral las problemáticas que emergen en la guardia.

Asimismo, es necesario fomentar la participación activa de las personas en su propio proceso de atención, reconociendo su autonomía y brindándoles información clara y accesible sobre su situación de urgencia. Esto implica establecer

una comunicación fluida y empática, donde se promueva el diálogo y se respeten las decisiones y preferencias de cada persona.

Por último, es importante que la atención de urgencias no solo implique la resolución inmediata de los síntomas biológicos, sino que se enfoque en la prevención y seguimiento posterior. Esto permite establecer mecanismos de derivación y coordinación con otros servicios de salud, para garantizar una continuidad en la atención evitando complicaciones futuras.

III.2 La “Urgencia Social” en la guardia hospitalaria.

La categoría “Urgencia Social” resulta pertinente en este punto, ya que se sostiene que es a partir de ésta que se configuran las demandas de intervención en lo social que pueden surgir en el contexto de guardia hospitalaria, el cual se constituye como el espacio de intervención elegido para la presente Tesis de grado.

Es preciso aclarar, que la categoría se plantea aquí resignificada desde la disciplina de Trabajo Social. A partir del análisis del concepto de urgencia sostenido por el modelo médico hegemónico y urgencia subjetiva planteada por el psicoanálisis, es que es posible la construcción de una definición de “Urgencia Social”.

La noción de *urgencia* ha sido mayormente abordada por los psicoanalistas en las últimas décadas, de hecho se pueden leer referencias de la misma en Freud y Lacan. Estos de manera generalizada, sostenían que la misma irrumpía o desequilibraba aspectos de la vida. La urgencia era y es lo imposible de soportar.

Tomando los aportes de Osvaldo Delgado (2011), urgencia es un término proveniente del discurso médico y refiere tanto al típico dispositivo de urgencias como a un modo de presentación de los pacientes. Plantea que la urgencia está compuesta por dos elementos: el padecimiento sin velo, sin trama de representación; y por la cuestión del tiempo, el apremio y la prisa. A su vez, sostiene que “es la ausencia de escena psíquica lo que reúne trauma y urgencia” (p. 3).

Es por ello que la persona que consulta en la guardia se encuentra en una situación de malestar, el cual en ocasiones es sostenido y acumulado en el tiempo, buscando ser resuelto de forma rápida y urgente.

A su vez, Laurent (en Seldes, 2004) sostiene que las urgencias son subjetivas, por lo tanto, habrá tantas urgencias como sujetos. La *urgencia subjetiva* implica la presencia de un sujeto suelto, en la medida en que se produce una caída del saber con el que dicho sujeto contaba para hacer frente a lo real. Se presenta como aquello que desequilibra el funcionamiento.

Siguiendo con Seldes (2008) se establece un contacto con lo real, es decir, hay un acontecimiento que rompe con un sentido que permitía decidir para el sujeto. Sotelo y otrxs (2013) postulan que en la demanda de una urgencia podríamos ubicar coordenadas subjetivas, lo cual da la posibilidad de implicar al sujeto con eso de lo que padece, que en un primer momento parece como ajeno y extraño. Sotelo, Fazio y Miari (2014) describen a esa primera demanda de este modo: “se presenta de forma variada y suele manifestarse como irrupción sintomática, como exceso de sufrimiento insoportable para el paciente y que requiere resolución” (p.143). Inclusive, caracterizan a la consulta en urgencia como aquella que se produce por demanda espontánea, pudiendo solicitarla: lxs pacientes, las familias, lxs jueces o lxs agentes profesionales de otra área de salud.

En definitiva, resulta importante el concepto de urgencia subjetiva ya que como se planteó, se trata de una ruptura, una pérdida de equilibrio en la vida cotidiana de la persona y de su realidad. La situación en la que se encuentra el sujeto es desordenada y caótica y su urgencia muchas veces tiende a ser generalizada. Esto está relacionado con el predominio del modelo médico hegemónico, que tiende a abordar esta urgencia de manera automatizada y simplista, centrándose en el síntoma biológico a aliviar. Sin embargo, al compartir su sufrimiento y malestar con otra persona, se puede lograr una nueva interpretación de la situación, pasando de una urgencia generalizada a una urgencia subjetiva.

En este sentido, resulta interesante la perspectiva de San Miguel, T (2011) quien entiende a la urgencia subjetiva como “fuera del discurso”: “entiendo con ello la suspensión del entramado discursivo, que supone básicamente el funcionamiento de la cadena significativa, al mismo tiempo que el “fuera de discurso” propicia un cambio de discurso y la posibilidad entonces, vía el deseo de un analista, de la constitución de un sujeto. Urgencia como acontecimiento, como devenir en

oposición a la historia, que desde esta perspectiva estaría relacionada con el sentido y el encadenamiento significativo” (p.238).

Un decir, un acontecimiento, puede ser una oportunidad para cambiar o transformar un discurso. De los discursos dependerá su lectura y tratamiento. No se trata de establecer jerarquías o emitir juicios de valor entre ellos, sino de establecer conexiones y vínculos. El analista desea que, como dispositivo singular, su perspectiva se inserte en cualquiera de los otros discursos, contribuyendo a la construcción de subjetividad (San Miguel, T. 2011).

En las instituciones de salud, sobre todo en los contextos de guardia, constantemente se presentan personas con diversas situaciones de salud, las cuales les significan, impactan y vivencian de manera particular. Es por ello, que la urgencia se vincula primeramente con la presencia de lxs médicxs. Aunque, lo que suele ocurrir, es que la familia, sus redes de contención, su entorno o la propia persona frente a esa situación de urgencia necesite un espacio de escucha y orientación que exceda el discurso y diagnóstico médico propiamente dicho.

Las instituciones de salud se encuentran atravesadas por una época que exige pronta resolución de los fenómenos que emergen, siendo la urgencia una presentación clínica cada vez más frecuente. Los diseños, políticas e intervenciones sanitarias no están por fuera de esta exigencia. Sin embargo, los dispositivos tradicionales si bien resuelven la urgencia médica, más ligada al riesgo, no siempre lo hacen con la urgencia subjetiva, es por ello que resulta necesario el diseño de dispositivos eficaces para alojar, diagnosticar y dar tratamiento a dichas urgencias. Estos dispositivos deberían tener como propósito producir una torsión de la urgencia generalizada a la subjetivación de la misma, del “para todxs” al “unx por unx” leyendo al acontecimiento que se presenta como algo único y singular, que no es clasificable (Sotelo, 2015).

Resulta pertinente en este punto resignificar, como se planteó, desde la disciplina del Trabajo Social, el concepto de Urgencia Subjetiva a partir del concepto de “*Urgencia Social*”¹⁴. La misma hace referencia a una situación específica,

¹⁴ Dicho concepto es trabajado y resignificado a partir del proyecto de guardia del Servicio de Trabajo Social del Hospital Privado de la Comunidad, adquiriendo relevancia como antecedente y soporte profesional.

sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. Esta, a diferencia de la idea de urgencia sostenida por la medicina tradicional principalmente, no pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales.

Lo social cobra relevancia porque presenta un carácter estrictamente relacional. Son los lazos, los vínculos y las interdependencias las que condicionan y modifican las conductas y acciones de aquellos que están sujetos a esta relación. Emerge del “otrx”, de la relación con lxs otrxs. Lo social, además, se constituye como un medio que permite un grado de sincronización en los comportamientos, habla de la posibilidad de la interacción en circunstancias de contingencia (Gonnet, J.P, 2008).

Dar lugar a la “Urgencia Social” implica priorizar la escucha de malestares históricos y sociales que están inscriptos en las personas (lanantuony, 2018). La urgencia no implica dar respuesta inmediata, pero sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona, para poder construir con otrx y así evaluar las posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo (Madeira, S; Fernandez, M.L; Grondona, C; Ismach, S y Riqué, D. , 2011).

En este sentido, se remarca entonces la importancia de un espacio de escucha tanto para el sujeto como para la familia y/o entorno. En una institución de salud cada unx desde su rol y con sus respectivas construcciones subjetivas van dando cuenta de que la situación da paso a otro tipo de urgencias, las cuales van más allá de una “receta o medicación”. Siempre es cuestión de un sujeto, de su sentir, y de lo que para él las palabras quieren decir.

Es por ello que resulta relevante entonces el concepto de “Urgencia Social” ya que habilita esa “escucha subjetivante” y da lugar al discurso del “sujeto de la experiencia”, experiencia entendida, siguiendo a Amarante (2007) como “una actitud epistémica, que significa la suspensión de un determinado concepto e implica la

posibilidad de nuevos contactos empíricos con el fenómeno de la cuestión, es decir, es la experiencia vivida por el sujeto (p.66).

Escuchar lo vivido por la persona y su malestar cotidiano, permite -como plantea Lanantuony, C- conceptualizar en primera instancia la demanda social, instaurar una primera aproximación diagnóstica y formular en conjunto con el otrx un plan de acción.

En definitiva, quienes acuden a una guardia hospitalaria lo hacen buscando una respuesta o solución inmediata. Pero es aquí donde emerge la necesidad de instalar espacios para reflexionar en torno a la problemática y a las posibles alternativas de abordaje para que esta urgencia no se traslade a la intervención sin un proceso crítico de formulación del problema.

El equipo interdisciplinario asume un rol sumamente importante, ya que es quien debe interpretar la demanda subjetiva. La entrevista interdisciplinaria se sitúa como una técnica operativa privilegiada y de suma importancia, tanto a nivel de su encuadre como de sus objetivos.

En este sentido, la intervención profesional debe tener en cuenta las particularidades de las personas con las que interviene. Es decir, las problemáticas que atraviesan, cómo las conciben, las estrategias de supervivencia que adoptan y cómo están compuestas sus redes vinculares. A su vez, se debe poder reconstruir los hechos singulares y aislados como parte de una totalidad más amplia. La complejidad de los problemas sociales que reclaman intervención, requieren de una especial atención, ya que no sólo deben tener presente lo explícito de las problemáticas sino develar aquello que se presenta como lo dado, lo naturalizado y lo no dicho.

Como se mencionó, entonces, el equipo de salud debe considerar en conjunto al padecimiento subjetivo con las problemáticas sociales en su trayectoria de vida. Por ello es preciso no considerarlas como hechos aislados, poder contextualizarlas de manera integral en los procesos más amplios que están involucrados los modos de vida de las personas. Solo así se podrá desarrollar

intervenciones más integrales superando la fragmentación y el aislamiento, generando lógicas de cuidado por sobre la de las enfermedades.

III.3 El sujeto en la guardia hospitalaria.

En este subtítulo, y luego de haber definido a las “Urgencias Sociales” y a la guardia como espacio de intervención, se hará especial énfasis en el sujeto que concurre a la misma. Esto cobra relevancia ya que, caracterizar a los sujetos y sus demandas de atención permite analizar cómo su irrupción en dicho contexto complejizan las prácticas que lleva a cabo el equipo de salud para dar respuesta a sus problemáticas. Para ello, se decidió utilizar el análisis que plantea Carballada (2017) sobre el “sujeto inesperado”.

En las instituciones de salud, continúa teniendo fuerza el Modelo Médico Hegemónico, el cual se centra en la identificación de síntomas orgánicos y posibles tratamientos. Su énfasis está puesto en el cuerpo biológico. De esta manera, queda relegado del análisis de los problemas de salud, su indudable carácter histórico y social.

En este sentido, las instituciones, en este caso de salud, esperan un “tipo” de sujeto, que no coincide con los mandatos fundacionales de las mismas y que es contradictorio con la idea de sujeto de intervención que estas generaron. Entonces, entre el sujeto que la institución sigue esperando y el que realmente llega, se produce determinada distancia que en ciertas situaciones puede llegar a ser transitable, pero en otros casos, se genera un vacío irreconocible y ajeno. Esa ajenidad desconcierta y construye una especie de limitación de las instituciones para dar respuesta a la problemática que el sujeto está atravesando (Carballada, 2017).

Es por ello que aparece la idea del sujeto inesperado. Frente a éste las instituciones dejan de contener, de escuchar, de socializar y fundamentalmente de cuidar. Se puede identificar entonces, un cambio en el sentido de quién debe ser cuidado, ya que muchas veces se produce una acción inversa sobre cuidarse de quienes deben cuidarlo (Carballada, 2017).

La llegada de un sujeto inesperado a la guardia desafía el funcionamiento establecido, ya que implica la necesidad de adaptarse a una situación imprevista y

brindar una respuesta adecuada a sus necesidades. Esto implica no solo la atención de la urgencia en sí, sino también la comprensión de las circunstancias y motivaciones que llevaron a ese sujeto a buscar ayuda en una guardia.

No cualquier persona acude a una guardia de salud sino que muchos de quienes lo hacen, han atravesado un conjunto de episodios de rupturas y crisis en su trayectoria de vida. Dichos sujetos se encuentran implicados por determinantes y condicionantes sociales que complejizan la demanda inicial por la cual consultan.

Esto está vinculado a que en la actualidad, se ha conformado un nuevo perfil de “paciente” en las instituciones de salud, un sujeto nuevo, con problemáticas complejas. En este marco, las guardias comienzan a alojar diversas problemáticas, que en el dispositivo de guardia, adquieren otra valoración, mimetizándose con el tratamiento de las enfermedades. Esto quiere decir que lo social muchas veces es relegado para dar respuesta al padecimiento biológico, sobre todo en instituciones que aún son regidas por modelos de atención de salud tradicionales que no logran dar respuestas integrales que superen las categorías disciplinares. Esto implica que no se dé lugar al análisis de la particularidad, la universalidad y la singularidad de los padecimientos subjetivos (Alfonso, D; Bruni, M; Engelmann, A, 2017).

Aquí vuelve a aparecer la noción de “sujeto inesperado” el cual irrumpe estos dispositivos; un sujeto que accede a las instituciones de salud y concurre a ella con una serie de derechos vulnerados que se expresan en padecimientos subjetivos heterogéneos, para los que las instituciones de salud no se encuentran preparados en su mecánica de abordajes uniformes y preestablecidos, que se ven insuficientes. De ahí, lo interdisciplinario cobra sentido y se vuelve imprescindible.

En este marco, surge la necesidad de no pensar al sujeto dividido, sino de comprenderlo de manera integral entendiendo que se encuentra en un proceso dinámico. La salud y la enfermedad forman parte de un mismo proceso, que es multidimensional.

Es preciso pensar dicho proceso, en un contexto de valores, creencias y comportamientos tanto del sujeto como del medio social en el que se encuentra, teniendo en cuenta también sus condiciones materiales de vida. Si bien las enfermedades tienen características biológicas y físicas, tanto la concepción de

salud como la de enfermedad son consecuencia de construcciones sociales, históricas y políticas. Por lo tanto, existe una dimensión epistémica donde lo ideológico y el contexto definen modos en el pensar que se traducen en modos de hacer (Alfonso, D; Bruni, M; Engelmann, A, 2017).

Para abordar de manera efectiva las problemáticas de los sujetos inesperados en la guardia, es necesario considerar un enfoque flexible y comprensivo que trascienda la mera resolución de esa urgencia. Esto implica establecer una comunicación empática y activa con las personas usuarias, escuchando sus relatos y brindando un espacio de contención.

Es fundamental comprender que estos sujetos inesperados pueden llegar a la guardia con historias de vida complejas y diversas. Es importante tener en cuenta las necesidades particulares de cada sujeto, evitando recaer en enfoques estandarizados y preestablecidos y buscar alternativas que se ajusten a sus recursos, capacidades y preferencias individuales.

Asimismo, es necesario promover una coordinación interdisciplinaria en la atención de estos sujetos inesperados, involucrando a profesionales de diferentes áreas. Esto permitirá abordar de manera integral las problemáticas que surgen en este contexto, brindando una atención más completa y efectiva.

CAPÍTULO IV:

Trabajo Social e Interdisciplina: abordaje en los equipos de salud.

Este capítulo se propone desarrollar el concepto de interdisciplina ya que se sostiene que debido a la complejidad de la realidad social y de los problemas que se presentan en este escenario, es necesario abordarlos de manera interdisciplinaria.

Sin embargo, suele ocurrir que no todos los profesionales que conforman los equipos de salud entiendan a la interdisciplina de la misma manera. En ocasiones puede ser confundida con conceptos similares como la multidisciplinaria o pluridisciplinaria, apareciendo aquí la categoría de “interconsulta” o “derivación” a otros profesionales, pero esto no necesariamente significa generar trabajos articulados y en conjunto.

Por lo expuesto, a continuación se desarrollará una definición de la misma teniendo en cuenta los desafíos que se ponen en juego a la hora de intervenir.

IV.1 ¿Qué entendemos por interdisciplina?

Tomando los aportes de Cabero (2009), las disciplinas son sumamente necesarias y se encuentran justificadas y fundamentadas intelectualmente. Sin embargo, el panorama de la sociedad científica contemporánea expone ausencias, quiebres, limitaciones y debilidades de estas, instalando variantes tales como la multidisciplinaria, la pluridisciplinaria y la interdisciplina.

En primer lugar, siguiendo con la autora, la disciplina es una categoría organizacional en el centro del conocimiento científico que instaura la división y la especialización de los distintos dominios de las ciencias. Se tiende hacia la autonomía, el propio lenguaje, técnicas y en ocasiones, a su propia teoría.

La multidisciplinaria, por otro lado, se refiere a un colectivo de profesionales que realizan sus intervenciones instalados y resguardados en compartimentos estancos de sus respectivas disciplinas, permaneciendo fieles a su vocación profesional. Adhieren a que los problemas no pueden ser abordados de manera unilateral desde la propia disciplina pero la cuestión de poder se pone en juego, y la propuesta es

que cada quien se ocupe de su parcela del problema. Hay cooperación mutua y acumulativa pero no es interactiva.

A su vez, la pluridisciplina hace referencia al estudio de un objeto propio, de una determinada disciplina, por medio de la suma de varias disciplinas afines con métodos y modelos propios. Resulta así un objeto enriquecido por la convergencia de varias disciplinas.

Por otra parte, la interdisciplina según Stolkiner, (1999) se refiere a un enfoque que busca la colaboración y la integración de diversos campos disciplinarios para abordar problemas complejos y desafiantes. Stolkiner destaca la necesidad de superar las barreras y los límites impuestos por las disciplinas tradicionales, y promueve la interacción entre diferentes áreas de conocimiento para generar un entendimiento más completo y enriquecedor de los fenómenos estudiados.

El enfoque interdisciplinario propuesto por la autora, busca combinar y complementar los conocimientos, las metodologías y los enfoques de diferentes disciplinas para abordar de manera más efectiva y amplia los problemas y desafíos que enfrentamos en la sociedad. Esto implica un diálogo constante entre los expertos de diferentes campos, fomentando la integración de perspectivas diversas y la generación de soluciones más creativas e innovadoras.

Asimismo, también se destaca la importancia de la participación de múltiples actores, incluyendo a los profesionales, investigadores, académicos, comunidades y usuarios de los servicios, en la generación de conocimiento y en la toma de decisiones. Esto permite una comprensión más contextualizada y una mayor efectividad en la implementación de intervenciones y políticas (Stolkiner, 1999).

En resumen, la interdisciplina apunta a una mayor integración, presupone interacciones promocionando espacios de confluencia y un código común para intervenir. De esta interacción los profesionales emergen enriquecidos en sus respectivos roles y campos específicos de intervención, no sin antes resolver sus contradicciones a nivel de lo disciplinar y personal. Supone construir un discurso propio, desde lo múltiple, que permita el hallazgo de respuestas válidas. No es de

ninguna manera lo contrario a la disciplina sino que es un producto genuino y elaborado de ella.

Actualmente las demandas en el campo de la salud, responden a problemáticas complejas ligadas a las características que asumen hoy nuestras sociedades. Para abordar estas problemáticas complejas, comprenderlas y resolverlas, se debe reconocer que las respuestas no pueden ser dadas solo desde la lógica disciplinar ya que sería fragmentada y recortada. Por ello, las intervenciones que se desplieguen deben pensarse desde el paradigma de la interdisciplinariedad como estrategia y modelo de intercambio y cooperación. Este construye espacios de diálogo, participación, reciprocidad y ayuda mutua que implican la superación de visiones reduccionistas con el fin de producir nuevos conocimientos y alcanzar la comprensión de situaciones sociales en su totalidad.

En este sentido, Carballeda (S/A) plantea que la interdisciplina se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud, en tanto la expresión de una serie de cuestiones que en muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforman los equipos de salud. En un escenario turbulento, cambiante, el acceso a la singularidad de quien demanda asistencia en un servicio de salud, implica la necesidad de interrogarse acerca de los nuevos padecimientos sociales. En este sentido, la interdisciplina se puede conformar como una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo de aquello que interpela al campo de la intervención en lo social.

Por otra parte, pero continuando con el presente análisis, resulta interesante plantear las diversas instancias de relación entre los distintos campos de saber. Siguiendo con Carballeda (S/A), cuando en la interrelación dentro de los equipos de trabajo se producen fragmentaciones, puede ser a veces de índole institucional y otras por “tradiciones” que prestigian a una modalidad de conocer por encima de las otras. Estas pueden ser de tipo horizontal o de tipo vertical. En la primera, existe una sumisión dentro de un mismo campo de conocimiento y en la vertical predomina una disciplina por encima de las otras. Para resolver este tipo de cuestión se privilegia la conformación de relaciones simétricas en los equipos de trabajo, porque que predomine la existencia de esquemas piramidales o verticales genera la

reproducción de una lógica de dominación que va mucho más allá del problema de conocimiento.

Asimismo, muchas veces ocurre en el campo de salud, que el equipo se enfrenta a múltiples presiones tanto de la industria farmacéutica, la tecnología médica o la propia mercantilización del sector, generando de esta manera una especie de autoritarismo enmascarado en una modalidad del saber. (Carballeda, S/A)

Siguiendo con Carballeda (S/A), dicha imposición obstaculiza que se construyan formas diferentes de conocer, o que se dé respuesta a las demandas de quienes padecen. La imposición sólo logra mantener lo establecido por otrxs, haciendo también "prisionerx" a quien se cree que domina la situación desde un saber "superior". Es por ello, que es posible reconocer que la "arquitectura del hospital" fragmenta, divide y construye jerarquías.

No obstante, el trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición. Para ello es preciso comenzar a reconstruir conceptualmente, a través del debate, el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado para alcanzar acuerdos respecto a la noción de salud, de los problemas sociales y los derechos de las personas (Carballeda, S/A).

Conformar equipos de trabajo implica sostener espacios de diálogos, donde lo que convoca es lo que interpela a la intervención. Cada integrante aporta desde ella una relación horizontal, no pierde su singularidad. Es por ello que la interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función de este diálogo que instaura la intervención, generando un punto de encuentro. Como bien plantea Carballeda "la Interdisciplina, en definitiva no es un problema de encuentro o sumatoria de campos de saber sino de interacción y reciprocidad simétrica. Es decir una complementariedad, ya que la noción de salud como proceso histórico social, implica salir de las barreras que imponen los organismos de salud que en muchos casos "institucionalizaron" la interdisciplina, transformándola en un mero enunciado" (p.3).

IV.2 ¿Interdisciplina o derivación? Desafíos en la intervención

Como se mencionó anteriormente, suele ocurrir que lxs profesionales confundan o conciban como sinónimo a la interdisciplina con la multi o pluridisciplina. Por lo que, cuando una situación excede el campo de intervención que le es propio al profesional, es común que se realice lo que se denomina derivación a otrx profesional de otra especialidad o directamente a otra disciplina, asumiendo de esta manera, que se está trabajando “conjuntamente”.

En las instituciones de salud, es común que se recurra a enfoques multidisciplinarios o a la derivación e interconsulta entre diferentes especialidades para abordar las problemáticas de las personas. Si bien estas estrategias pueden ser útiles y necesarias en muchos casos, es importante reconocer que no son suficientes para abordar de manera integral y efectiva las complejidades de la salud de las personas.

El enfoque multidisciplinario implica la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas, cada unx aportando su conocimiento y perspectiva desde su campo específico. Esto puede ser beneficioso para abordar diferentes aspectos de la salud de una persona, pero puede haber limitaciones en términos de la comunicación y coordinación entre lxs profesionales, así como la falta de una visión integrada y holística de la situación de la persona.

Por otro lado, la derivación e interconsulta entre especialidades puede ser necesaria cuando se requiere de conocimientos o habilidades específicas que no se encuentran en un saber disciplinar único. Sin embargo, esta estrategia puede implicar tiempos prolongados de espera, falta de continuidad en la atención y fragmentación en la atención de la persona.

Es por ello que se aspira a un trabajo interdisciplinario en las instituciones de salud. La interdisciplinariedad implica una colaboración más estrecha y una integración de conocimientos, enfoques y perspectivas de diferentes disciplinas en un mismo equipo de trabajo. Esto permite una comprensión más completa y profunda de la situación de la persona, considerando no sólo los aspectos biológicos, sino también los sociales, psicológicos y culturales, entre otros.

La interdisciplina entonces, se constituye como una estrategia fundamental para la intervención con el fin de dar respuestas a las diversas demandas que le son formuladas a las instituciones. Una característica significativa es que sea una actividad sostenida, ya que un encuentro casual entre disciplinas no puede considerarse interdisciplina.

A su vez, pensar en la interdisciplina desde una perspectiva metodológica, implica reconocer que las disciplinas están atravesadas por sus propias ideologías, enfoques, teorías y metodologías que a veces pueden entrar en conflicto o ser contradictorias entre sí. Estas diferencias ideológicas pueden llevar a la fragmentación o separación de las disciplinas, impidiendo una integración efectiva de conocimientos y enfoques.

Sin embargo, la interdisciplina reconoce que estas diferencias no son insalvables y busca superarlas a través de una reflexión constante sobre los postulados de cada disciplina y los principios comunes de la tarea. Esto requiere que los profesionales del equipo interdisciplinario estén dispuestos a cuestionar y revisar su posicionamiento, y buscar puntos de convergencia y consenso en torno a los objetivos y principios de la tarea que están llevando a cabo.

El trabajo de un equipo interdisciplinario implica establecer un marco referencial y ético común, basado en valores compartidos y enfoques integradores. Esto permite superar las limitaciones y fragmentaciones ideológicas de las disciplinas individuales y trabajar de manera colaborativa y efectiva en beneficio de las personas que acuden para ser atendidas.

IV.3 La interdisciplina en la guardia hospitalaria. Una mirada desde el Trabajo Social.

En lo que respecta al campo de salud y al contexto de guardia en particular, la interdisciplina se hace necesaria dado que es el equipo interdisciplinario el encargado de interpretar la complejidad de la demanda. Se identifica de esta manera el status de la urgencia, qué tipo, para quien y cuando lo es. La técnica privilegiada para llevarlo a cabo es la entrevista interdisciplinaria, la cual adquiere suma importancia y particularidad en dicho dispositivo tanto a nivel de su encuadre como de sus objetivos.

Se plantea a la entrevista aquí como una instancia dialógica entre el profesional y el sujeto con el que interviene. Lo que permite esta técnica al equipo interdisciplinario es reconstruir los desencadenantes actuales que impulsaron a la presencia del sujeto en la guardia, historizar al sujeto en su relación con los síntomas y así elaborar un diagnóstico de situación y estrategias de abordaje pertinentes. (Alfonso, D; Bruni, N; Engelmann, A 2017).

La interdisciplina juega un papel fundamental en la guardia de una institución de salud debido a la complejidad y diversidad de situaciones que se presentan en este contexto. La guardia es un dispositivo donde se atienden urgencias y es común que las personas concurren con diferentes tipos de padecimientos y necesidades.

Como se adelantó, la importancia de la interdisciplina en la guardia radica en que ningún profesional o disciplina por sí sola puede abarcar y resolver todas las situaciones que se presentan. Cada profesional tiene un conjunto de conocimientos y habilidades específicas, y la interdisciplina permite combinar y complementar estos conocimientos para brindar una atención integral y efectiva.

A su vez, permite desplegar intervenciones completas y acordes de las problemáticas de las personas que allí consultan. Facilita la comunicación y coordinación entre lxs profesionales, lo que agiliza la toma de decisiones y mejora la calidad de la atención. Es por ello que la interdisciplina en la guardia no solo beneficia a las personas sino también a lxs propixs profesionales de la salud, ya que se enriquecen mutuamente al trabajar en equipo y compartir sus conocimientos.

El Trabajo Social, como parte del equipo interdisciplinario, tiene un papel fundamental en la guardia de una institución de salud. Lxs trabajadores sociales pueden realizar una evaluación de la situación social de las personas teniendo en cuenta factores como el entorno familiar, el acceso a recursos y servicios, las condiciones de vida, entre otrxs. Esto permite comprender mejor el contexto en el que se encuentran y cómo puede influir en su salud y bienestar.

En definitiva, la intervención profesional debe tener en cuenta en este sentido, las particularidades de las personas con las que interviene, qué problemáticas las atraviesan, cómo las conciben, qué estrategias de supervivencia adoptan, cuáles son sus redes vinculares, familiares y/o de contención. A su vez, el

profesional debe poder reconstruir los hechos singulares y aislados como parte de una totalidad más amplia. La forma fragmentada y múltiple de problemas sociales que reclaman intervención, requieren de una especial atención, ya que no sólo deben tener presente lo meramente explícito de las problemáticas sino, y fundamentalmente, develar aquello que se presenta como lo dado, lo naturalizado y lo no dicho.

La intervención de lxs profesionales en dispositivos de urgencia se ve, plagada de complejidades y tensiones. Desde las determinaciones causadas por la situación singular de crisis de una persona, hasta el recorte temporal de la intervención, incluyendo la profundidad del abordaje y el análisis que necesitan, así como el despliegue de estrategias que por lo general requieren trabajo interdisciplinario y multidimensional (Alfonso, D; Bruni, N; Engelmann, A 2017).

Para finalizar, y en síntesis, se sostiene que es a partir del enfoque de la complejidad que las ciencias han comenzado a admitir en mayor nivel la necesidad del intercambio y la producción común para abordar los procesos de intervención social. Las formas en las que cada equipo lleve adelante sus intervenciones tendrán que ver tanto con la historia de conformación del equipo, las políticas implementadas en el dispositivo, la formación teórica-epistemológica de lxs profesionales, los modos de comprender las tareas conjuntas y las especificidades, así como con la demanda formulada.

Por último se destaca la importancia de la presencia y continuidad de profesionales con otras lógicas de pensamiento, diferentes a las hegemónicas, frente al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, ya que pueden generar movimientos tensionales y dialécticos frente a la visión de complejidad, integralidad y autodeterminación de los sujetos.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, para la realización de la Tesis de grado es necesario llevar a cabo observaciones, entrevistas y recolección de datos en los cuales se incluirán relatos e información propia de la institución sobre la cual se tomará la experiencia. Es por ello que los datos recabados serán estrictamente confidenciales y se utilizarán sólo a los fines del presente trabajo, como por ejemplo la reserva de nombre.

Es sumamente importante, para ello, contar con el consentimiento informado de todas aquellas personas que forman parte del proceso de investigación, ya que este debe guiar cualquier intervención en lo social.

De este modo, se tomará como referencia el Código de Ética Profesional de los Trabajadores Sociales, el cual menciona en el Art. 40 inc. b como una falta ética profesional el “divulgar datos reservados de carácter técnico o personal sobre asuntos confiados a su estudio o custodia por los usuarios, violando el secreto profesional con el alcance previsto en el art. 45 del presente Código”.

A su vez, la Ley Provincial N°10751 refuerza la idea del cumplimiento de las disposiciones expuestas en el Código de Ética ya que su violación implicaría quedar sujetos a la potestad disciplinaria del Colegio de Trabajadores Sociales.

Para llevar a cabo la presente Tesis de grado la institución elegida es una de las tres clínicas más reconocidas de la ciudad de Mar del Plata que se organiza en torno al segundo nivel de atención. La identificación del nombre y la ubicación de la misma quedará resguardada, como ya se mencionó, por acuerdo con la dirección de la institución y el comité de docencia e investigación de ésta.

La información que se detallará a continuación fue recopilada a partir de diversas fuentes de referencia, incluyendo la página web de la clínica, observación directa y documental, así como la observación de la dinámica propia de la guardia. Cabe recordar que una de las integrantes del equipo trabaja directamente en la guardia, lo que ha permitido obtener una visión más cercana y precisa de las actividades y procesos que se llevan a cabo en este contexto.

Generalidades de la institución

En primer lugar, la institución está ubicada en el centro de la ciudad, aunque por su gran expansión a lo largo de los años, cuenta con múltiples anexos a sus alrededores. El edificio central consta de 6 pisos con diversos servicios, siendo el 3ero, 4to y 5to únicamente destinados a internación. Como se pudo observar, la guardia en específico se encuentra estratégicamente ubicada en la planta baja, lo cual permite brindar una respuesta inmediata ante las situaciones de urgencia.

La clínica abrió sus puertas en el año 1954 con la finalidad de brindar el servicio que una ciudad pujante como Mar del Plata merecía. Unos años más tarde, en 1966 se creó la primera Unidad de Terapia Intensiva en instituciones privadas del interior de la provincia de Buenos Aires. En los años 70' se inicia la primera gran ampliación edilicia de la clínica, aumentando casi el doble de su superficie cubierta.

En este sentido, se habilitaron más habitaciones destinadas a internación, y se ampliaron las áreas de quirófanos, consultorios y servicios centrales. Ya en la última mitad de la década del '80 se concreta otra ampliación que propiciará, a partir del año 1990, el mejoramiento edilicio de los servicios ya existentes de la Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Unidad de Hemodiálisis, Áreas de Consultorios

Externos, Servicio de Odontología, como así también la incorporación de nuevos servicios: Hemodinamia, Tomografía Computada, Medicina Nuclear, Eco Doppler y Cirugía Cardíaca.

Por otro lado, para complementar la contextualización de la misma cabe destacar que la misión de la clínica es mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, poniendo énfasis en la seguridad y cumpliendo con estándares rigurosos de calidad. Según la información de su página oficial, cuenta con un equipo altamente capacitado, ético y con una fuerte vocación de servicio, respaldado por infraestructura y tecnología de vanguardia. A su vez, se gestiona de manera sostenible, basándose en la responsabilidad y el compromiso social.

Asimismo la visión de la institución plantea como objetivo ser reconocidos en la ciudad y región por su liderazgo y excelencia. Se compromete firmemente con el bienestar, la seguridad y la autonomía de los pacientes y sus familias. Trabajar para lograr una gestión óptima, utilizando herramientas como la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, así como la educación y la investigación. De esta manera, busca desarrollar una cultura de calidad que satisfaga las expectativas y necesidades de la comunidad, y promueva un crecimiento sostenible a través de la formación integral de todos sus colaboradores.

Para finalizar, entre sus valores principales se encuentra la orientación y respeto por el paciente; respeto mutuo, trabajo en equipo y fuerte sentido de pertenencia a la organización; honestidad, transparencia y ética profesional; responsabilidad y profesionalidad en el trabajo; compromiso social y personal con pacientes y familiares y eficiencia operativa.

Población destinataria

En primer lugar, es menester destacar que la institución al contar con una gran variedad de especialidades y/o servicios no posee restricción etaria. De hecho la atención inicia desde el nacimiento, ya que cuenta con lo que se denomina Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NEO). Sin embargo, cabe resaltar que en lo que respecta al área pediátrica (personas menores de 15 años) no abarca todos los niveles de complejidad. Esto quiere decir que sí resuelve la urgencia, la demanda inmediata,

pero en el caso de requerir mayor especialización frente a alguna patología en particular, la institución se encarga de derivar a un centro con mayor complejidad al paciente. Lo mismo ocurre con patologías psiquiátricas.

Por otro lado, otra de las características de la población que concurre a la institución es que en su mayoría son afiliados de obras sociales o prepagas que están en convenio con la misma. No obstante, de no poseer cobertura, al ser una clínica de salud de gestión privada, se puede acceder a las prestaciones de la misma abonando de manera particular.

Guardia hospitalaria

Habiendo desarrollado las características generales de la institución, resulta pertinente en este punto contextualizar el espacio elegido para llevar a cabo la presente Tesis de grado: la guardia.

Como se mencionó, una guardia es un dispositivo donde se reciben las urgencias y emergencias de las personas cuando subjetivamente éstas perciben la necesidad de consultar. Funciona las 24 horas del día y está compuesto por un equipo de salud que consta de médicos, enfermeros, administrativos, camilleros, técnicos de imágenes y laboratorio.

En dicha institución, a partir del recorrido realizado en la misma, se pudo observar que la intervención de la guardia comienza con la recepción de la persona usuaria, la cual ingresa por diferentes medios a la clínica, solicitando atención médica inmediata. En primer lugar, será recepcionado por el Triage, el cual es el método de selección y clasificación de pacientes basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles. El personal de enfermería, el cual es el encargado de llevar a cabo dicha tarea, valora el estado de la persona mediante un interrogatorio dirigido al motivo de consulta, desde cuando padece su dolencia, antecedentes en su salud, medicación habitual, y una valoración visual del estado general de la misma.

Luego, una vez recabada dicha información se establece la prioridad de atención. La misma comprende tres niveles organizados de mayor a menor complejidad. La prioridad uno comprende a la persona que presenta una situación

que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano. También se incluyen a quienes padecen un dolor extremo. Con respecto a la prioridad dos se encuentran las personas con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema presenta un riesgo de inestabilidad o complicación. Por último, la prioridad tres hace referencia a quienes estén con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación.

Posterior a este interrogatorio y evaluación por parte del Triage, el personal administrativo es el encargado de registrar a la persona en el sistema para que lxs médicxs de guardia lx llamen a ser atendidx. En principio se le solicita el documento de identidad y la credencial de la obra social en caso de tener, de lo contrario, se cobra la consulta de forma particular como ya se mencionó. Además de esto, entre los datos que solicita el personal administrativo para consignar en la historia clínica del paciente están: nombre y apellido, domicilio y teléfono.

Una vez que la persona es llamada por lxs médicxs, el mismo lo evalúa, brinda atención de urgencia en caso de ser necesario, lo estabiliza y establece un diagnóstico. De ser requerido, también, puede solicitar interconsulta (ya sea telefónica o presencial) a otrx colega especializado. Además, puede indicar medicación, siendo el personal de enfermería de guardia el encargado de administrarla.

Por su parte, si la persona requiere internación se le brinda atención inmediata en el servicio de guardia, indicando que dicha internación tiene carácter de urgencia. A su vez, el personal administrativo también interviene en dicho proceso ya que es el encargado de verificar la cobertura y la disponibilidad de camas en la institución. De proceder, se inicia el trámite de internación con el paciente o algún familiar/referente, en el que se firma la documentación necesaria, como por ejemplo, los consentimientos informados.

De no contar con disponibilidad, se inicia lo que se denomina “proceso de derivación”, por el cual a través del mail o consulta telefónica, se le facilita a las otras instituciones (que están en convenio con la cobertura del paciente), su documentación y resumen de historia clínica para que puedan determinar si puede ser aceptado y tener la atención que le corresponde.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente apartado se analizará la información recabada en las entrevistas, dando protagonismo a lxs entrevistadxs, a sus discursos, con el motivo de complejizar y darle soporte empírico al objetivo principal del presente trabajo final: cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en el contexto de guardia de la institución objeto de estudio y cómo estas son abordadas por el equipo de salud interviniente para dar respuesta a las mismas.

Para ello, tal como se adelantó en el apartado metodológico, se privilegió la adopción de una perspectiva cualitativa, permitiendo de esta manera, indagar los puntos de vista, significados de lxs referentes estratégicos, la historia hablada por lxs entrevistadxs en un tiempo y en un espacio específico.

Para llevar a cabo dichas entrevistas ha sido necesario orientar el diálogo en concordancia con los objetivos establecidos y los indicadores propuestos, a saber: Trabajo Social, Urgencia Social, demandas sociales y abordaje interdisciplinario. De esta manera, se articulará a continuación, lo antedicho junto con los aportes teórico-conceptuales y la referencia empírica.

A su vez, la totalidad de las entrevistas se llevaron a cabo en el contexto de la guardia de la institución elegida, siendo algún consultorio libre el espacio concreto para la realización de éstas. Es decir que se procuró sostener el desarrollo de las mismas dentro del encuadre institucional. Específicamente para no registrar interrupciones propias de la demanda laboral, se coordinó con cada persona un horario luego de su jornada de trabajo, el cual en su mayoría fue cumplido sin necesidad de reprogramación.

Se realizó la firma del consentimiento informado al inicio de cada entrevista, en el cual el equipo de trabajo introdujo el tema y objetivo de investigación, la modalidad y la propuesta de grabar la misma con fines analíticos en el marco de la confidencialidad.

Cada entrevistadx se mostró entusiasmado a la hora de explicarle el motivo de la entrevista y el tema a investigar, generandose por esta razón un espacio

armonioso y óptimo para el abordaje de los tópicos seleccionados en el marco de la investigación. El tiempo de duración fue entre 30 y 60 minutos aproximadamente, dependiendo de cada persona.

En el desarrollo de estas se observó que, después de formular cada pregunta, todxs lxs entrevistadxs se tomaron unos segundos para responder. Esto se denotó aún más en el personal administrativo, específicamente con la pregunta “¿qué cree que hace un trabajador social?” observándose cierta inseguridad e incomodidad en ellxs, ya que impresionaba que encontraban dificultades para poder definir conceptual y esquemáticamente la función profesional; lo cual implicaba un esfuerzo a la hora de encontrar las palabras.

Cabe remarcar que en la primera entrevista, se estaba llevando a cabo una construcción en la institución generando ruidos muy elevados, los cuales dificultaron la comunicación. Sin embargo, en las restantes seis entrevistas que se emprendieron no ha habido interrupciones externas de ningún tipo.

Con respecto al análisis de las respuestas, se dispuso dividir el apartado en torno a los cuatro indicadores propuestos. Dentro de los mismos se desarrollarán las preguntas y respuestas respecto a cada tópico, discriminando a lxs entrevistadxs de la siguiente manera: administrativx I y II; médicx I y II; enfermerx I y II y psicólogx.

Urgencia Social

Teniendo en cuenta que el objetivo principal que guía la presente tesis es analizar cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en el contexto de guardia de la institución elegida, en primer lugar, se le propuso a lxs entrevistadxs una definición de la misma. Para ello, se retomó lo expuesto en el capítulo III del marco teórico, cabe recordar:

“La Urgencia Social es una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los

sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo.¹⁵

En base a ello se preguntó: **¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿podría dar ejemplos?**

Administrativx I¹⁶ al respecto responde: *“si, tuvimos por ejemplo en plena pandemia a una señora que se le murió la hija y al otro día el marido de covid. Eran los tres solos. La señora se quedó sola, no entendía nada, no sabía usar el teléfono de su hija porque tenía clave. Yo la tuve llorando ahí en el escritorio, no sabíamos cómo ayudarla. [...] Ella no sabía qué más hacer, no tenía más familia. [...] A veces se te presentan situaciones que realmente no sabes para donde salir, como ayudarlos, guiarlos”.*

A su vez, **administrativx II** contesta ante la misma pregunta: *“si, creo que siempre la primera consulta es algo médico pero te das cuenta a veces que también esa urgencia es social y que no se resuelve. Nos pasó una vez que una paciente mayor de edad consultó en la guardia por una infección urinaria [...] Tenía incontinencia urinaria desde hace mucho tiempo mal diagnosticada [...] Se le preguntó a la paciente como vivía, vivía con la hermana que estaba muy grave de salud, era mayor, no tenía otra persona a la cual acudir más allá de esa hermana. [...] se notaba un deterioro en el cuidado de salud y no sabía cómo vivía, su relato era confuso, desorganizado. La médica sentía que ella solo podía dar una receta y no acompañar el proceso que estaba viviendo”.*

A raíz de la definición planteada, lxs entrevistadxs ejemplificaron con dos situaciones específicas donde se denota una clara problemática en lo que tiene que ver con la reorganización de cuidados de las dinámicas familiares y redes de apoyo.

En primer lugar, una persona que dada una situación trágica donde mueren dos de sus familiares, queda sola depositando en el personal administrativo su necesidad de contención y asesoramiento. Y en el segundo caso, se puede

¹⁵ Para más contenido respecto a la “Urgencia Social” ir a capítulo III, subtítulo denominado: la Urgencia Social en la guardia hospitalaria.

¹⁶ A partir de aquí para profundizar en las respuestas de lxs entrevistadxs se sugiere dirigirse al anexo número III.

observar una paciente añosa, con su único referente afectivo también en su misma situación, ingresando en reiteradas ocasiones por un problema de salud al cual no se logra dar respuesta, gastando sus ingresos, sin acompañamiento posterior para la toma de medicación correcta, etc.

En este sentido, es posible reconocer que lxs entrevistadxs administrativxs desde su lugar identifican situaciones, que si bien no han sido reconocidas específicamente como “Urgencias Sociales”, a la luz de la definición han podido distinguir que existen situaciones que acontecen en la guardia que tienen su componente social y que “no se resuelven” o no terminan de resolverse porque exceden su labor, tal como expresó unx de lxs administrativxs: *“a veces se te presentan situaciones que realmente no sabes para donde salir, como ayudarlos, guiarlos”*.

Esta misma pregunta se les planteó a lxs profesionales, en el caso de lxs médicxs extraemos sus relatos:

Mélicx I responde: *“con el paciente de acá es difícil porque por lo general tiene más recursos y lo termina resolviendo de otra forma. La Urgencia Social que note así claro fue un familiar de un paciente oncológico que estaba super desgastada del cuidado, y que venía a la guardia como para que lo internáramos y era un paciente sin criterio de internación. Pero este familiar estaba tan colapsado que necesitaba que alguien le resolviera eso porque no podía más”*

Mélicx II plantea: *“me está llamando mucho la atención, entre pacientes de 20 y 30 años que vienen con muchas dolencias que son psicológicas digamos. Muchos vienen con que están saturados de su trabajo por ejemplo, y lo transforman en dolencias físicas que son dolores de pecho, palpitaciones, dolores gastrointestinales, diarreas... yo después de hacerle el interrogatorio médico, les pregunto realmente qué les pasa, si están atravesando alguna situación puntual y me transmiten esto [...] Cuando no dan más, lo primero a donde tienden a recurrir es una guardia. El problema de base es otro... hay que buscar ayuda por otro lado. Yo puedo resolver la dolencia física.”*

Con respecto a las respuestas del personal médico, es interesante en primer lugar, lo expuesto por **medicx I** cuando plantea que *“con el paciente de acá es más*

difícil porque tiene más recursos” ya que a priori, desde su especificidad profesional, infiere que la “Urgencia Social” responde únicamente a la asignación de recursos. A su vez, en su discurso se puede evidenciar la creencia de que la clínica al ser privada cuenta con mayores recursos materiales y técnicos, y por lo tanto las personas usuarias que allí consultan también, dando por sentado que eventualmente lo podrán resolver. Esto refleja un prejuicio, ya que reducir el análisis de las “Urgencias Sociales” a la dimensión económica es perder de vista su complejidad subjetiva, lo vivido por las personas. El factor económico es solo un componente en la comprensión integral de la salud.

Si bien contar con más recursos económicos o una mejor cobertura de salud puede facilitar el acceso a diferentes servicios, esto no garantiza necesariamente una mejor resolución de las “Urgencias Sociales”. De hecho, esta visión limita la comprensión de las problemáticas en su complejidad y, como se planteó perpetúa estereotipos y prejuicios vinculados al pensamiento hegemónico.

El abordaje de las mismas requiere tener en cuenta las necesidades de las personas de manera integral, en el contexto de su situación económica. Como se viene sosteniendo en el presente trabajo, dar lugar a la “Urgencia Social” implica priorizar la escucha de malestares históricos y sociales que están inscriptos en las personas (lanantuony, 2018). La urgencia no supone dar respuestas inmediatas, pero sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona, para poder construir con otrx y así evaluar las posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo.

Asimismo, pareciera que la idea planteada por medicx I reproduce lo sostenido por los sectores hegemónicos respecto a que el sector público no es de calidad. Se recae en una interpretación que limita lo que verdadera y necesariamente implica un servicio de atención a la salud de calidad.

Esto se complejiza, además, como se planteó en el marco teórico, por la lógica mercantil o ganancial que se filtra en el abordaje de la salud, donde la atención se enfoca en generar ganancias económicas para las instituciones. El pensamiento hegemónico, en esta lógica de carácter mercantil coloca a la salud en el mundo del mercado e impulsa su privatización, a partir de la inserción de la salud en los circuitos económicos de producción y acumulación de capital.

Es importante reflexionar sobre los efectos de esta lógica económica en la salud y promover un enfoque que priorice el bienestar y los derechos de las personas sobre las ganancias económicas. La salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado de manera equitativa, y no puede ser reducida a una mercancía sujeta a la lógica del mercado.

Continuando con **medicx I**, a pesar de lo antedicho, con el correr del relato, logra una identificación más aproximada con la definición planteada, al ejemplificar la situación problemática que estaba atravesando el familiar por el desgaste que conlleva el estado de salud de la persona usuaria, el cual denominó “síndrome del cuidador”.

Asimismo, y a partir de los ejemplos anteriormente mencionados recuperados de los relatos de lxs medicxs, se evidencia que, entre las consultas que reciben en la guardia han tenido que responder y/o abordar aspectos relacionados a “Urgencias Sociales”. Sin embargo, ambxs profesionales están de acuerdo en el hecho de que su intervención como medicxs tiene una limitación, como planteó **médicx II** “*yo solo puedo resolver la dolencia física*”. Esto no quiere decir que dichos profesionales no identifiquen la necesidad de un abordaje integral para la persona. Como quedó reflejado en sus relatos, hay problemáticas sociales que acompañan el padecimiento, y que se reconoce que deben ser abordadas.

A su vez, con respecto a la misma pregunta, desde el área de enfermería se extraen las siguientes respuestas:

Enfermerx I comenta: “*si, ha pasado de que han venido pacientes violentados por ejemplo... mujeres, hombres, chicos. Lo más recurrente igual son intentos de suicidio, adolescentes con depresión, ansiedad en jóvenes.*”

Por su parte, **enfermerx II**: “*violencia de género e intento de suicidio son las más comunes, la última sobre todo. También mucha gente que por ejemplo quiere dejar internado a un familiar aunque no tienen criterio de internación por el solo hecho de que no da a basto...*”

El personal de enfermería fue un poco más escueto a la hora de responder la pregunta. Se limitaron ambxs en brindar ejemplos de lo que pudieron relacionar con la definición planteada, a saber: violencia de género, intentos de suicidio, depresión

y ansiedad en jóvenes. Sin embargo, se destaca una identificación y afirmación respecto a problemáticas con componentes sociales, las cuales desde el Trabajo Social se podrían desplegar intervenciones para llevar a cabo un abordaje integral a de la situación problemática planteada.

Es posible que el personal de enfermería no tenga una definición precisa de lo que constituye una “Urgencia Social”. Esta falta de claridad puede ser comprensible, ya que las “Urgencias Sociales” abarcan una amplia gama de problemáticas y situaciones complejas.

Sin embargo, no es menor que hayan identificado y mencionado ejemplos relacionados con problemáticas sociales. Esto indica una conciencia de que las urgencias no se limitan únicamente a cuestiones médicas/biológicas, sino que también tienen componentes sociales importantes. Sus respuestas evidencian la complejidad de las “Urgencias Sociales” y la necesidad de abordajes integrales para su resolución.

Por último, en torno a esta pregunta **psicólogo** responde: *“sí, mas que nada en la guardia para los casos que me llaman son de intentos de suicidio, sobretodo en adolescentes. Además, muchos pacientes ingresan con un cuadro generalizado de ansiedad, pánico e intoxicación que luego se traduce en eso, en una urgencia social.”*

En relación a su respuesta, resulta necesario hacer hincapié en ciertos puntos. En primer lugar, la lectura que realizó sobre la definición planteada fue a partir de su campo disciplinar únicamente, con ejemplos claros de la psicología. Esto llamó la atención debido a que son disciplinas afines con el Trabajo Social. Sin embargo, se considera que desde la intervención de las tesisistas ha faltado la re-pregunta para recabar más información al respecto.

No obstante, al plantear que *“muchos pacientes ingresan con un cuadro generalizado de ansiedad, pánico e intoxicación que luego se traduce en eso, en una Urgencia Social”* se puede rescatar el hecho de que, según su relato, muchas veces ocurre que la persona en primer término consulte por un dolor físico -ya sea dolor de pecho, temblores, sensación de falta de aire- que, posterior a la primera atención, y al respectivo interrogatorio, quede demostrado que está vinculado a “otra

demanda”. Es aquí que aparecen situaciones donde el saber médico-biológico requiere ser complementado, ampliado e interpelado por otros saberes ya que luego de esa primera atención médica, de la resolución de esa dolencia, lxs medicxs realizan una interconsulta con psicología (como única disciplina disponible) para dar respuesta a esa otra demanda que está aconteciendo (y que no pueden/saben abordar): una demanda social.

Consecuentemente, dado que todxs lxs entrevistadxs coincidieron en el hecho de reconocer que sí acontecen “Urgencias Sociales” en el contexto de guardia de la institución, se les planteó a lxs profesionales la siguiente pregunta: **¿cómo se abordan esas situaciones y quienes intervienen?**

Con respecto a esta pregunta, se decidió tomar todos los relatos de lxs entrevistadxs ya que quedó demostrado en sus respuestas que coinciden en que son lxs medicxs quienes intervienen en primera instancia. Aunque ya se adelantó en los párrafos precedentes, se hará aquí un análisis más específico respecto al interrogante planteado.

Médicx I contestó: *“como les comente recién ahí sí tuve que hacer una intervención, aceitar los procesos de cómo seguir, [...]. Por ahí tengo que pedir ayuda pero puedo remarla aunque sea un acompañamiento mínimo.”*

A su vez, la respuesta de **médicx II** fue: *“solemos resolverlo nosotros mismos, porque más que una interconsulta con otros profesionales no podemos hacer. Nos orientan por ahí un psicólogo o la psiquiatra de guardia pasiva cuando se trata de problemas así que no está tan limitado que sea algo orgánico.”*

Asimismo **psicólogx** contesta: *“la persona ingresa a la guardia y es evaluada por los médicos, asistidos por otros médicos y enfermería. Luego de implementarse las acciones de urgencia requeridas, se realiza interconsulta con psicología y psiquiatría.”*

Por último desde el área de enfermería, **enfermerx I** planteó al respecto: *“interviene el médico que es el que pide interconsulta con psiquiatría o psicología principalmente. El enfermero en estos casos sigue cumpliendo sus funciones habituales.”*

Enfermerx II agrega: *“interviene el médico. En estas situaciones nosotros como enfermeros intervenimos desde la contención por así decirlo, más allá de las cuestiones que realiza un enfermero como tal, escuchamos al paciente, escuchamos a los familiares, tratamos de brindar información, de orientar.... con lo que sabemos y con las herramientas que tenemos a mano.”*

Como se anticipó en el contexto de guardia, frente a situaciones de “Urgencia Social”, es el personal médico quien realiza las primeras intervenciones. Sin embargo, también es posible reconocer que éstos dan cuenta de su limitación ya que expresaron: *“con las herramientas que tenemos a mano”, “puedo remarla”, “más que una interconsulta con otro profesional no podemos hacer”*. Es por ello que, frente a esto, es llamado el psicólogo o psiquiatra de guardia. Son las únicas disciplinas que se encargan de intervenir en estas situaciones.

A su vez, como se expuso en el marco teórico, en las instituciones de salud, sobretodo en los contextos de guardia, se presentan personas con diversas situaciones de salud, las cuales les significan, impactan y vivencian de manera particular, aunque la urgencia se vincula primeramente a la dolencia física-biológica.

Esto está vinculado con la priorización del síntoma orgánico, el cual puede ser un reflejo de la formación y enfoque tradicional de la medicina, apoyado en el Modelo Médico Hegemónico. Dicho enfoque, prioriza el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad biológica, dejando de lado o minimizando los aspectos sociales que también están presentes en las personas usuarias.

De hecho muchas veces ocurre, que la familia, sus redes de contención, su entorno o la propia persona frente a esa situación de urgencia necesite un espacio de escucha y orientación que exceda el discurso y diagnóstico médico propiamente dicho¹⁷. En el caso de la presente institución, frente a esto, para poder dar respuesta se solicita a las únicas dos disciplinas disponibles en este contexto, como se mencionó, psicología y psiquiatría.

De esta manera, se visualiza que frente a una “Urgencia Social” los que intervienen en la guardia infieren que quienes podrían encargarse de dar respuestas

¹⁷ Ver página 44 del marco teórico.

acordes son las disciplinas mencionadas, sin embargo, aún queda relegado del abordaje el campo social.

Demanda Social

Con respecto a este indicador, se han formulado una serie de preguntas para dar cuenta si, en el contexto de guardia de la institución, además de demandas biológicas y fisiológicas, acontecen demandas sociales. En cierto punto quedó expuesto en el análisis anterior, sin embargo, se reflexionará aquí las respuestas que han surgido en torno al presente indicador con el fin de poder ampliar el análisis de la investigación propuesta.

En primer lugar, al personal administrativo se le consultó si **alguna vez tuvieron que gestionar/responder ante una situación social de una persona por falta de recursos, o que no estuviera acompañado de familiares y cómo lo abordaron.**

Frente a la misma **administrativx I** contestó: *“cuando vienen solos y es una urgencia hay que manejanos con lo poco que tenemos, ahí si ponemos en la historia clínica que es un paciente que llegó solo, o que no se puede indagar porque no saben expresarse o porque no saben que decirte.”*

Por su parte, **administrativx II** respondió: *“sí, no sé si gestionar pero sí asesorar o dar información, explicar cuestiones que no tienen tanto que ver con nuestro trabajo. Además brindar contención, más que nada en pandemia, ya que muchas veces venían pacientes que más allá de la consulta puntual médica traían consigo miedos, incertidumbre, venían llorando por culpa de haber contagiado a un familiar, etc.”*

Por lo expuesto, lxs administrativxs entrevistadxs han tenido que responder ante situaciones sociales con los recursos y conocimientos que poseen desde su puesto de trabajo, dejando en claro que su acción está orientada más que nada desde una actitud “altruista” o de buena fe. Es por ello que en sus discursos encontramos frases como *“hay que manejanos con lo poco que tenemos”* o *“asesorar o dar información, explicar cuestiones que no tienen tanto que ver con nuestro trabajo; [...] brindar contención [...]”*.

Se reconoce que frente a éste tipo de demandas el área no cuenta con herramientas profesionales para dar respuestas acordes desde su lugar/puesto de trabajo, aunque, es menester destacar, que es lo esperable. Es decir, aportan datos, proporcionan información, brindan contención, asesoran porque en dicho contexto no hay ningún profesional ni empleadx con saberes específicos disponible para ello.

En segundo lugar, y en relación a lo anterior se preguntó a lxs profesionales: **¿reconocen situaciones en las que su desempeño no “alcanza”/ no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su área de trabajo?** Lxs entrevistadx coincidieron en que, cuando acontece una “Urgencia Social”, o cuando hay situaciones sociales para dar respuesta no está clara la forma de intervención porque no hay herramientas ni recursos, tampoco conocimiento para hacerles frente. Como bien se viene planteando, esto también es lo esperable ya que las disciplinas intervinientes en la guardia no tienen una lectura de lo social que pueda dar respuestas acordes.

A modo de ejemplo se cita lo que **medicx II** plantea: *“en muchos casos el problema de base es otro... hay que buscar ayuda por otro lado. Yo puedo resolver la dolencia física. Pero se que no alcanza”*. A su vez, **enfermerx I** expone: *“nuestro trabajo lo sabemos hacer, después ya cuando nos excede viste.. se complica”*. Por último, **enfermerx II** agrega: *“terminamos haciendo trabajo que no nos corresponde, y no es que el problema sea que no nos corresponde, es que no sabemos hacerlo.”*

En este sentido, lxs profesionales reconocen que sus intervenciones se centran principalmente en resolver dolencias físicas y que, en muchos casos, el problema subyacente no se limita a eso. Por lo tanto, se sienten condicionados en su capacidad para abordar la situación de manera integral.

Además, expresan que terminan asumiendo tareas que no les corresponden, no porque no estén dispuestos a hacerlo, sino porque simplemente no saben cómo. Si bien cada disciplina tiene su área de especialización y conocimientos específicos, queda claro que para abordar de manera integral las demandas sociales en el contexto de la guardia. Se requiere una comprensión más amplia y una colaboración más estrecha entre lxs diferentes profesionales, y sin dudas, una incorporación de

una disciplina como la es la del Trabajo Social¹⁸ ya que lxs profesionales de la misma están formados específicamente para comprender y abordar las dimensiones sociales de los problemas.

Por último, y en torno a este mismo indicador, a lxs profesionales del equipo médico y de enfermería se les preguntó **si además del interrogatorio respecto a las cuestiones médicas se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales**. Este interrogante surge a partir de la necesidad de conocer si lxs profesionales tienen una visión integral de la persona, es decir, si incorporan en sus interrogatorios aspectos relacionados a componentes sociales, o si solo se enfocan en los aspectos médico-biológicos. De esta manera, se podría dar cuenta si hay una incorporación de la demanda social en la demanda inicial que hizo que la persona usuaria concurra a la guardia.

En este sentido **médicx I** expresó: *“no, en la guardia la atención está destinada a atender de forma rápida el motivo de consulta, nos limitamos solo a esa consulta [...] En la guardia está estipulado que no tardamos más de 15 minutos en la atención de un paciente, a veces si hay alguna atención puntual [...] Uno hace algunas preguntas sobre el cuidado, de cómo se organizan en el hogar, si lo ayudan, si hay redes. Pero más que nada en esos casos más complejos o cuando ingresa algún paciente con patología psiquiátrica aguda [...] Solo cuando creemos que es importante.”*

Médicx II agregó: *“en la pandemia solía preguntar cómo se conformaba la familia, o si había vuelto de algún viaje recientemente, antecedentes del grupo familiar. [...] La realidad es que no indagamos mucho en aspectos socio-económicos actualmente porque estamos en una época difícil y si empezamos a indagar sobre todo eso, no se va más el paciente, y nos quiere contar toda su historia de vida.”*

Con respeto al personal de enfermería, **enfermerx I** plantea: *“la realidad es que no, o sea, suelen surgir determinadas conversaciones que van llevando... pero no es que es parte del interrogatorio que solemos tener con los pacientes. Por ahí en algunos casos puntuales, por la patología del paciente o su motivo de consulta...”*

¹⁸ Dicho análisis se retomará posteriormente en el indicador de Trabajo Social y abordaje interdisciplinario.

Por su parte, **enfermerx II** responde: *“Si. No es algo que se haga siempre ni en todos los casos, tampoco es requisito hacerlo. Con el personal de enfermería el paciente suele abrirse más y contar un poco su historia, nosotros charlamos de esas cosas con los pacientes y repreguntamos para darnos un contexto de lo que está pasando que muchas veces está vinculado”*.

Como han expresado lxs profesionales, desde su especificidad profesional y el legado de su propia disciplina, reconocen que no indagan mucho más que lo propiamente médico-biológico a excepción de determinados casos. A su vez, su intervención se encuentra “condicionada” por el tiempo estipulado de duración de la consulta: *“está estipulado que no tardemos más de 15 minutos en la atención de un paciente”*, por exigencia de la propia institución. Asimismo, aluden a que si se da el lugar para conversar junto con el paciente sobre los aspectos mencionados, la consulta se extiende: *“si empezamos a indagar sobre todo eso, no se va más el paciente, y nos quiere contar toda su historia de vida.”*

De esta manera, queda en evidencia que -salvo determinados casos- la integración de los componentes sociales no suele incorporarse a la consulta médica. No hay, de esta manera, una visión integral de la situación problemática de la persona. En definitiva, solo se tiene en cuenta el campo social para situaciones específicas cuando, a criterio médico, es necesario darle lugar a ello.

En este punto, resulta interesante analizar que desde las acciones que se despliegan en el contexto de guardia de la institución se sigue reproduciendo las lógicas del Modelo Médico Hegemónico. Esto porque sigue prevaleciendo el individualismo, colocando a la persona en un rol pasivo y subordinado, se remarca la ahistoricidad y asociabilidad que lleva a concebir por separado a lo biológico y lo social, negando toda influencia de este último en la enfermedad y el biologismo que es el que posibilita ver a la enfermedad como una totalidad, sin tener en cuenta lo que denominamos en la tesis la “historia social de los padecimientos”.

Por el contrario, se reflexiona en el hecho de que el equipo de salud debe considerar al padecimiento subjetivo intrínseco con las problemáticas sociales. No se parte de considerar los hechos aislados, sino de contextualizarlos con el fin de adquirir una visión integral de la persona que tenga en cuenta sus múltiples y

complejos modos de vida. En definitiva, una mirada integral de la salud, debe necesariamente, reconocer la importancia de las narrativas y experiencias de las personas usuarias.

Trabajo Social

Con respecto a este indicador, en primer lugar, se propuso a lxs entrevistadxs una serie de preguntas vinculadas a indagar el conocimiento de la profesión de Trabajo Social. La propuesta es poder analizar de qué manera conciben a la disciplina y que representación hacen y/o tienen de la misma, para otorgarle mayor sustento a los objetivos planteados.

A saber, en este punto ya se reconoce que acontecen demandas sociales y se identifica que las prácticas de atención que lleva a cabo el equipo de salud de dicha institución abordan aspectos relacionados a las “Urgencias Sociales”. No obstante, se reconoce que no hay Trabajo Social en ninguna de sus áreas, y que frente a las mismas, las intervenciones que llevan a cabo, como han mencionado, son con los recursos, herramientas y conocimientos que poseen, siendo muchas veces insuficientes y desprovistas de los aspectos teórico-epistemológicos, operativos-instrumentales y ético-políticos de la profesión.

Por lo tanto, es aquí que surge el siguiente interrogante: **¿reconoce el equipo de salud la necesidad de incorporar a profesionales en Trabajo Social en la intervención de guardia o considera que no hace falta modificar sus prácticas actuales de intervención?**

Es por ello que en primer lugar, se le consultó a lxs entrevistadxs si conocían la profesión de Trabajo Social a lo cual todxs respondieron afirmativamente. En correlación, y en pos de profundizar sus conocimientos respecto a la disciplina, se les preguntó qué consideran ellxs que hacen lxs trabajadorxs sociales. Entre sus relatos, extraemos lo más significativo para analizar posteriormente:

Administrativx II plantea que *“se encarga de la gestión, acompañamiento y resolución de los problemas de las personas. Sobre todo creo que se enfocan en lo social y donde más se puede ver es cuando son de bajos recursos”*.

Médicx I considera: *“hace un montón de cosas, en primer lugar conocer el estilo de vida de las personas en todos sus aspectos, a que se dedica, si fue a la escuela, si trabaja, en qué condiciones, cuáles son sus redes, si tiene sus necesidades básicas cubiertas. Si participa en alguna organización, si tiene acceso a alguna pensión.”*

A su vez, **enfermerx I** responde: *“no te puedo dar una definición exacta, son profesionales que ayudan, protegen y apoyan a las personas más vulnerables... o que tienen sus derechos vulnerados.”*

Por último, **psicologx** agrega *“trabajan para mejorar la calidad de vida de las personas en relación a sus derechos y necesidades de acuerdo a su realidad social y cultural.”*

Teniendo en cuenta lo antedicho, se puede reconocer que, entre los relatos de lxs entrevistadxs se identifica cierta concordancia en las incumbencias propias del Trabajo Social. Esto se puede ver cuando ellxs hablan de, por ejemplo, acompañamiento, gestión, identificación de redes sociales de la persona y mejoramiento de la calidad de vida. Otro punto a destacar es la mención de la palabra “derechos”, esto podría indicar que el enfoque de derechos humanos está presente en sus percepciones y concepciones del Trabajo Social.

Si bien pudieron dar cuenta de ciertas características propias de la disciplina, resulta interesante en este punto analizar algunas opiniones y/o fragmentos significativos.

En primer lugar, se reconoce que la representación social de la profesión aún sigue fuertemente vinculada con la noción de filantropía y caridad. Desde el área de enfermería, surgió por ejemplo la concepción de “ayuda”. Se reconoce que históricamente y principalmente en sus inicios, el Trabajo Social ha sido influenciado por este tipo de enfoques, sin embargo la idea de “ayuda” ha sido fuertemente criticada por propagar relaciones de poder desequilibradas, perspectivas individualistas, una mirada estigmatizante y paternalista, y por no contener un enfoque desde la justicia social. A pesar de ello, sigue arraigado e instalado en la sociedad este tipo de concepciones acerca de lo que es el Trabajo Social, y no solo

ello, sino también en ciertas circunstancias, un preocupante desconocimiento e ignorancia del mismo.

Esto se destaca ya que no es casual que, además de que se continúe reproduciendo esta noción equívoca acerca de la labor del Trabajo Social, se lo asocie justamente con la intervención con sectores más vulnerables. De hecho, unx de lxs administrativxs expresó: *“donde más se puede ver es cuando son de bajos recursos”*. Esto es interesante de analizar dado que, desde esta lógica, parece ser que únicamente los problemas sociales atraviesan a las clases vulnerables, y no a quienes poseen mayores recursos económicos.

De esta manera se vuelve a la idea que la representación social de la profesión este únicamente ligada a la asignación de recursos. Esto complejiza el hecho de poder pensar en generar un Servicio de Trabajo Social en la guardia de la clínica ya que al ser de gestión privada impresiona que quienes concurren a la misma sí poseen los medios y recursos necesarios para resolver sus propias problemáticas. Se recuerda en este punto el fragmento de medicx I para dar mayor sustento a la idea propuesta *“con el paciente de acá es difícil porque por lo general tiene más recursos y lo termina resolviendo de otra forma”*.

Siguiendo esta línea, resulta interesante articular con otra de las preguntas que se llevaron a cabo en las entrevistas, dado que aparece una visible contradicción. Cuando consultamos acerca de **qué aportes considera que pueden realizar lxs trabajadorxs sociales en el campo de salud y específicamente en la presente institución** surgieron determinadas cuestiones relevantes para poner en debate.

Por ejemplo, **medicx I** respondió: *“sí aunque sea de forma pasiva, levantó el teléfono y decir tengo este tema con una paciente, por ejemplo, víctima de violencia de género. En esas cuestiones surgen dudas y no sabemos bien cómo proceder.”*

En este sentido, estx mismx medicx si bien en otra de las preguntas refirió que la persona usuaria que se dirige a dicha institución *“tiene más recursos y lo termina resolviendo de otra forma”*, luego, reconoce la necesidad de incorporar trabajadorxs sociales, porque hay problemáticas que sí son sociales y ellxs no

cuentan con las herramientas y conocimientos necesarios para dar respuesta, como es el caso que ejemplifica: violencia de género.

Esta contradicción indica que, aunque inicialmente pueda parecer que no hay mayores complicaciones en la forma en que se llevan a cabo las prácticas de atención, al profundizar en ello, se evidencia una falta de estrategias y conocimientos para abordar problemas sociales.

Asimismo, frente a la misma pregunta, **enfermerx I** contestó *“sí creo que estaría bueno aportar otra mirada y otro tipo de profesión para poder abarcar más al paciente y el problema que lo trae a la guardia. Además podría dar respuestas a ciertas cuestiones que no sabemos muchas veces como responder o cómo actuar”*.

Enfermerx II planteó: *“si la verdad considero que si. En los casos de los que estuvimos hablando, articular con servicio social sería ideal. Violencia de género, intentos de suicidios... viste... para ayudar al paciente y a su familia.. brindar asesoramiento legal, información.... También se me viene a la cabeza adultos mayores, que están solos, que muchas veces no entienden, o no saben cómo gestionar determinadas cosas. Ahí creo que sería clave. Son cosas que nos suelen pasar en la guardia”*.

Es relevante destacar que, inicialmente, el personal de enfermería encontró dificultades para brindar una definición clara del Trabajo Social y reflexionar sobre su labor. Es decir, si bien no pudieron establecer con claridad absoluta el objeto de intervención del Trabajo Social, al profundizar sobre la presente pregunta, se denota que existe una conciencia de su falta en ciertos aspectos que no pueden ser definidos por otras disciplinas. Esto es un primer paso importante para reconocer la necesidad de incorporar la perspectiva y el conocimiento del Trabajo Social en diferentes ámbitos, como es el caso de la guardia.

Es por ello, que frente a esta pregunta como se mencionó, surgieron perspectivas interesantes y que se relacionan con lo que les incumbe a lxs trabajadorxs sociales. Entre sus respuestas incluyeron brindar asesoramiento legal, proporcionar información y orientación en la gestión de trámites, así como trabajar e intervenir con adultos mayores que no cuentan con redes afectivas.

Además, como se viene concluyendo, en sus relatos se vuelve a identificar frases como “esto nos excede”, “no sabemos cómo responder” y que por este motivo, consideran que la incorporación de la profesión sí aportaría a la dinámica de la guardia.

Para finalizar, se hará hincapié en la respuesta del **psicologx**. Ante la pregunta de qué aportaría la profesión en la dinámica de atención de la guardia, expuso: *“un trabajador social asistirá y asesorará a las personas para que mejoren su calidad de vida, en relación a sus derechos y necesidades, de acuerdo a la realidad social integrando un equipo interdisciplinario. El trabajador social creo que en la clínica específicamente puede brindar apoyo en cuestiones como la gestión de algún recurso, la orientación legal y la asistencia en trámites, articulación con organizaciones y la coordinación de servicios.”*

En primer lugar, en relación a la respuesta del profesional se puede denotar que fue unx de lxs entrevistadxs que dio una definición del Trabajo Social (explicitada en el inicio del análisis del indicador) más precisa y pertinente. Asimismo, también proporcionó información específica cuando se le consultó acerca de lo que aportaría la profesión en las intervenciones de la guardia.

Esto puede deberse a que el Trabajo Social y la Psicología son ciencias afines, y ambas comparten un enfoque centrado en la persona, el bienestar social y la comprensión de los factores sociales y culturales que influyen en la vida de estas. Ambas disciplinas se basan en la comprensión de los seres humanos como seres complejos y contextualizados y se preocupan por el estudio y la intervención en los problemas y dificultades que enfrentan las personas en su vida cotidiana.

En resumen, se puede inferir que la necesidad de la incorporación de la disciplina de Trabajo Social en la dinámica de intervención de la guardia de la clínica es ampliamente reconocida por todxs lxs entrevistadxs. Dicha incorporación, entonces, podría aportar una mirada integral, basada en los derechos humanos y la justicia social, para abordar problemáticas sociales y mejorar la calidad de vida de las personas que allí consultan. Es fundamental superar las concepciones limitadas y estigmatizantes de la profesión y promover una comprensión más amplia y actualizada de su rol en el campo de la salud.

En efecto, es importante destacar la necesidad de un enfoque interdisciplinario en el campo de la salud, donde el Trabajo Social pueda colaborar y articular con otrxs profesionales de la salud, como médicxs, enfermerxs, psicólogxs, entre otrxs, permitiendo abordar de manera integral y holística las problemáticas de las personas usuarias que concurren a la guardia de la misma.

Abordaje Interdisciplinario

En el campo de la salud el abordaje interdisciplinario es fundamental para que las intervenciones que se lleven a cabo posean una mirada integral respecto a la situación planteada por quienes consultan. A medida que estas problemáticas y desafíos se vuelven más complejos, surge la necesidad de diálogo entre los diversos conocimientos, habilidades y perspectivas de diferentes disciplinas para abordarlos de manera holística.

Es por ello, que el propósito de las preguntas relacionadas a este indicador está vinculado al hecho de conocer si en la clínica, específicamente en el contexto de guardia de la misma, lxs profesionales que componen el equipo de salud trabajan interdisciplinariamente, si mantienen espacios de debate, y si consideran que el mismo es necesario para abordar los problemas de salud que surgen en éste.

En primer lugar, se les consultó a lxs entrevistadxs: **¿trabaja con otrxs profesionales? ¿en qué casos? ¿con cuáles disciplinas?**. Al haber concordancia en todas las respuestas se decidió extraer algunos fragmentos, para profundizar se sugiere ir al anexo III.

Médicx II contestó: *“dentro de la guardia hay otros dos o tres enfermeros [...] Generalmente somos 3 médicos y también hay un residente[...] Las otras especialidades son al teléfono para consultar, y si el paciente requiere una evaluación física, se acerca a la guardia el médico especialista.*

Psicólogx expresa: *“Si, en todos los casos referidos a pacientes. Médicos, enfermeros, kinesiologos, nutricionistas”.*

Enfermerx II agrega: *“Si. La guardia está conformada por médicos, otros enfermeros, y suelen venir especialistas cuando se piden interconsultas. Lo mismo*

pasa con psicólogos y psiquiatras. Trabajamos en coordinación con el servicio de imágenes y laboratorio, terapia intensiva, hemodinamia...”.

La pregunta realizada estaba vinculada a conocer la dinámica de trabajo al interior de la guardia de la clínica. Para profundizar en el hecho de saber si éstos trabajan de forma interdisciplinaria, fue necesario consultar si además de lxs profesionales que se fueron mencionando anteriormente, hay otras disciplinas intervinientes.

Los relatos precedentes refuerzan las afirmaciones que se vienen sosteniendo a lo largo de este trabajo final, ya que se sigue concluyendo en que el equipo profesional de salud de la guardia está conformado por medicxs y enfermerxs principalmente. Todas las demás disciplinas y servicios que mencionaron en sus relatos, como por ejemplo nutricionistas, kinesiólogxs, profesionales de los servicios de imágenes y laboratorio, refuerza la idea de colaboración, comunicación y coordinación pero limitada a instancias puntuales.

Una vez recabada la información mencionada anteriormente, se procedió a preguntar a lxs entrevistadxs si **trabajan de forma interdisciplinaria con las disciplinas** que previamente expusieron. Para ello, se tomarán los relatos más significativos brindados por lxs entrevistadxs que luego serán analizados:

Médicx I explica: *“Acá en la clínica no hay un trabajo interdisciplinar, para eso habría que ver a los pacientes en conjunto y trabajar en conjunto, la verdad que en un espacio de guardia no existe esa dinámica. Está orientada a resolver rápido [...] Para nosotros en un garrón porque uno termina un parte médico de cuestiones que no sabemos y son ajenas a uno.”*

A su vez, **médicx II** agrega: *“no, no se trabaja de forma interdisciplinar. Si debatimos entre colegas algunas situaciones muy específicas y llamamos a otros profesionales cuando surgen cuestiones particulares”.*

En primer lugar, se evidencia que en la guardia no se promueve el abordaje interdisciplinario. El enfoque de resolver rápidamente los problemas puede complejizar la posibilidad de trabajar en conjunto y considerar aspectos que van más allá de lo puramente biológico.

Sin embargo, nuevamente aparece la contradicción planteada anteriormente. Aunque **medicx I** considera que la guardia está destinada a “resolver rápido” y que ésta es la dinámica que se espera de ella, luego expresa *“uno termina un parte médico de cuestiones que no sabemos y son ajenas”*. Esto termina evidenciando que sí existe una necesidad de contar con un equipo interdisciplinario que pueda abordar de manera integral las diferentes dimensiones de la salud de quienes consultan. Sin dudas, trabajar en conjunto, compartir conocimientos y experiencias, y considerar las perspectivas de diferentes profesionales puede enriquecer la atención y la resolución de los problemas junto con las personas.

A su vez, **medicx II** refuerza lo planteado anteriormente dando cuenta que las intervenciones que llevaban cabo, muchas veces, se encuentran inclinadas hacia lo que se denomina “interconsulta” más que a un abordaje interdisciplinario en sí mismo. Esta implica solicitar la opinión o el apoyo de otro profesional de manera puntual, pero no necesariamente una colaboración continua y una integración de conocimientos y perspectivas.

Por último, **psicologx** responde *“lo que se conoce específicamente como trabajo interdisciplinario no ocurre en la guardia, o no ocurre siempre y sostenido en el tiempo. Es decir, para casos en específicos, luego de implementarse las acciones de urgencia requeridas, si se requiere se realiza una interconsulta con psicología o psiquiatría.”*

La respuesta del área de psicología afianza la idea de que no hay trabajo interdisciplinario en la guardia. Su relato refiere que la colaboración entre disciplinas se limita a situaciones puntuales y no se establece como una práctica sistemática y continua en la institución.

Es importante destacar que la inclusión de profesionales de otras disciplinas en la guardia no se debe limitar únicamente a las interconsultas, sino que debería considerarse como parte integral del equipo de atención. Esto implica establecer un enfoque interdisciplinario sostenido en el tiempo, donde se compartan conocimientos, se realicen reuniones de equipo y se trabaje en conjunto para brindar una atención integral y de calidad.

Es por lo antedicho que fue de esperar que frente a la pregunta sobre **si comparten espacios de debate y reflexión con otrxs profesionales** sus respuestas sean:

Medicx I contesta: *“acá en la clínica no, mantengo estos espacios pero en otras instituciones”*.

A su vez, **médicx II** agrega: *“si tengo dudas sobre algún diagnóstico consulto siempre a mis compañeros. Siempre apunto a tener otra mirada. Pero en situaciones puntuales, no tenemos un espacio concreto ni es sostenido en el tiempo.”*

Psicologx responde: *“Sí, hay espacios, se sostienen en el tiempo pero no en la guardia.”*

Por último, el área de enfermería expresa:

Enfermerx I: *“No, en la guardia no hay un espacio de reflexión. Tenemos charlas informativas dentro de la clínica o algunas capacitaciones, en esos espacios debatimos sobre situaciones que pueden pasar.”*

Enfermerx II: *“Un espacio de reflexión en sí mismo no, cuando hay dudas sobre algo nos vamos consultando entre compañeros. Tratamos de buscar otras miradas y opiniones. Pero en casos puntuales... que van surgiendo.”*

En este sentido, se evidencia que la falta de espacios concretos y sostenidos en el tiempo para el debate y la reflexión en la guardia dificulta y hace esperable que no se trabaje de forma interdisciplinaria y muy poco de manera multidisciplinaria. Esto se ve agravado por la necesidad de brindar respuestas rápidas, lo que puede limitar el tiempo y los recursos disponibles para el trabajo en equipo y la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas.

En lugar de fomentar el debate interdisciplinario en sí mismo, se tiende a priorizar la interconsulta, es decir, buscar la opinión o el consejo de otrx profesional en situaciones puntuales. Si bien la interconsulta es valiosa y necesaria en algunos casos, no reemplaza la importancia de contar con espacios formales y continuos de debate y reflexión interdisciplinaria.

Es importante reconocer la diferencia entre la interconsulta y el abordaje interdisciplinario. Como se mencionó, la interconsulta puede ser útil para obtener una visión complementaria o especializada en un aspecto específico de la atención, pero no garantiza una comprensión integral de la problemática ni una intervención holística.

Por lo tanto, es necesario ir más allá de la interconsulta y promover un abordaje interdisciplinario en la guardia. Esto implica fomentar una cultura de colaboración y trabajo en equipo, donde los profesionales de diferentes disciplinas puedan compartir conocimientos y experiencias para brindar una atención integral y adaptada a las necesidades de las personas que consultan.

El trabajo interdisciplinario requiere tiempo, esfuerzo y voluntad de todos los profesionales involucrados. Es necesario reconocer que la atención de salud no se limita a una sola disciplina y que la colaboración interdisciplinaria puede aportar una visión más completa y enriquecedora.

Por ello, es fundamental promover y establecer espacios y condiciones propicias para el trabajo interdisciplinario en la guardia. Esto implica generar oportunidades de capacitación, crear canales de comunicación fluidos, fomentar el respeto y la valoración de las diferentes disciplinas, y dedicar tiempo y recursos para el debate y la reflexión conjunta.

REFLEXIONES FINALES

El proceso de realización de la presente Tesis de grado permitió emprender un recorrido que confluyó en diversos aprendizajes, a partir de la búsqueda de trabajos relacionados al tema en cuestión y la puesta en práctica de un abordaje metodológico.

Este trabajo final persigue como objetivo: analizar cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en el contexto de guardia hospitalaria en una institución de salud de gestión privada de la ciudad de Mar del Plata. En el presente apartado se compartirán algunas reflexiones, interrogantes y puntos de análisis que fueron trabajados a lo largo del proceso.

En primer lugar, a partir de la evaluación de los objetivos planteados, se puede afirmar que el objetivo general fue cumplido a través de la narrativa del personal administrativo y de lxs profesionales que forman parte del equipo de salud que interviene en la guardia de la institución. Por medio de las entrevistas llevadas a cabo, se pudo recolectar información respecto a cómo se expresan las “Urgencias Sociales” en dicho espacio, lo cual se constituyó como una base para poder pensar, re-pensar y profundizar sobre la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud, específicamente en contextos de guardia hospitalaria. Los resultados no son solo datos, sino ideas sólidas sobre las cuales construir oportunidades de mejora en las intervenciones que llevan a cabo los equipos de salud, debiendo indudablemente incorporar la mirada y el aporte del Trabajo Social.

Es menester destacar, que como se adelantó en el apartado metodológico, se apeló al criterio de saturación de la muestra, el cual está respaldado por la metodología cualitativa y se basa en la idea de que, a medida que se recopila información adicional, se alcanza un punto en el que ya no emergen nuevos elementos o ideas relevantes. El criterio de saturación de la muestra no se basa en una cantidad específica de participantes, sino en la calidad y la diversidad de las ideas y perspectivas recopiladas.

En el presente trabajo, se realizó un total de siete entrevistas exhaustivas y detalladas, y durante este proceso, se observó que no surgían nuevos temas o perspectivas en relación al objeto de estudio de la investigación. Esto indica que se ha alcanzado un nivel de saturación en la muestra propuesta, lo que significa que se ha escuchado una diversidad suficiente de ideas y concepciones que permiten realizar un análisis completo y en profundidad del tema y, sobretodo, poder dar respuesta a los objetivos de investigación planteados.

A su vez, es importante mencionar, que el análisis de la muestra fue enriquecido por la técnica de la observación participante. Además de la información que se fue recolectando a través de la oralidad en el marco de las entrevistas, todxs lxs entrevistadxs demostraron entusiasmo con la propuesta y tema de investigación; se identificó una apertura ideológica al reconocer o problematizar aspectos cotidianos de su trabajo, dando cuenta y poniendo el valor la importancia de la incorporación del Trabajo Social en el contexto de guardia de la institución.

Por otro lado, retomando la categoría “Urgencia Social”, se considera importante en este punto, mencionar que la construcción y desarrollo de la misma ha sido un proceso sumamente complejo y extenso, que ha requerido un arduo camino de exploración y análisis. Fue necesario sumergirse en una amplia gama de bibliografía con el objetivo de comprender y articular de manera precisa este concepto.

Inicialmente, se debatió con conceptos previos como el de urgencia y la urgencia subjetiva, explorando su evolución y mutación en los diferentes campos disciplinarios y su manifestación en contextos diversos. A medida que se avanzaba en este trayecto, hasta alcanzar la categoría de “Urgencia Social”, se tomó noción de que no era un proceso estático ni definitivo. Por el contrario, ha sido necesario ir construyendo y reconstruyendo el mismo constantemente, ya que las categorías “urgencia” y “urgencia subjetiva”, son analizadas y trabajadas principalmente desde el campo de la psicología.

Toda esta dinámica de analizar dichas categorías desde el saber propio del Trabajo Social, permitió arribar al concepto definitivo de “Urgencia Social” planteado en la presente Tesis de grado, el cual posee un gran potencial y relevancia dentro la

profesión, reconociendo su capacidad para movilizar y emprender acciones que promuevan cambios significativos en la atención de las personas usuarias que consultan en una guardia hospitalaria. Es por ello que se considera que el presente trabajo final podría considerarse un precedente en materia de conceptualización de “Urgencias Sociales”.

En el marco de las entrevistas, el equipo profesional y administrativo fue expresando en sus discursos que en la atención de urgencias surgen múltiples problemáticas sociales, sin embargo, no han sido reconocidas explícitamente como “Urgencias Sociales”. No obstante, al plantear la definición construida por parte de las entrevistadoras, el equipo de salud pudo identificar y reconocer que dichas situaciones podrían ser expresiones de la “Urgencia Social”.

En este sentido, en el marco de un espacio de intervención del campo de la salud, como es la guardia, es inevitable que las problemáticas que atraviesa la población usuaria se encuentren asociadas a cuestiones de índole social. Precisamente porque el ser humano es un ser social, y la disociación de éste respecto a lo biológico no puede darse de manera categórica. Sin embargo, a lo largo del trabajo de campo y análisis de los resultados se ve como sigue imperando la lógica y perspectiva del Modelo Médico Hegemónico en las instituciones de salud, razón por la cual, el equipo profesional y administrativo al mismo tiempo que definen y describen situaciones asimilables o compatibles al concepto de “Urgencia Social”, no logran reconocerlas plenamente como tal.

De esta manera, se puede evidenciar que hay un reconocimiento por parte del equipo de salud acerca de que acontecen situaciones sociales en la problemática que hace que la persona acuda a una guardia. Sin embargo, queda relegado de las intervenciones porque, como se planteó en el análisis de resultados, las disciplinas que intervienen en la misma no cuentan con herramientas profesionales ni con conocimientos para darles respuesta, ni una lectura de lo social que pueda dar cuenta de la complejidad ¿será que el Trabajo Social sí? ¿Es posible que el saber profesional del Trabajo Social pueda ampliar dicha mirada?

Al afirmar que no cuentan con herramientas ni conocimientos profesionales, como bien plantearon lxs entrevistadxs, a saber: *“con las herramientas que tenemos*

a mano”, “*puedo remarla*”, “*más que una interconsulta con otro profesional no podemos hacer*”, ocurre que cuando existe ese “vacío” inmediatamente se piensa en la psicología y en la psiquiatría, dado que al ser ciencias afines se infiere podrán responder ante demandas sociales. Es decir, que todo lo que ocurre en la persona que está “fuera de lo orgánico” se trabaja desde el campo de la salud mental, pero ¿qué lugar ocupa el campo social?.

No obstante, antes de esa “derivación” o “interconsulta”, quienes llevan a cabo las primeras intervenciones son lxs médicxs, porque la prioridad está puesta en resolver el síntoma orgánico, resolver ese “padecimiento físico” que hizo que la persona usuaria consulte.

Lo antedicho, puede ser un reflejo de la formación y enfoque tradicional de la medicina, apoyado en el Modelo Médico Hegemónico, el cual prioriza el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad biológica, dejando de lado o minimizando los aspectos sociales que también están presentes en las personas usuarias. Es decir, que el biologicismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. De esta manera, se sigue reproduciendo la idea de que sólo es el saber científico de la medicina el que opera en la “supuesta curación”. Se pierde de vista entonces, las diversas formas de atención de los padeceres que las personas utilizan para reducir o solucionar sus problemas, lo cual implica la necesidad de incluir los espacios cotidianos donde las personas se desarrollan.

Por el contrario, darle lugar a la “Urgencia Social”, implicaría justamente no poner el foco únicamente en el síntoma orgánico, sino incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No conlleva necesariamente a dar una respuesta inmediata, sino más bien tomarse el tiempo de escuchar y comprender cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona, y trabajar junto a ella la construcción de posibilidades para reducir su padecimiento subjetivo.

En este sentido, es allí, en la intervención de dichas “Urgencias Sociales” que resulta posible preguntarse si es el Trabajo Social la disciplina acorde para intervenir en dichas situaciones. A partir del reconocimiento de la manifestación de “Urgencias Sociales” en la guardia hospitalaria, es posible plantear que la incorporación e

intervención de la disciplina de Trabajo Social en la lectura y abordaje de “Urgencias Sociales” resulta sumamente valiosa y necesaria. La perspectiva de intervención profesional del Trabajo Social parte de la consideración de la intersectorialidad y múltiples aspectos que participan en la construcción de la realidad social de las personas, permitiendo dar respuestas integrales a las necesidades y demandas que surgen en situaciones de urgencia.

Siendo la guardia un escenario caótico y conflictivo, el rol del Trabajo Social propicia una escucha que incorpora lo vivido por la persona en su contexto, su malestar cotidiano, identificando los factores sociales que pueden estar influyendo en su situación problemática de salud. Habilitar esa escucha y generar evaluaciones preliminares permiten conceptualizar la demanda social y desde allí formular líneas de acción conjuntas.

Lxs trabajadorxs sociales desempeñan un papel crucial en el campo de la salud al proporcionar una visión integral, estructural y sistémica de la situación de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas. Este enfoque contribuye a una reflexión constante sobre las condiciones estructurales que generan situaciones o contextos de padecimiento subjetivo y físico en las personas, así como la consideración de los factores protectores que promueven la salud y una mejor calidad de vida para la población. Por lo tanto, la presencia de lxs trabajadorxs sociales en este contexto es necesaria y brinda un respaldo sólido a estas necesidades.

Además, el acompañamiento del profesional en Trabajo Social no sólo es vital para las personas usuarias, sino también para los equipos de salud que se ocupan de problemáticas específicas en esta área. Lxs trabajadorxs sociales aportan una mirada integral y una comprensión de los aspectos sociales, culturales, económicos y emocionales que influyen en la salud de las personas, lo que contribuye a una atención más efectiva y centrada en la persona y su entorno.

De esta manera, se podría significar ese “vacío” manifestado por lxs entrevistadxs del equipo de salud, respecto a las intervenciones vinculadas a demandas sociales. Generando así respuestas integrales y acordes para que la persona no reingrese por ser incomprendido por el modelo de atención o porque la

atención esté mal direccionada, reubicando a la persona usuaria en la continuidad y permanencia de su padecimiento.

Por lo expuesto, sin duda se sostiene entonces que el Trabajo Social debería formar parte del equipo de salud de la guardia de la institución elegida¹⁹, siendo esto identificado por todos los entrevistados y a través del arduo análisis generado. Se evidencia la necesidad de generar lecturas de lo social que den cuenta de la complejidad, siendo los profesionales de Trabajo Social quienes poseen los conocimientos y herramientas para llevarlas a cabo.

Sin dudas, este proceso de intervención y de abordaje de dichas “Urgencias Sociales” requiere de una mirada interdisciplinaria y de la articulación con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeros, psicólogos. Es necesario situarse en relaciones simétricas e interdisciplinarias como integrantes en equipos de salud. La construcción de este tipo de relaciones propone un modo de organización diferente para el trabajo en salud: es un diseño desde la interdisciplinariedad que aporte a la construcción del problema entre varias miradas y saberes, y que supere los modos asimétricos instalados en la derivación o la interconsulta pensándola como propuesta alternativa y superadora.

Sin embargo, en la guardia de la institución elegida no se lleva a cabo un abordaje interdisciplinario. Como se evidenció en las entrevistas, las múltiples disciplinas que sí forman parte del equipo de salud, abordan el problema desde sus respectivas áreas de intervención de forma fragmentada. Se ocupan de su “parcela del problema”. Esto genera una barrera en el trabajo interdisciplinario, porque no hay espacios de debate en conjunto y de comunicación más allá de un pedido de interconsulta específico.

Es por ello que, es fundamental promover y establecer espacios y condiciones propicias para que este se desarrolle. Esto implica generar oportunidades de capacitación, crear canales de comunicación fluidos, fomentar el respeto y la valoración de las diferentes disciplinas, y dedicar tiempo y recursos para el debate y la reflexión conjunta.

¹⁹ Se sostiene la importancia de la incorporación de la disciplina de Trabajo Social en los equipos de salud de guardias hospitalarias en todas las instituciones.

Lxs profesionales de Trabajo Social pueden contribuir a promover y fortalecer la interdisciplina fomentando el diálogo entre disciplinas, facilitando y coordinando los espacios y planificando y evaluando las intervenciones realizadas.

Resulta central mencionar que todo lo expuesto está contextualizado en una institución de salud de gestión privada, en la cual los lineamientos y lógicas son distintas que las del sector público. Si bien el Trabajo Social en el ámbito privado ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años²⁰ aún existe cierta resistencia a su incorporación. Esto puede deberse a varios factores y percepciones erróneas sobre el rol y las competencias de lxs trabajadorxs sociales, así como la impresión de que su labor se limita a la asistencia social y a la distribución de recursos.

Durante la experiencia de las entrevistas, se pudo evidenciar que aún hay una fuerte representación social de la profesión vinculada con la noción de filantropía y caridad. Como bien plantearon lxs entrevistadxs: *“sobre todo creo que se enfocan en lo social y donde más se puede ver es cuando son de bajos recursos”, “no te puedo dar una definición exacta, son profesionales que ayudan, protegen y apoyan a las personas más vulnerables”*. Esto se destaca ya que no es casual que, además de que se continúe reproduciendo una noción equívoca acerca de la labor del Trabajo Social, se lo asocie justamente con la intervención con sectores más vulnerables en términos sociales y económicos. Desde esta lógica parece ser que únicamente los problemas sociales atraviesan a dichos sectores y no a quienes poseen mayores recursos económicos o a aquellos que cuentan con una obra social o prepaga.

Si bien contar con una cobertura de salud o mayores ingresos puede facilitar el acceso a diferentes servicios, esto no garantiza necesariamente la “ausencia” de demandas ligadas a la “Urgencias Sociales”. Esa visión limita la comprensión de las problemáticas en su complejidad y perpetúa estereotipos y prejuicios. Como así también reproduce la idea sostenida por los sectores hegemónicos respecto a que el sector público no es de calidad. Esta narrativa contribuye a una interpretación limitada y sesgada de lo que implica necesariamente un servicio de atención a la

²⁰ En la ciudad de Mar del Plata solo se cuenta con la experiencia del Hospital Privado de la Comunidad en tanto antecedente del segundo nivel de atención de la salud de gestión privada con un Servicio de Guardia de Trabajo Social.

salud de calidad y en consecuencia una intervención adecuada de las “Urgencias Sociales”.

Es importante cuestionar esta narrativa y reflexionar sobre los factores que realmente determinan la calidad de un servicio de salud. La calidad no debería medirse únicamente en términos de la disponibilidad de recursos económicos o de la capacidad de pago de las personas, sino en la capacidad de brindar una atención integral, equitativa y centrada en las necesidades de quienes consultan.

Como ya se planteó, esto se complejiza además, por la lógica mercantil o ganancial que se filtra en el abordaje de la salud, donde la atención se enfoca en generar ganancias económicas para las instituciones. Esta perspectiva del poder médico hegemónico y la lógica mercantil en la salud pueden generar barreras para el abordaje de las demandas sociales, como así también para la inclusión del Trabajo Social en los equipos de salud. Es fundamental cuestionar y reflexionar sobre estos modelos dominantes y promover un enfoque más integral y socialmente consciente en la atención de salud.

Descolonizar esta perspectiva entonces implicaría desaprender y superar el pensamiento hegemónico respecto a la atención en salud, y desarrollar y consolidar un modelo de la salud que tenga en cuenta las representaciones que dominan las prácticas en dicho campo; y en la necesidad de deconstruir el entramado de relaciones cada vez más complejas que se corporizan en los espacios institucionales y sus prácticas. Para ello resulta necesario miradas interdisciplinarias que den lugar a la escucha, a la pregunta y a la desnaturalización de los procesos de intervención establecidos.

Por otro lado, es menester destacar que, en acuerdo con el Comité de Docencia e Investigación de la institución, se acordó enviar un informe valorativo del trabajo realizado, por lo que se espera que el mismo, contribuya como aporte y antecedente a la hora de reflexionar sobre la incorporación de la profesión en la institución. Se espera que se haya reflejado la importancia de la mirada disciplinar del Trabajo Social en la atención y la lectura del campo social para que los abordajes de los problemas de salud sean más completos, complejos e integrales. De esta forma los servicios que brinda la institución podrían mejorar la calidad de

atención para las personas usuarias que allí consultan, entre ellos: la guardia hospitalaria.

Para finalizar, se reconoce que el presente trabajo final es solo el análisis sobre una pequeña parcela del universo de la temática en cuestión. Es por ello que los hallazgos de la presente Tesis de grado generan nuevos interrogantes, lo cual permite poder plantear algunas posibles líneas de abordaje y de investigación desde el Trabajo Social.

Teniendo en cuenta que el análisis de la Tesis de grado se constituyó a partir de la mirada de lxs profesionales y personal administrativo de la guardia de la institución, se podría optar por completarlo con la percepción de las personas usuarias, tomando en cuenta sus experiencias, relatos y vivencia, permitiría obtener una visión más completa y enriquecedora de la problemática.

Asimismo, resultaría interesante incorporar la perspectiva de colegas en Trabajo Social de otras instituciones, con el objetivo de realizar comparaciones y análisis más amplios sobre la intervención en situaciones de “Urgencia Social” en contextos de guardia hospitalaria.

Otra línea de acción podría orientarse en el análisis de las “Urgencias Sociales” en otro de los espacios más importantes de la institución como el sector de internación. Dado que las internaciones suelen ser prolongadas, se establecen diferentes tipos de vínculos y surgen otras problemáticas, lo cual puede resultar sumamente interesante de investigar.

Estas nuevas líneas de investigación planteadas, se consideran como instancias que pueden contribuir a fortalecer la perspectiva sobre el abordaje de las “Urgencias Sociales”, consolidando el enfoque y favoreciendo los procesos de comprensión sobre las mismas, abriendo la oportunidad de transformar las tradicionales formas de atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Achilli, E. (2002). *Notas sobre el proceso de construcción de un Proyecto de Investigación*. Rosario, Argentina, Documento de Trabajo de Universidad Tecnológica Nacional.
- Acuña, C; Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y Sociedad.
- Alfonso, D. (2017). *Perspectiva Integral en el Abordaje de Urgencias de Salud Mental Hospital Gral. De Agudos Dr. Cosme Argerich*. Universidad de Buenos Aires 13 Mayo. Dispositivos terapéuticos de atención en Salud Mental y Adicciones.
- Arce, H. (2010). *El Sistema de Salud; de dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires. Editorial Prometeo
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Buenos Aires, Topía.
- Travi, B. (2006). *La dimensión Técnico-Instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social*. Espacio Edit. Bs. As.
- Bonil, J; Sanmartí, N; Tomás, C; Pujol, R.M (2004). *Un nuevo marco para orientar respuestas a las dinámicas sociales: el paradigma de la complejidad*. Investigación en la escuela nº 53.
- Borgianni, E; Guerra, Y; Montaña, C. (2003). *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*.
- Cabero, L. (2009). *Del monólogo al diálogo en pos de la articulación del conocimiento. Disciplina, multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina*. Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Campana, M. (2011). *La invención de la comunidad: el programa sanitarista para el trabajo social en la Argentina desarrollista*. Doctorado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Carballeda, A. (2012). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2016). *¿Qué nos hace ser trabajadores sociales? ¿Por qué el Trabajo Social?*. Recuperado de: <http://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2019/03/texto-cursillo-2019-Qu%C3%A9-nos-hace-ser-trabajadores-sociales-CARBALLEDA.pdf>
- Carballeda, A. (2017). *La irrupción de un sujeto inesperado*. Recuperado en: <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/la-irrupcion-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones/>.
- Carballeda, A. (2020). *El pensamiento descolonial en diálogo con el Trabajo Social*. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Escenarios N° 31. Universidad Nacional de la Plata. ISSN: 2683-7684.
- Carballeda, A. (S/A). *La Interdisciplina como Diálogo. Una visión desde el campo de la Salud*. Ministerio de desarrollo social. Buenos Aires.
- Carballeda, A; Barberena, M. (S/A). *Trabajo Social, Política Social y salud*. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen32/carbarbe.html>.
- Chavero, M. (2013). *La judicialización como estrategia de acceso a la salud y sus limitaciones. Si Salud no es un derecho...seguro será un izquierdo*. Ponencia presentada en el IV Congreso Argentino – Latinoamericano de Derechos Humanos “Diálogos Pluriculturales para la Equidad”. Rosario.
- Chavero, M. (2022). *La salud en Argentina: ¿derecho o mercancía?*. Revista del del Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales - UBA ISSN 1852-2262 - Vol. 15 N° 28 - Julio - Diciembre 2022 - pp. 140-171. Recuperado de: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/C>

- Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires. Código de ética de Trabajo Social. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://www.catspba.org.ar/v3/docs/C_Etica.pdf.
- Costa, J P; Juaniz Verón, B; Mattioni, M; Parodi, D (2019). *Contextos de desigualdad: los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias polivalentes*. Recuperado en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>.
- Costa, J. P; Juaniz Verón, B; Mattioni, M; Parodi, D. (2019). *Contextos de desigualdad: los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias polivalentes*. Recuperado en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>.
- Da Rocha, J. (2014). *O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo*. Organizado por José da Rocha Carvalheiro, Luiza Sterman Heimann, Márcio Derbli. Sao Paulo: Instituto de Saúde.
- De La Maza, O; Selika, M; López, C; Varela Rozados, M; Moreno, V; Soliani, A.; Lubo, F; Morales, C; Girano, M. F. (2018). *Clínica de la urgencia subjetiva*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del Trabajo Social. Ética y metodología*. Editorial Nau Llibres. Valencia.
- Del Villar Cuerda, I. (S/A). *Presente y futuro del Trabajo Social en la empresa privada*. Documentos de Trabajo Social · Nº 56 · ISSN 1133-6552 /ISSN Electrónico 2173-8246.
- Delgado, O. (2011). *Angustia y Trauma, en Virtualia*. Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Vol. 23
- Fanlo, G. (2011). *¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deluzze y Agemben*. Recuperado en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>.

- Ferrara, F. (1987). *Teoría Social y Salud*. Editorial Catálogos.
- Ferrara, F. (2009). *Relectura de la formación docente en salud*. Recuperado en:
<http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/08/conceptualizacion-del-campo-de-l-asalud.html>.
- Foucault, M. (1981). *La Hermenéutica del Sujeto*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Glasser, B; Strauss, A. (1967). *El desarrollo de la teoría fundada*. Chicago, Illinois: Aldine.
- Gómez Paz, J. (2008). *La política de salud en el desarrollismo*. Revista de la Asociación Médica Argentina (4): 29-38.
- Gonnet, J. P. (2008). *Sobre lo social*. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.
- González Saibene, A. (1996). *Una lectura epistemológica del Trabajo Social*. Publicado en la revista Temas Y Debates. Recuperado en:
<https://doi.org/10.35305/tyd.v0i1.225>.
- Gutierrez, A. (1994). *Pierre Bourdieu: Las prácticas sociales*. Centro Editor de América Latina. Bs. As.
- Hamilton, G. (1974); *Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos*. Prensa Médica Mexicana. México.
- Ianantuoni, C. (2018). *La intervención del servicio social en el sector de la guardia del HPC*. Abordajes en contextos de urgencia social.
- Iriart, C; Waitzkin, H; Breilh, J; Estrada, A.; Merhy, E.E. (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. Revista Panamericana de Salud Pública.

- Iriart, C. (S/A.). *La mercantilización de la salud empezó en los noventa y nunca se desarticuló.* Recuperado de: <https://idepsalud.org/celia-iriart-la-mercantilizacionde-la-salud-empezo-en-los-noventa-y-nunca-se-desarticulo/>
- Laurell, A. C. (2016). *Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados.* Cuadernos de Relaciones Laborales. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/53458/49018>
- Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley H - N° 153). Ciudad de Buenos Aires, 25 de febrero de 1999. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-153-123456789-0abc-defg-351-0000xvorpyel/actualizacion#:~:text=Definici%C3%B3n%20El%20segundo%20nivel%20de,y%20aqu%C3%A9llas%20que%20requieran%20internaci%C3%B3n.>
- Ley N° 10751. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 23 de enero de 1989.
- Ley N° 27072. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 16 de diciembre de 2014.
- Liborio, M. (2013). *¿Por qué hablar de salud colectiva?*. Revista Medica Rosario 79: 136-141.
- Madeira, S; Fernandez, M.L; Grondona, C; Ismach, S y Riqué, D. (2011). *El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero.* Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Miradas sobre la intervención.
- Madeira, S; Fernandez, M.L; Grondona, C; Ismach, S y Riqué, D. (2011). *El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero.* Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Miradas sobre la intervención.
- Makcimovich, L. (2017). *Aportes de los Feminismos Descoloniales para la construcción de una perspectiva de género en el Trabajo Social*”. Ponencia presentada en II Jornadas de Género y Diversidad Sexual: “Ampliación de

derechos: proyecciones y nuevos desafíos. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.

- Mallardi, M. (2014). *Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*.
- Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Meinardi, E. (2022). *Salud colectiva. La necesidad de un cambio de paradigma*. Entrevista a Hugo Spinelli. *Revista De Educación En Biología*, 25(2), 72–79. <https://doi.org/10.59524/2344-9225.v25.n2.36615>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (s.f.). Módulo 5: Políticas de Salud. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/modulo-5-politicas-de-salud>.
- Montaña, C. (2019). *El Trabajo Social crítico. Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*.
- Netto, J. (2003). La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea en Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. Sao Paulo: Cortez.
- Nucci, N; Crosetto, R; Bilavcik C; Miani A. (2018). *La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública*.
- Oliva, A. (2006). *Antecedentes del trabajo social en Argentina: asistencia y educación sanitaria*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Oliva, A; Mallardi, M. (2015). *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención en Trabajo Social*. UNICEN. Tandil.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington, Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 45. Ginebra.
- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En: LANDER, E. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FACES-UCV), Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC).
- Richmond, M.E. (1995). *El Caso Social Individual. El diagnóstico social*. Textos seleccionados. Madrid. Talassa.
- Rockwell, E. (1987). *Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)*. Departamento de Investigaciones y de Estudios Avanzados del IPN, México.
- Sampieri, R (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill, México.
- San Miguel, T. (2011). *Urgencia y discursos*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Seldes, R. (1987). *La urgencia. El psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Grupo de investigación y asistencia sobre la urgencia. Buenos Aires, Ed. Ricardo Vergara.
- Seldes, R. (2004). *La urgencia subjetiva, un tiempo nuevo. En La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. Buenos Aires, Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2009.
- Sotelo, I. (2015) *DATUS: Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, M.I; Belaga, G; Rojas, M.A; Miari, A.S; Cruz, M.A; Paturllanne, E. Los dispositivos para alojar la urgencia en salud mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos. V Congreso

Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. En Salud Colectiva. Buenos Aires 275-293.
- Spinelli, H. (2022). *Sentir jugar hacer pensar. La acción en el campo de la salud*. Recuperado: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/25>
- Stolkiner, A (1999). *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Buenos Aires. Publicado en el campo Psi.
- Stolkiner, A (2012). *Diálogo sobre interdisciplina*. Periódico En Diálogo, Extensión. Universidad de la República Uruguay.
- Svampa, M. (2010). *Certezas, incertezas, desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara*. Biblioteca Nacional, Buenos Aires.
- Taylor, S. J y Bodgan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud. Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*". Buenos Aires. Editorial La Ley.
- Troiani, M J. (2011). *Intervención con "pacientes sociales". La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias*. Jornada de Intervenciones Sociales en Emergencias e Incidentes Críticos, Trabajo Social.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2016). *Estrategias de investigación cualitativa*. España. Gedisa.
- Vélez Restrepo, L (2003). *Reconfigurando en Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Editorial Espacio. Buenos aires.

- Vetere, P. E. (2006). *El Modelo Médico Hegemónico y su reproducción en el Perfil de Médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P. Trabajo final de grado*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.562/te.562.pdf>.
- Vigil, M., & Coronel, M. (2012). *Variaciones de la noción de tiempo: psicoanálisis e institución*. *Anuario de investigaciones*, 19(2), 155-160. Recuperado en 25 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200022&lng=es&tlng=es.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD Y TRABAJO SOCIAL
LIC. EN TRABAJO SOCIAL

Mar del Plata, febrero de 2023.

Se deja constancia de que en contexto de la investigación denominada *“Interrogantes acerca de las demandas de intervención social en contextos de guardia hospitalaria. Una mirada desde el Trabajo Social”* se llevarán a cabo entrevistas semi estructuradas como estrategia metodológica. Las mismas presentaran como objetivo central recabar información para conocer qué prácticas de atención se llevan a cabo en el equipo de salud de la presente institución respecto a las “Urgencias Sociales” que acontecen en la guardia de la misma.

Serán llevadas adelante por las estudiantes avanzadas de la Lic. En Trabajo Social Carolina Gonzalez y Valentina Gayone.

Cabe destacar que los datos recabados serán resguardados con carácter confidencial y solo se utilizaran a los fines de la presente investigación. Dicho acto se respalda en el Código de Ética Profesional de los Trabajadores Sociales, el cual menciona en el Art. 40 inc. b como una falta ética profesional el “divulgar datos reservados de carácter técnico o personal sobre asuntos confiados a su estudio o custodia por los usuarios, violando el secreto profesional con el alcance previsto en el art. 45 del presente Código”.

Por lo tanto, los firmantes en el presente acto aceptan participar de forma voluntaria en dicho proceso en carácter de entrevistado/a.

Nombre:

Profesión/puesto de trabajo:

Firma entrevistado/a

Firma tesistas

El **modelo de entrevista** a continuación planteado, se trata de un guión semiestructurado, el cual da lugar a la re pregunta de acuerdo al modo en que se desenvuelva la misma, apuntando a recabar la mayor información posible respecto al tema.

A PROFESIONALES:

- Profesión:
- Edad:

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

¿En qué consiste tu trabajo profesional?

Además del interrogatorio respecto a las cuestiones médicas ¿se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

¿Trabaja con otrxs profesionales? ¿En qué casos? ¿Con cuáles disciplinas?

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

¿Alguna vez has trabajado con unx trabajadorx social?

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar

cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo”.

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

¿Cómo se abordan esas situaciones y quienes intervienen?

¿Considera que determinadas disciplinas son importantes en tal intervención?

¿Cuáles?

¿Compartiste o compartis un espacio de debate y reflexión con otrxs profesionales acerca de determinadas situaciones? ¿Fue sostenido en el tiempo o solo para una situación puntual?

¿Qué aportes considera que puede realizar unx trabajadorx social en el campo de salud? ¿Y específicamente en la presente institución?

¿Reconocen situaciones en las que su profesión no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su especificidad profesional?

¿Han tenido situaciones en la que reconozcan que la persona tiene alguno de sus derechos vulnerados? En caso afirmativo, ¿cómo ha sido la forma de intervención en ese caso?

AL PERSONAL ADMINISTRATIVO:

- Profesión:

- Edad:

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

¿Qué datos se consignan en la historia clínica de la persona que son fundamentales?

¿Se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

¿Alguna vez tuvieron que gestionar/responder ante una situación social de una persona por falta de recursos, o que no estuviera acompañado de familiares?
¿Cómo lo abordaron?

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

¿Reconocen situaciones en las que su desempeño no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su área de trabajo?

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo.”

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Si consideras que se identifican estas situaciones, ¿crees que la intervención de unx trabajadorx social sería necesaria? ¿Aportaría a la dinámica de la intervención en la guardia?

Las entrevistas se realizaron en el periodo febrero-mayo del año 2023.

A PROFESIONALES

ENTREVISTA NÚMERO I

Profesión: Médica clínica (médicx I)

Edad: 29 años

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

En la guardia hace 6 meses.

¿En qué consiste tu trabajo profesional?

Hago atención en lo que es la guardia externa, los motivos de consulta son variados, por lo general dependen de la época del año. Ahora en otoño se ven más las infecciones por vía respiratoria, gastroenteritis, pacientes con criterio de internación, neumonías, infecciones urinarias, más o menos eso. La atención esta dividida en lo que es demanda espontanea que son los codigos verdes, que se pueden trabajar de forma ambulatoria, y la guardia externa que tiene desde codigo verde, amarillo o rojo, que es como se clasifica la urgencia y la emergencia y ahí tenemos la posibilidad de trabajar con enfermería como para pacientes con mayor complejidad. En demanda solo está el médico y en la guardia somos siempre tres médicos, cuatro enfermeros, el camillero a disposición. Es un equipo un poquitín más amplio.

Además del interrogatorio respecto a las cuestiones médicas ¿se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

No, en la guardia la atención está destinada a atender de forma rápida el motivo de consulta, nos limitamos solo a esa consulta. Por ahí eso se ve más en internación, pero en la guardia está estipulado que no tardemos más de 15 minutos

en la atención de un paciente, a veces si hay alguna atención puntual, por ahí con los pacientes oncológicos que ves que los familiares lo traen constantemente o hay un agotamiento del cuidador que hace que quiera que se quede internado, uno si hace algunas preguntas sobre el cuidado, de cómo se organizan en el hogar, si lo ayudan, si hay redes. Pero más que nada en esos casos más complejos o cuando ingresa algún paciente con patología psiquiátrica aguda, uno también interroga un poco más sobre las relaciones afectivas, cómo organiza su día a día. Solo cuando creemos que es importante.

¿Trabaja con otrxs profesionales? ¿En qué casos? ¿Con cuáles disciplinas?

Más allá de los tres médicos, está el grupo de enfermería que se divide en quien recibe a los pacientes y define la gravedad y en el mejor de las casos hay tres o cuatro que están en conjunto con nosotros en la parte de atrás asistiendo en las distintas cuestiones, si hay que hacer algún estudio, sacar sangre, etc.

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

Si conozco.

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

Hacen un montón de cosas, en primer lugar conocer el estilo de vida de las personas en todos sus aspectos, a qué se dedica, si fue a la escuela, si trabaja, en qué condiciones, cuáles son sus redes, si tiene sus necesidades básicas cubiertas. Si participa en alguna organización, si tiene acceso a alguna pensión.

¿Alguna vez has trabajado con unx trabajadorx social?

Si trabajo en el HIGA, allá trabajo mucho con Trabajo Social, está dividido por áreas, internación, pediatría, etc.

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en

la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo”.

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Con el paciente de acá es difícil porque por lo general tiene más recursos y lo termina resolviendo de otra forma, la urgencia social que note así claro fue un familiar de un paciente oncológico que estaba super desgastada del cuidado que venía a la guardia como para que lo internamos y era un paciente sin criterio de internación pero este familiar estaba tan colapsado que necesitaba que alguien le resuelva eso porque no podía más. En ese caso era una urgencia porque le estaba generando insomnio, no podía comer, tenía un cuadro de ansiedad, eso es el síndrome del cuidador. Estaba alterando la calidad de vida del cuidador y si bien el paciente no tenía un síntoma en sí ni criterio de internación estaba generando todo esto a su cuidadora.

¿Cómo se abordan esas situaciones y quienes intervienen?

Como les comente recién ahí sí tuve que hacer una intervención, aceptar los procesos de cómo seguir. Fue comunicarme con el equipo de internación domiciliaria, decirle un horario en que la iban a ir a ver, darle un número de contacto a la persona como para calmar la situación. Sugerirle que dentro de la obra social se podían contratar cuidadores. Por ahí tengo que pedir ayuda pero puedo remarla aunque sea un acompañamiento mínimo.

**¿Considera que determinadas disciplinas son importantes en tal intervención?
¿Cuáles?**

En caso de psicología es más contarle lo que evaluaste del paciente y ellos te dan una indicación de cómo creen que deberías seguir, pero el que evalúa al paciente fuiste vos. Ellos no vienen, es solo por teléfono. Para nosotros en un

garrón porque uno termina un parte médico de cuestiones que no sabemos y son ajenas a uno.

*Como la pregunta estaba orientada a obtener información respecto al abordaje interdisciplinario, se re-pregunta: En el caso de las disciplinas que fuiste mencionado en estas preguntas, con las que trabajás... **¿lo hacen de forma interdisciplinaria?**

Acá en la clínica no hay un trabajo interdisciplinar, para eso habría que ver a los pacientes en conjunto y trabajar en conjunto, la verdad que en un espacio de guardia no existe esa dinámica. Está orientada a resolver rápido, y muchas veces desde el Modelo Médico Hegemónico es para que viniste, te lo soluciono o no.

¿Compartiste o compartis un espacio de debate y reflexión con otros profesionales acerca de determinadas situaciones? ¿Fue sostenido en el tiempo o solo para una situación puntual?

Acá en la clínica no, mantengo estos espacios pero en otras instituciones.

¿Qué aportes considera que puede realizar unx trabajadorx social en el campo de salud? ¿Y específicamente en la presente institución?

Si aunque sea de forma pasiva, levantar el teléfono y decir tengo este tema con un paciente, por ejemplo, víctima de violencia de género. En esas cuestiones surgen dudas y no sabemos bien cómo proceder.

¿Reconocen situaciones en las que su profesión no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su especificidad profesional?

Si, sin dudas. Esto que te decía... un poco ya lo venimos charlando. A veces tenemos que incluir en el parte médico cuestiones que no son médicas. Respondemos con las herramientas que tenemos pero no deberíamos. Lo social nos excede, no tenemos esa formación.

¿Han tenido situaciones en la que reconozcan que la persona tiene alguno de sus derechos vulnerados? En caso afirmativo, ¿cómo ha sido la forma de intervención en ese caso?

Si, pero más que una interconsulta o resolverlo como creemos no hay. Hablar con la familia con lo que está a tu alcance, donde pueden consultar, hacer los trámites que necesiten. Yo trato de dejarles un caminito más aceitado, cómo seguir, qué turnos tiene, etc.

ENTREVISTA NÚMERO II

Profesión: Médica clínica (medicx II)

Edad: 38 años

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

8 años (desde 2016).

¿En qué consiste tu trabajo profesional?

Hice la residencia de clínica médica acá en la clínica porque cuando termine la facultad no estaba decidida qué especialidad seguir, entonces dije bueno voy a hacer una especialidad que me de las herramientas para poder desenvolverme en distintos tipos de trabajo. Terminé la residencia, me agarró la pandemia, entonces de a poco empecé a trabajar hace dos años y medio recién en lo que es guardia y demanda espontánea que son atenciones más rápidas y que no requieren tratamiento por vena o intramusculares que esos son por guardia digamos.

El trabajo en guardia consiste en ver pacientes que en general tienen afectaciones agudas, con alguna patología aguda que requiera en ese momento atención por guardia, como puede ser una neumonía, pacientes traumatizados (generalmente estos primero son recibidos en el Interzonal y después si tienen obra social los derivan aca), pacientes que tienen síntomas de ACV que requieren internación, dolores de pecho, palpitaciones, otros que vienen con infecciones agudas como una gastroenteritis aguda que no responde a medicación vía oral entonces también se les da atención por guardia.

Además contamos en la guardia con un shock room para pacientes que necesitan reanimación cardio pulmonar o que ingresan con insuficiencia respiratoria, o que vienen haciendo un paro cardíaco o con deterioro del sensorio que no pueda respirar por sus propios medios.

Cuando el servicio de demanda espontánea se encuentra cerrado o no esta disponible en la clínica, también atendemos cosas más leves por guardia, como erupciones cutáneas... con esto de la pandemia, no estuvo tan bueno en este aspecto, pero la gente quedó asustada, tienen hace una hora tos y ya vienen a consultar a la guardia.

En todos los casos, cada patología tiene su protocolo e intentamos accionar de la forma más rápida posible.

Además del interrogatorio respecto a las cuestiones médicas ¿se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

En la pandemia solía preguntar cómo se conformaba la familia, o si había vuelto de algún viaje recientemente, antecedentes del grupo familiar. Ahora justamente estamos en un brote de dengue, entonces preguntamos al paciente de donde viene, si de algún viaje, o si es del norte, para orientarnos más. Hasta ahí digamos. La realidad es que no indagamos mucho en aspectos socio-económicos actualmente porque estamos en una época difícil y si empezamos a indagar sobre todo eso, no se va más el paciente, y nos quiere contar toda su historia de vida.

Si por ejemplo lo que nos pasa, y nos está pasando un montón ahora, que vienen pacientes sin obra social o que son de PAMI que en la clínica no capitán.

¿Trabaja con otrxs profesionales? ¿En qué casos? ¿Con cuáles disciplinas?

En la guardia contamos con un triage que son enfermeros con conocimientos previos, que lo que hacen es clasificar al paciente acorde a los signos vitales que tiene y de acuerdo a como están, si necesitan una atención urgente o si pueden esperar. Sabemos que hay patologías que son de atención urgente, por ejemplo un dolor de pecho, o un traumatismo de encéfalo con pérdida de conocimiento, heridas cortantes que vienen sangrando un montón, alergias graves....

Además, dentro de la guardia hay otros dos o tres enfermeros que de lo que se encargan es de ir administrando al paciente las medicaciones que nosotros les indicamos, y también nos van avisando como sigue el paciente. Los enfermeros ponen vías, ayudan a sacar sangre, aplican inyecciones y nos asisten cuando hay por ejemplo un paro respiratorio... tienen que estar capacitados para eso también.

Generalmente somos 3 médicos y también hay un residente que de 9 a 17 hs nos está ayudando. Es decir solemos ser 4, que es un montón, pero muchas veces nos quedamos cortos, más los lunes y los viernes que explota la guardia.

Las otras especialidades son al teléfono para consultar, y si el paciente requiere una evaluación física, se acerca a la guardia el médico especialista. Por ejemplo tenes una afección cardíaca o un infarto, llamas al cardiólogo, le mandas el electrocardiograma; un paciente que viene con un principio de ACV llamas al neurólogo; un paciente que viene con dolor agudo de abdomen, que sospechas que puede tener una apendicitis, llamas al cirujano; los pacientes que requieren intubación rápidamente, llamamos al servicio de terapia intensiva y en menos de 5 minutos estan en la guardia, eso la verdad está funcionando muy bien.

Entonces las interconsultas son por teléfono, y si se requiere que venga, vienen. Más frecuentemente vienen cirujanos, terapistas y cardiólogos muy pocas veces. Nos ha pasado varias veces que han venido con heridas cortantes bastantes graves en cabeza, y se ha requerido cirujano plástico, también vienen a coser.

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

Si.

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

Creo que ayudan a las personas, acompañan, se encargan de gestionar recursos...

¿Alguna vez has trabajado con unx trabajadorx social?

Acá en la clínica la verdad que no, lo más aproximado que tuvimos fue en internación (haciendo la residencia) tratamos de articular entre nosotros y los administrativos internaciones domiciliarias, acorde a la patología que tengan.

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo”.

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Me está llamando mucho la atención, entre pacientes de 20 y 30 años que vienen con muchas dolencias que son psicológicas digamos. Muchos vienen con que están saturados de su trabajo por ejemplo, y lo transforman en dolencias físicas que son dolores de pecho, palpitaciones, dolores gastrointestinales, diarreas... yo después de hacerle el interrogatorio médico, les pregunto realmente qué les pasa, si están atravesando alguna situación puntual y me transmiten esto viste... que no están conformes con su trabajo, que les hace mal, pero que tienen que hacerlo igual porque económicamente lo necesitan, aunque no les rinda.

Veo mucha gente con ataques de pánico, intentos de suicidio... en el último tiempo en mujeres principalmente, en los últimos dos años sobre todo. Esto es como un círculo, vos decis viste, al paciente, necesitas buscar ayuda externa...pero ¿cómo hace para solventar un psicólogo? primero, lo primero... trabajan para alimentarse y solventar sus gastos.. y cuando no dan más, lo primero a donde tienden a recurrir es una guardia.

El problema de base es otro... hay que buscar ayuda por otro lado. Yo puedo resolver la dolencia física.

¿Cómo se abordan esas situaciones y quienes intervienen?

Solemos “resolverlo” (hace señas) nosotros mismos. Porque más que una interconsulta con otros profesionales no podemos hacer. Nos orientan por ahí un psicólogo o la psiquiatra de guardia pasiva cuando se trata de problemas así que no está tan limitado que sea algo orgánico.

**¿Considera que determinadas disciplinas son importantes en tal intervención?
¿Cuáles?**

Considero que al servicio de la guardia le tendríamos que sumar un servicio de psicología que funcione no solo al teléfono, y uno de servicio social. Así podríamos dar respuestas más integrales y acordes.

¿Compartiste o compartis un espacio de debate y reflexión con otros profesionales acerca de determinadas situaciones? ¿Fue sostenido en el tiempo o solo para una situación puntual?

Si tengo dudas sobre algún diagnóstico consulto siempre a mis compañeros. Siempre apunto a tener otra mirada. Pero en situaciones puntuales, no tenemos un espacio concreto ni es sostenido en el tiempo. Es decir, no se trabaja de forma interdisciplinar. Si debatimos entre colegas algunas situaciones muy específicas y llamamos a otros profesionales cuando surgen cuestiones particulares.

¿Qué aportes considera que puede realizar unx trabajadorx social en el campo de salud? ¿Y específicamente en la presente institución?

Si siento que estaría bueno, como te dije, por ejemplo, vienen muchos pacientes particulares o de Pami... ahí estaría bueno articular para asesorar, dar información... orientarlos en cómo seguir. Nos demora un montón la atención porque tenemos que hablarle de lo administrativo, los costos... algunos no se lo esperan y les agarra la desesperación por no poder pagarlo. Esas cosas no nos corresponden.

¿Reconocen situaciones en las que su profesión no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su especificidad profesional?

Si como hablamos recién. En muchos casos el problema de base es otro... hay que buscar ayuda por otro lado. Yo puedo resolver la dolencia física. Pero se que no alcanza. Las otras cuestiones que hacen al individuo hay que intentar resolverlas. Acá es donde también estaría bueno poder articular con el servicio social. Cómo podemos ayudar al paciente a conseguir un psicólogo, que esté dentro de sus posibilidades de su obra social... por ejemplo.

¿Han tenido situaciones en la que reconozcan que la persona tiene alguno de sus derechos vulnerados? En caso afirmativo, ¿cómo ha sido la forma de intervención en ese caso?

Si como médica lo que está a mi alcance fue brindar información o asesoramiento en algunas cuestiones legales, aunque no estoy formada para eso, solo puedo desde mi conocimiento personal. Pero no se hace más. Ni siquiera seguimiento, uno no sabe después que pasa con los pacientes. No los ves más. Se ve mucho con violencia de género, mujeres que vienen a la guardia por golpes, y quieren denunciar, y no saben cómo... o al revés, no quieren denunciar pero tienen miedo de volver a la casa.

ENTREVISTA NÚMERO III

Profesion: psicologo (psicologx)

Edad: 57

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

8 años

¿En qué consiste tu trabajo profesional?

Soy psicólogo clínico especialista en cuidados paliativos. Coordino el servicio de Psicología. Trabajo con pacientes internados con diferentes patologías, coordino grupos de reflexión y aprendizaje de médicos, enfermeras, supervisores y brindo asesoramiento institucional.

¿Cómo se articula tu intervención con la guardia?

Estoy de guardia pasiva los siete días de la semana. Acudo la guardia cuando hay una demanda específica por pacientes con alguna patología de salud mental: habitualmente por intentos de suicidio, ataques de pánico (crisis de ansiedad) o trastorno por estrés postraumático (TEPT).

¿Trabaja con otros profesionales? ¿En qué casos? ¿Con cuáles disciplinas?

Si, en todos los casos referidos a pacientes. Médicos, enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas.

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

Si, la conozco.

¿Qué cree que hace un trabajador social?

Trabajan para mejorar la calidad de vida de las personas en relación a sus derechos y necesidades, de acuerdo a su realidad social y cultural.

¿Alguna vez has trabajado con un trabajador social?

Si.

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo”.

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Sí, mas que nada en la guardia para los casos que me llaman son de intentos de suicidio, sobretodo en adolescentes. Además, muchos pacientes ingresan con un cuadro generalizado de ansiedad, pánico e intoxicación que luego se traduce en eso, en una urgencia social.

¿Cómo se abordan esas situaciones y quienes intervienen?

La persona ingresa a la guardia y es evaluada por los médicos, asistidos por otros médicos y enfermería. Luego de implementarse las acciones de urgencia requeridas, se realiza interconsulta con psicología y psiquiatría.

**¿Considera que determinadas disciplinas son importantes en tal intervención?
¿Cuáles?**

Si, claro. Las mencionadas. Incluiría a un trabajador social

***Se repregunta*: ¿trabajan de forma interdisciplinaria?**

No lo que se conoce específicamente como trabajo interdisciplinario no ocurre en la guardia, o no ocurre siempre y sostenido en el tiempo. Es decir, para casos en específicos, luego de implementarse las acciones de urgencia requeridas, si se requiere se realiza una interconsulta con psicología o psiquiatría.

¿Compartiste o compartís un espacio de debate y reflexión con otros profesionales acerca de determinadas situaciones? ¿Fue sostenido en el tiempo o solo para una situación puntual?

Si, como ya dije, cuando es un caso referido a pacientes con médicos, enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas. Sobre todo esto ocurre en internación y se sostienen en el tiempo, pero no en la guardia.

¿Qué aportes considera que puede realizar un trabajador social en el campo de salud? ¿y específicamente en la presente institución?

Un trabajador social asistirá y asesorará a las personas para que mejoren su calidad de vida, en relación a sus derechos y necesidades, de acuerdo a la realidad social integrando un equipo interdisciplinario. El trabajador social creo que en la clínica específicamente puede brindar apoyo en cuestiones como la gestión de

algún recurso, la orientación legal y la asistencia en trámites, articulación con organizaciones y la coordinación de servicios.

¿Reconocen situaciones en las que su profesión no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su especificidad profesional?

Si. Suele pasarme en la guardia que cuando la problemática excede lo médico, me llaman. No siempre puedo responder, no todo lo que no es médico es psicológico.

¿Han tenido situaciones en la que reconozcan que la persona tiene alguno de sus derechos vulnerados? En caso afirmativo, ¿cómo ha sido la forma de intervención en ese caso?

Si. He asesorado respecto a derechos del paciente y he sugerido asesoramiento legal.

ENTREVISTA NÚMERO IV

Profesión: enfermera (enfermerx I)

Edad: 35 años

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

5 años

¿En qué consiste tu trabajo profesional?

En la guardia los enfermeros hacemos el triage que tiene que ver con discriminar las urgencias que van llegando, en niveles de prioridad. Tenemos el nivel uno que está vinculado con el riesgo de vida, requiere atención inmediata. El nivel dos el paciente que puede esperar un poco, no corre en riesgo su vida, pero necesita atención urgente, generalmente por dolores muy agudos. En el nivel tres, el paciente espera por orden de llegada.

Dentro de la guardia aplicamos medicación bajo las indicaciones de los médicos, asistimos a los pacientes, hacemos electros, atendemos urgencias en el

shockroom, controlamos pacientes y avisamos a los médicos los cambios, entre muchas otras. Te nombro las principales.

Además del interrogatorio respecto a las cuestiones médicas ¿se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

La realidad es que no, o sea, suelen surgir determinadas conversaciones que van llevando... pero no es que es parte del interrogatorio que solemos tener con los pacientes. Por ahí en algunos casos puntuales, por la patología del paciente o su motivo de consulta.

¿Trabaja con otrxs profesionales? ¿En qué casos? ¿Con cuáles disciplinas?

Si. En la guardia hay médicos, principalmente clínicos pero pasan todas las especialidades si se necesita y otros enfermeros. Más que eso no se ve. Los psicólogos y psiquiatras que están de guardia pasiva y se acercan si es necesario a pedido del médico para evaluar al paciente... Después trabajamos con los profesionales que componen otros servicios que son complementarios a la guardia... necesarios totalmente pero no están ahí todo el tiempo físicamente. Los profesionales de laboratorio y de imágenes son los que más concurren.

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

Si.

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

No te puedo dar una definición exacta jaja... son profesionales que ayudan, protegen y apoyan a las personas más vulnerables... o que tienen sus derechos vulnerados.

¿Alguna vez has trabajado con unx trabajadorx social?

No nunca.

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo.”

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Si, ha pasado de han venido pacientes violentados por ejemplo... mujeres, hombres, chicos. Lo más recurrente igual son intentos de suicidio, adolescentes con depresión, ansiedad en jóvenes.

¿Cómo se abordan esas situaciones y quienes intervienen?

Interviene el médico que es el que pide interconsulta con psiquiatría o psicología principalmente. El enfermero en estos casos sigue cumpliendo sus funciones habituales.

**¿Considera que determinadas disciplinas son importantes en tal intervención?
¿Cuáles?**

Y las que están en la guardia creo que son fundamentales, el médico, el enfermero... En estos casos considero que psiquiatría y psicología cumplen un rol fundamental también.

¿Compartiste o compartis un espacio de debate y reflexión con otros profesionales acerca de determinadas situaciones? ¿Fue sostenido en el tiempo o solo para una situación puntual?

No, en la guardia no hay un espacio de reflexión. Tenemos charlas informativas dentro de la clínica o algunas capacitaciones, en esos espacios debatimos sobre situaciones que pueden pasar.

¿Qué aportes considera que puede realizar unx trabajadorx social en el campo de salud? ¿Y específicamente en la presente institución?

Si creo que estaría bueno aportar otra mirada y otro tipo de profesión para poder abarcar más al paciente y el problema que lo trae a la guardia. Además podría dar respuestas a ciertas cuestiones que no sabemos muchas veces como responder o cómo actuar.

¿Reconocen situaciones en las que su profesión no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su especificidad profesional?

Si a veces pasa con algunos pacientes que nos preguntan cosas que no sabemos qué responder o cómo ayudarlos... que decirles.... se ve bastante.. eso porque no nos corresponde. Nuestro trabajo lo sabemos hacer, después ya cuando nos excede viste.. se complica.

¿Han tenido situaciones en la que reconozcan que la persona tiene alguno de sus derechos vulnerados? En caso afirmativo, ¿cómo ha sido la forma de intervención en ese caso?

Y por ejemplo en casos de violencia que es lo que se me ocurre ahora, el médico pide interconsulta a psicólogo y entre ellos intervienen. Nosotros como enfermeros más que contener... o a veces informar si sabemos algo no hacemos. Nos limitamos a nuestras funciones como enfermero que te decía recién.

ENTREVISTA NÚMERO V

Profesión: Lic. en enfermería (enfermerx II)

Edad: 47 años

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

14 años.

¿En qué consiste tu trabajo profesional?

Mi trabajo en la guardia se desdobra en dos. Por un lado, hacemos lo que se llama triage. Les hacemos un breve interrogatorio (bajo determinados criterios) a los pacientes que llegan para detectar situaciones de urgencia y emergencia, y dar prioridad en esos casos. Muchas veces llegan pacientes con dolores de pecho, hipertensión arterial, heridas cortantes graves, convulsiones, entre muchas otras, que pasan directamente a la guardia, nosotros le presentamos el paciente al médico y es atendido de forma inmediata.

Por otro lado, el trabajo dentro de la guardia, consta de aplicar medicación a los pacientes bajo las indicaciones del médico, monitorear, evaluar y hacerle seguimiento a la evolución de estos y reportar si hay cambios en el estado clínico de los pacientes. Además estamos formados para asistir a los médicos en el caso de que haya una urgencia en la sala que se denomina shock room, donde se asiste a los pacientes con patologías agudas de diversas complejidades, en muchas ocasiones cuando corre riesgo la vida del paciente.

Además del interrogatorio respecto a las cuestiones médicas, ¿se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

Si. No es algo que se haga siempre ni en todos los casos, tampoco es requisito hacerlo. Con el personal de enfermería el paciente suele abrirse más y contar un poco su historia, nosotros charlamos de esas cosas con los pacientes y preguntamos para darnos un contexto de lo que está pasando que muchas veces está vinculado.

¿Trabaja con otros profesionales? ¿En qué casos? ¿Con cuáles disciplinas?

Si. La guardia está conformada por médicos, otros enfermeros, y suelen venir especialistas cuando se piden interconsultas. Lo mismo pasa con psicólogos y psiquiatras. Trabajamos en coordinación con el servicio de imágenes y laboratorio, terapia intensiva, hemodinamia....

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

Si.

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

Ayudan a las personas a resolver sus problemas, como no sé... casos de violencia familiar, consumo de sustancias. También acompañan a las familias en esas problemáticas, brindan información...

¿Alguna vez has trabajado con unx trabajadorx social?

En la clínica no. En mi primer trabajo que fue en una salita, había una trabajadora social y trabajé, aunque no mucho, con ella en el equipo.

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo”.

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Violencia de género e intento de suicidio son las más comunes, la última sobre todo. También mucha gente que por ejemplo quiere dejar internado a un familiar aunque no tienen criterio de internación por el solo hecho de que no da a basto...

¿Cómo se abordan esas situaciones y quienes intervienen?

Interviene el médico. En estas situaciones nosotros intervenimos desde la contención por así decirlo, más allá de las cuestiones que realiza un enfermero como tal, escuchamos al paciente, escuchamos a los familiares, tratamos de brindar información, de orientar.... con lo que sabemos y con las herramientas que tenemos a mano.

**¿Considera que determinadas disciplinas son importantes en tal intervención?
¿Cuáles?**

Si todas las disciplinas que hay son importantes. El médico, el personal de enfermería, psiquiatría y psicología....

¿Compartiste o compartis un espacio de debate y reflexión con otros profesionales acerca de determinadas situaciones? ¿Fue sostenido en el tiempo o solo para una situación puntual?

Un espacio de reflexión en sí mismo no, cuando hay dudas sobre algo nos vamos consultando entre compañeros. Tratamos de buscar otras miradas y opiniones. Pero en casos puntuales... que van surgiendo.

¿Qué aportes considera que puede realizar unx trabajadorx social en el campo de salud? ¿Y específicamente en la presente institución?

Si la verdad considero que si. En los casos de los que estuvimos hablando, articular con servicio social sería ideal. Violencia de género, intentos de suicidios... viste... para ayudar al paciente y a su familia.. brindar asesoramiento legal, información.... También se me viene a la cabeza adultos mayores, que están solos, que muchas veces no entienden, o no saben cómo gestionar determinadas cosas. Ahí creo que sería clave. Son cosas que nos suelen pasar en la guardia.

¿Reconocen situaciones en las que su profesión no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su especificidad profesional?

Si un poco todo lo que veníamos hablando, terminamos haciendo trabajo que no nos corresponde, y no es que el problema sea que no nos corresponde, es que no sabemos hacerlo.

¿Han tenido situaciones en la que reconozcan que la persona tiene alguno de sus derechos vulnerados? En caso afirmativo, ¿cómo ha sido la forma de intervención en ese caso?

Un poco creo que la fui respondiendo... sí en situaciones de violencia de género, vemos muchos derechos vulnerados. Más que contener, brindar

información... la poca que sabemos muchas veces... es lo que solemos hacer.. como enfermeros te hablo.

AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

ENTREVISTA NÚMERO VI

Puesto: Administrativo (administratix I)

Edad: 45 años

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

10 años.

¿Qué datos se consignan en la historia clínica de la persona que son fundamentales?

Lo más importante es el DNI y carnet de la obra social. En caso de que no tenga carnet o tenga una prepaga que no tiene convenio con la clínica, el paciente tiene que abonar la consulta.

En la historia clínica más allá del nombre y apellido y dni (que es siempre el mismo), hay que chequear el domicilio, teléfono y localidad.

En caso de que no lleven DNI, se pide que alguien le mande una foto aunque sea. Si no hay forma de acceder al mismo no se puede atender a la persona a no ser que sea por riesgo de vida.

Si la persona ingresa con motivo de riesgo con un acompañante no familiar o conocido se trata de que esa persona ayude a localizar las redes del paciente. Sino lo hacemos nosotros, ahí estaría bueno que lo haga un trabajador social.

¿Se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

No indagamos, pero si te podes dar cuenta o tener un trato diferente cuando te das cuenta el aspecto del paciente. Es muy común en los pacientes de ART, tenes que andar adivinando a qué vino... Llega un momento que ya sabes que tipo

de paciente es. Muchas veces no saben que tienen que hacer una denuncia en la art, que es un siniestro, etc. Pero eso no se consigna en la historia clínica.

**¿Alguna vez tuvieron que gestionar/responder ante una situación social de un paciente por falta de recursos, o que no estuviera acompañado de familiares?
¿Cómo lo abordaron?**

Cuando vienen solos y es una urgencia hay que manejarnos con lo poco que tenemos, ahí si ponemos en la historia clínica que es un paciente que llegó solo, o que no se puede indagar porque no saben expresarse o porque no saben que decirte.

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

Si, estudié Trabajo Social.

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

(No responde específicamente la pregunta) Creo que un trabajador social aportaría un montón en estos casos en los que el paciente no se puede indagar, cuando vienen solos, cuando no saben tramitar la internación domiciliaria y no saben cómo hacer, que alguien los oriente a donde tienen que dirigirse. Pasa también cuando hay pacientes que están en sus últimos días de vida y no saben que necesitan un apoderado, tienen que completar una planilla y llevarla a ANSES, hay mucha gente que no sabe cómo manejarse.

¿Reconocen situaciones en las que su desempeño no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su área de trabajo?

No siempre tenemos las herramientas y tampoco se si corresponde desde nuestro sector resolver todas las situaciones del paciente por más que tratas de resolverlo, o tramitar los medicamentos o guiarlo por donde tiene que ir por ejemplo con la cobertura, etc,

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo”.

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Si, tuvimos por ejemplo en plena pandemia a una señora que se le murió la hija y al otro día el marido de covid. Eran los tres solos. La señora se quedó sola, no entendía nada, no sabía usar el teléfono de su hija porque tenía clave. Yo la tuve llorando ahí en el escritorio, no sabíamos cómo ayudarla, como liberar el teléfono para llamar al vecino para que vengan a buscar el auto que había quedado acá estacionado donde están los taxis. Ella no sabía qué más hacer, no tenía más familia.

Sería buenísimo que tengamos un equipo interdisciplinario, un psicólogo, para que pueda sostener esto, porque pasa todo el tiempo, la gente se nos pone a llorar y a veces no sabes qué decirle.

Nosotros nos encargamos de la parte más fría que son los papeles pero a veces se te presentan situaciones que realmente no sabes para donde salir, como ayudarlos, guiarlos.

Hasta ayer por ejemplo teníamos otra situación que eran dos hermanas peleadas entre sí, la madre estaba en terapia y falleció y las hijas venían y nos volcaban sus problemas familiares y se complicaba, porque nosotros le damos el parte a una persona, no porque ellas no se hablen le íbamos a dar el parte a cada una. En esas cosas la clínica no puede meterse.

Si consideras que se identifican estas situaciones, ¿crees que la intervención de un trabajador social sería necesaria? ¿aportarí a la dinámica de la intervención en la guardia?

La intervención aportarí claro, por ejemplo en estos casos que te mencione recién. Al igual que con los empleados, tenemos compañeros que no saben ni leer ni escribir.

ENTREVISTA NÚMERO VII

Puesto: Administrativo (administrativx II)

Edad: 33 años

¿Hace cuanto trabajas en la clínica?

3 años.

¿Qué datos se consignan en la historia clínica de la persona que son fundamentales?

Nosotros como administrativos los datos principales que consignamos son nombre y apellido, domicilio, teléfono y los datos de la cobertura si es que tiene.

¿Se indaga acerca de trayectorias de cuidado, aspectos socio-económicos, y/o habitacionales?

No indagamos porque en el sistema con el que trabajamos no tenemos donde consignar esos datos ni se nos exige desde nuestro puesto de trabajo.

**¿Alguna vez tuvieron que gestionar/responder ante una situación social de un paciente por falta de recursos, o que no estuviera acompañado de familiares?
¿Cómo lo abordaron?**

Si, no se si gestionar pero si asesorar o dar información, explicar cuestiones que no tienen tanto que ver con nuestro trabajo. Además brindar contención, más que nada en pandemia, ya que muchas veces venían pacientes que más allá de la consulta puntual médica traían consigo miedos incertidumbre, venían llorando por culpa de haber contagiado a un familiar, etc.

¿Conoce la profesión de Trabajo Social?

Si.

¿Qué cree que hace unx trabajadorx social?

Se encarga de la gestión, acompañamiento y resolución de los problemas de las personas. Sobre todo creo que se enfocan en lo social y donde más se puede ver es cuando son de bajos recursos.

¿Reconocen situaciones en las que su desempeño no “alcanza”/no es “suficiente” para dar respuestas acordes, es decir, que se escapa de su área de trabajo?

Si como dije, muchas veces, me ha tocado contener a pacientes por la situación que estaban atravesando o a sus familiares. En otras ocasiones tuve que asesorar sobre traslados, internaciones, gestión con las obras sociales. A veces la gente se pone muy mal con la situación que está viviendo y no sabemos cómo ayudarlos, tiene mucha información que procesar, más que nada en familiares que se encuentran críticos.

Propondremos una definición de “Urgencia Social” y en base a eso preguntar:

“Una situación específica, sobrevenida y problemática que afecta el bienestar de la persona, la cual requiere intervención profesional e interdisciplinaria en pos de brindar el acompañamiento y asesoramiento adecuado para dar respuesta a la misma. (...) No pone el foco en el síntoma, sino que se caracteriza por incorporar en la mirada de esa urgencia, otros acontecimientos, como lo son los económicos, los culturales, los políticos, los comunicacionales y los sociales. No implica necesariamente dar una respuesta inmediata sino sí tomarse el tiempo de escuchar cómo impactan las situaciones de urgencia en cada persona y construir con el otro posibilidades de reducción de su padecimiento subjetivo”.

¿Identifica en la guardia situaciones de “Urgencia Social”? ¿Podría dar ejemplos?

Si, creo que siempre la primera consulta es algo médico pero te das cuenta a veces que también esa urgencia es social que no se resuelve. Nos pasó una vez

que una paciente mayor de edad consultó en la guardia por una infección urinaria, tenía pami pero no trabajamos con pami, la atendimos de forma particular y después hablando con los médicos me contaron, a raíz de que la paciente se hizo pis encima en el consultorio, y del posterior interrogatorio, la paciente tenía incontinencia urinaria desde hace mucho tiempo mal diagnosticada, estaba gastando un montón de plata hacía meses, en consultas, medicación inadecuada y cuando se le preguntó a la paciente como vivía, vivía con la hermana que estaba muy grave de salud, era mayor, no tenía otra persona a la cual acudir más allá de esa hermana.

La médica cuando hablo conmigo me dijo que no sabia que hacer, porque se notaba un deterioro en el cuidado de salud y no sabía cómo vivía, su relato era confuso, desorganizado. La médica sentía que ella solo podía dar una receta y no acompañar el proceso que estaba viviendo.

Si consideras que se identifican estas situaciones, ¿crees que la intervención de un trabajador social sería necesaria? ¿Aportaría a la dinámica de la intervención en la guardia?

Sí definitivamente, sería buenísimo para estos casos que son confusos, que por lo general no sabemos qué hacer, a quién preguntarle, cómo proceder. La clínica no tiene ese espacio ni siquiera físico como para ir a consultar o ver qué hacer.