

2003

Cultura organizacional y modelo de intervención del trabajo social : descripción y análisis de dos servicios de un hospital, que influyen en el nivel de inserción y conforman el modelo de intervenci

Compta, María de los Angeles

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1026>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

M. D. CASCONI

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

Tesis de Licenciatura

**“CULTURA ORGANIZACIONAL Y MODELO DE
INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL”**

María de los Angeles Compta

Año 2003

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

Tesis de Licenciatura

**"CULTURA ORGANIZACIONAL Y MODELO DE
INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL"**

Descripción y análisis de dos servicios de un hospital, que influyen en el nivel de inserción y conforman el modelo de intervención.

Directora: Lic. Beatriz Castellanos

Co - Directora: Lic. María Cristina Alvarez

Alumna: Compta, María de los Angeles

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Expediente
2342	
Vol	
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Año 2003

Agradecimientos:

A Beatriz Castellanos y a Cristina Alvarez, porque sin su ayuda no hubiera sido posible este trabajo.

A mamá, papá, abuela y tía por su apoyo incondicional en todos estos años.

A mis amigos y a Sebastián por haberme alentado y sostenido en todo momento.

INDICE

	Página
FUNDAMENTACIÓN	5
OBJETIVOS	8
PRIMERA PARTE	
Elementos constitutivos de la intervención profesional	
Capítulo Primero – <u>Marco Institucional – Cultura Organizacional.</u>	
1.1. Institución.....	11
1.2. Estructura Organizacional.....	12
1.3. Cultura Organizacional.....	13
Capítulo Segundo – <u>Sujeto Social.</u>	
2.1. Sujeto social.....	17
Capítulo Tercero – <u>Marco Teórico.</u>	
3.1. Concepción de salud – enfermedad.....	21
3.2. Aspectos a considerar en la relación paciente – equipo de salud...	21
3.3. Trabajo en equipo.....	23
3.4. Intervención profesional: definición de Modelo de Intervención.....	25
SEGUNDA PARTE	
Estructura y cultura organizacional.	
Capítulo Primero – <u>Descripción Institucional.</u>	
1.1. Hospital Privado de Comunidad.....	30
1.2. Modelo Institucional.....	32.
1.3. Organización y Funcionamiento del Servicio Social.....	33

Capítulo Segundo – Descripción de la Estructura Organizacional.

2.1. Descripción del Servicio Atención Tercera Edad y Unidad Renal.....	38
2.2. Estadísticas de atención.	43

TERCERA PARTE

Aspectos metodológicos de la investigación

Capítulo Primero – Aspectos metodológicos.

1.1. Tipo de investigación.....	47
1.2. Unidad de análisis.....	47
1.3. Instrumento de recolección de datos.....	48
1.4. Modalidad operativa.....	48
1.5. Análisis de datos.	48

Capítulo Segundo - Análisis de datos.

2.1 Presentación y Análisis de datos.....	52
---	----

CONCLUSIONES.....	78
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	82
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	86
--------------------	-----------

Modelo de entrevista.....	86
---------------------------	----

Entrevistas seleccionadas.....	89
--------------------------------	----

Fundamentación

El presente trabajo surge a partir de realizar la practica pre-profesional en el Hospital Privado de Comunidad (HPC), específicamente en el servicio de Unidad Renal y en el Servicio de Atención de la Tercera Edad (SATE), desde mayo del 2000 a mayo del 2001.

(El H.P.C es una institución prestadora de servicios de salud para pacientes agudos, de alta complejidad, posee una estructura global, con sus propios niveles jerárquicos, agrupados por especialidades, organizados por áreas o servicios.

El Servicio Social funciona como parte integral del hospital, sus propósitos y funciones están orientados a contribuir al tratamiento integral del paciente, orientándolo a resolver situaciones - problemas que interfieran con el mismo, con el fin de favorecer el bienestar bio-psico-social y optimizar la calidad de vida relacionada con la salud)

En este marco la intervención profesional incorpora a aquellas personas que conforman la red social del paciente con el fin de asesorar y orientar para promover una organización familiar adecuada y continente, que posibilite a la persona y su grupo familiar afrontar la situación de enfermedad; y la re-significaciòn de su situación vital.

La intervención se inserta en una realidad autoorientada, un proceso regido por la dinámica institucional y socio-familiar.

Las organizaciones, generalmente, definen misiones y funciones que parecieran comprender la complejidad de los fenómenos que abordan y la complementariedad del eje social en sus tratamientos, en este caso orientado a la salud. Pero la estructura y organización no siempre responden a los enunciados que aparecen en sus objetivos y es la cultura - entendida como "los modos de pensar, creer y hacer cosas en dichas organizaciones"¹ -, que junto a los aspectos mencionados van a influir tanto en la definición del esquema

¹Etkin, J. Y Schvarstein, L., "Identidad de las Organizaciones". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994. Pag. 207

terapéutico como en la modalidad de inserción del trabajador social en el equipo de salud.

En otras palabras el pronóstico se deriva de la comprensión que de una realidad particular se tenga. Comprensión, técnicas y procedimientos son un derivado de la cultura organizacional.

Por lo expuesto es que estoy considerando que el rol profesional es una construcción histórico - cultural, configurado por aspectos cognitivos, valorativos y de procedimientos, condicionado por el macro y micro contexto institucional. La **actitud** - deriva de las características de personalidad -. La **aptitud** - deriva tanto del conocimiento de la problemática que atiende como de las teorías y practicas que le son propias- y el **rol** va surgiendo del espacio de encuentro entre lo asignado (demanda) y lo devuelto (respuesta).

// (Rol inf)

Es por ello que desde el comienzo de mi práctica, y durante el transcurso de la misma, focalicé mi interés en la dinámica relacional compuesta por el binomio paciente - equipo de salud, haciendo especial énfasis en los diversos modelos de abordaje que sostienen cada uno de los servicios en los que efectúe mi observación (Unidad Renal – Servicio de Atención de la Tercera edad) y la modalidad de intervención del trabajador social.

De lo anteriormente expuesto y a los fines de este trabajo se siguen estas premisas:

*El abordaje del trabajador social en un equipo de salud esta definido por tres elementos que se construyen en la vida cotidiana institucional: el **marco institucional**, el **marco teórico** y el **sujeto social**.*

// (Abordaje T.S en equipo)

*La inserción del trabajador social en un equipo se deriva de la **finalidad de la intervención** asignada y de la **modalidad de la intervención** construida.*

Por lo expuesto en el presente trabajo se busca analizar dos servicios (Unidad Renal y Medicina Preventiva) con estructuras de atención diferenciales y describir el modelo de intervención que conforman el quehacer profesional, efectuando un análisis comparativo sobre semejanzas y diferencias existentes en cada uno de los puntos de referencia.

Considero a la practica profesional como un saber y un hacer sistematizado y especializado, este hacer construye teoría y la teoría nutre la practica. Es por esto, que pretendo que mi pasaje por la institución trascienda

el nivel empírico, en conocimiento transferible que contribuya a la transformación de la problemática social y al status científico de la profesión.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir la estructura organizacional y la "cultura" que de ella deviene; y analizar los efectos en el ejercicio del rol profesional, inserción - intervención, en dos áreas de un hospital de alta complejidad.

Objetivos específicos

- Describir los servicios de Unidad Renal y Medicina Preventiva (S.A.T.E). (estructura / cultura)
- Describir el enfoque terapéutico del equipo de salud (procedimientos).
- Conocer la concepción de los profesionales de cada servicio sobre el rol del trabajador social.
- Identificar semejanzas y diferencias de los modelos de intervención de acuerdo a la estructura organizacional y a los procedimientos terapéuticos donde se desarrollan

PRIMERA PARTE

ELEMENTOS

CONSTITUTIVOS DE LA

INTERVENCION PROFESIONAL

CAPITULO PRIMERO

MARCO INSTITUCIONAL - CULTURA ORGANIZACIONAL

- Institución
- Estructura Organizacional
- Cultura Organizacional

1.1. Institución

El lugar donde acude una persona en busca de ayuda para resolver sus problemas es una institución.

Las instituciones pueden ser públicas, privadas o mixtas y estar dedicadas a diferentes ámbitos: educación, salud, justicia, etc.

El presente trabajo centra su atención en una institución del ámbito de la salud, en este caso un hospital de agudos de alta complejidad, de tipo privado, el cual surge de una fundación.

Las fundaciones son un tipo de institución "sin ánimo de lucro en las que el fin social del capital invertido cobra un papel preponderante convirtiéndose en esencia de la organización, hasta el punto de que la propia supervivencia esta ligada al mantenimiento y desarrollo de este fin concreto"².

Un hospital puede ser definido como institución social, donde existe una permanente interacción entre las personas que en el trabajan, y entre estas y las personas que requieren de sus servicios. " Los profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital determinan entre ellos unas relaciones formales y no formales, jerárquicas o no, fomentadas por la complejidad de los trabajos y el énfasis en el trabajo en equipo, que hacen imprescindible el desarrollo de cauces de comunicación"³, existiendo la comunicación personal - paciente y la intra o interprofesional.

El trabajador social desarrolla su quehacer profesional en una institución, es por esto que se hace necesario conocer la dinámica y los procedimientos que en ella se llevan a cabo.

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

² Tenes Montes, J., Pastor Aldeguer, V, Díaz Fernández, J "Gestión hospitalaria". Ed. Mac. Graw - Hill Interamericana de España. 2 edición, 1997. Pag. 32.

³ Tenes Montes, J., Pastor Aldeguer, V, Díaz Fernández, J., op. cit. Pag. 533.

1.2. Estructura Organizacional

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

En este trabajo el marco teórico que analiza la organización es el de la Teoría General de Sistemas.

"Con la palabra sistema se designa un todo unitario y organizado compuesto por dos o mas partes (elementos, componentes, subsistemas).

Cada una de estas partes recíprocamente relacionadas y articuladas en la totalidad tienen ciertas propiedades, posiciones e interrelaciones, al mismo tiempo que configuran un conjunto o totalidad alineada por límites identificables, ya sea de su ambiente o del contexto que constituye el sistema mas amplio que lo abarca (suprasistema)"⁴.

Fremont Kast y James Rosenzweig⁵ conciben a toda organización como un sistema abierto compuesto de cinco subsistemas principales:

- Objetivos y valores
- Tecnológico
- Estructural
- Psicosocial
- Administrativo

"Una organización es un sistema inserto en su medio y orientado hacia ciertas metas; gente que utiliza conocimientos, técnicas, equipos e instalaciones, un subsistema estructural; gente que trabaja junta en actividades integradas; un subsistema psicosocial; gente que se interrelaciona socialmente y que es coordinada por un subsistema administrativo que planifica y controla el esfuerzo global".

"El funcionamiento de una organización comporta la actuación de personas que deben realizar actividades y tareas que implican operaciones

⁴ Ander - Egg, E y Aguilar, M. J., "Administración de Programas de acción Social". Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1990. Pag.39.

conjuntas. Ahora bien, es imposible realizar operaciones conjuntas, sin una adecuada coordinación operativa, la necesidad de coordinación dentro de una institución u organización esta impuesta por la división del trabajo que a su vez es una exigencia de una buena organización"⁶.

Toda organización puede ser identificada como una estructura, toda organización se materializa a través de una estructura. Estructura "es la forma concreta que asume una organización en un aquí y ahora concreto"⁷. Se define por los recursos de que dispone y el uso que de ellos hace, por las relaciones entre sus integrantes y con el entorno, por los modos que dichas relaciones adoptan, por los propósitos que orientan las acciones y los programas existentes para una implementación y control.

En la estructura de la organización se integran elementos de distinto origen, formándose de esta manera la organización en su interior⁸:

- ◆ El marco ideológico, con su correspondiente trama de discursos, practicas y objetos instituidos.
- ◆ Los factores organizacionales, como los estatutos, la tecnología, y tareas básicas en el sistema.
- ◆ Las historias individuales y motivaciones de los participantes.
- ◆ La instancia de lo no conciente, es decir, las relaciones y actividades derivadas de ansiedades, ilusiones y fantasías de los integrantes y volcadas en sus actividades grupales.

1.3. Cultura Organizacional

Acorde a los elementos que componen toda organización surge la cultura que le es propia. Se puede definir a la Cultura Organizacional, como "los modos de pensar, creer y hacer cosas en el sistema. Se encuentren o no formalizados. Estos modos sociales de acción están establecidos y son aplicados por los participantes mientras pertenecen a los grupos de trabajo,

⁵ Kast, F y Rosenzweig, J., 1979; citado por Ander - Egg, E y Aguilar, M.J., "Administración de Programas de acción Social". Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1990. Pag. 39.

⁶ Ander - Egg, E y Aguilar, M. J., op. cit. Pag. 74.

⁷ Etkin, J. Y Schvarstein, L., op. cit. Pag. 158.

⁸ Etkin, J. Y Schvarstein, L., op. cit.

incluyendo formas de interacción comunicativa transmitidas y mantenidas en el grupo, tales como lenguajes propios del sistema, liderazgos internos o preferencias compartidas"⁹.

A los efectos del análisis organizacional, "la cultura es un marco de referencia compartido, son valores aceptados por el grupo de trabajo que indican cual es el modo esperado de pensar y actuar frente a situaciones concretas"¹⁰.

Dentro del sistema organizacional pueden surgir diferentes culturas, es decir que coexisten culturas locales o sectoriales con distintos grados de compatibilidad.

Ello es posible en tanto no contradigan los principios básicos de la organización.

Es decir que una organización tiene pautas culturales que se encuentran instituidas en todo su sistema organizacional, pero a su vez existen culturas locales o sectoriales como es un área o servicio de un hospital, que poseen caracteres propios, como "la tecnología, los hábitos y modos de conducta aprendidos en la vida organizacional, la valoración social de los puestos de trabajo y funciones, su estratificación, los roles que se instalan dentro del grupo de trabajo, los actos simbólicos tales como ritos o ceremonias que no están escritos pero funcionan como rutinas. La comunicación sea horizontal o vertical, los tipos de relaciones que se generan entre los participantes, ya sean por razones afectivas o técnicas y el sistema de valores, mitos y creencias que se desarrollan en los grupos de trabajo"¹¹.

En estas culturas locales aunque las pautas culturales internas sean compartidas, ello no significa que su aceptación sea consensual ya que esto equivaldría a otorgar a la cultura un carácter monolítico y estable que esta lejos de poseer. Por el contrario, la cultura se forma y se modifica en la cotidianeidad de las relaciones internas y externas de la organización. Por otro lado, la cultura nunca es totalmente aceptada ni totalmente rechazada, nunca terminan

⁹ Etkin, J. Y Schvarstein, L., op. cit. Pag. 207.

¹⁰ Etkin, J. Y Schvarstein, L., op. cit. Pag. 210.

¹¹ Etkin, J. Y Schvarstein, L., op. cit. Pag. 209.

las fuerzas dominantes de instituirse y tan poco elementos contestatarios generan un cambio radical de rasgos que definen a la cultura¹².

Es decir, que la organización en tanto modo de relación instituido o establecido condiciona la estructura de las diferentes áreas que posee, pero las condiciona en una medida variable, ya que esta variación tiene que ver con la capacidad de plasticidad que poseen dicha áreas o servicios.

En algunos casos existen áreas que responden a las características de la organización global y en otros se observa la característica de plasticidad que suelen tener algunas estructuras (Modo de relación espacio - temporal entre las partes, las funciones y las actividades en las organizaciones, para un momento dado).

Esta plasticidad que se observa en diferentes espacios permite que surjan innovaciones y diferentes modalidades de trabajo que se alejan de lo instituido por la organización.

¹² Etkin, J. Y Schvarstein, L., op. cit.

CAPITULO SEGUNDO

SUJETO SOCIAL

- Sujeto social

2.1. Sujeto social

Otro elemento a considerar en la intervención profesional es el de sujeto social.

La concepción ideológica que se tenga del mismo permitirá que se actúe de una manera u otra en la resolución de su problemática. ↓ sujeto
↓ se

El ser humano es un sujeto actuante (vivo), es pensante (cognocente).

"Esta relación de pensamiento y acción lleva al sujeto, como parte de su naturaleza, a perseguir fines, proyectos de vida para alcanzar estos fines y para poder vivir, estableciendo como criterio la satisfacción de necesidades"¹³.

Susana García Salord se refiere al sujeto como aquellos "individuos, grupos o instancias sociales que están involucrados en la intervención profesional, porque participan de alguna manera significativa en relación con el problema social que se constituye en objeto de intervención"¹⁴.

El sistema neoliberal cuando carece de políticas sociales, como sucede en el modelo latinoamericano que busca la exclusión de aquellos que no responden al sistema, coloca al hombre excluido como objeto de necesidades, las que son satisfechas por una cultura basada en la solidaridad, en cambio en un modelo de inclusión el hombre es considerado como un sujeto actuante, pensante, con posibilidades de construir su propio desarrollo histórico, y sus necesidades están contempladas en políticas sociales sustentables.

Max Neef ¹⁵ considera que la subsistencia es una necesidad de validez universal de los hombres.

La subsistencia del ser humano requiere entre otras cosas, de salud (física y mental), alimento, abrigo, descanso, trabajo y un ambiente sano a su alrededor.

Este conjunto de formas de satisfacer la necesidad de subsistencia el autor las organiza en cuatro categorías: ser, tener, hacer y estar.

La salud física y mental debe ser sentida por el ser humano, es decir ser saludable física y mentalmente, debe tener alimento, abrigo, trabajo y

¹³ Rozas Pagaza, M., "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. 1998. Pag 26.

¹⁴ García Salord, S. "Especificidad y Rol en Trabajo Social". Edit Humanitas, 1991. Pag. 19.

¹⁵ Max Neef. "Necesidades y Calidad de Vida". Apunte de la cátedra Supervisión en Trabajo Social. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, U.N.M.d.P.

descanso, debe realizar acciones que le permitan obtener estos satisfactores, y debe estar en un ambiente saludable. Estas condiciones posibilitan la existencia del hombre.

El ser humano no puede desarrollar su proyecto de vida si no logra satisfacer la alimentación, el vestido y la vivienda.

La satisfacción de las necesidades y la realización de un proyecto de vida esta dado por el modo particular de funcionamiento de cada sociedad. Nec -

El trabajo social aborda el tema de las necesidades, las mismas aparecen como demandas puntuales de las personas, donde el profesional de acuerdo a los recursos que posee da una respuesta a dicha demanda.

Las necesidades deben considerarse necesidades sentidas por los hombres, para luego ser reconocidas.

Diego Palma plantea que "la necesidad sentida es - por definición- reconocida por los sujetos o grupos sociales, pero no es reconocida necesariamente como punto de arranque de una dinámica de transformación"¹⁶.

Según este autor son aquellas que la conciencia del grupo afectado percibe y reconoce como demanda - carencias" y las cuales el profesional debe comprender cual es la significación que le dan los sujetos a esas carencias, como las vivencian y cuales son las posibles soluciones que plantean.

La relación sujeto - necesidad se da en la vida cotidiana. "El concepto de vida cotidiana expresa la trama social, en la cual los sujetos articulan su existencia, con relación a la lucha por satisfacer sus necesidades"¹⁷.

La vida cotidiana tiene un saber cotidiano, que permite a los sujetos tener conocimiento sobre "las cosas empíricas y emocionalmente vinculadas", "le permite desenvolverse en su medio, saber que se hace y como se hace de acuerdo con la época y circunstancias particulares. Vida cot.

La vida cotidiana incluye todos los aspectos de individualidad de los hombres, de su personalidad. En ella se pone en obra todos sus sentidos, todas sus capacidades intelectuales, sus habilidades manipulativas, sus

¹⁶ Palma, D. Citado en Rozas Pagaza, M., "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. 1998. Pag. 30.

¹⁷ Rozas Pagaza, M.; op. cit. Pag. 40.

sentimientos, pasiones, ideas e ideologías. El hombre de la cotidianidad es activo y goza, obra y recibe, es afectivo y racional¹⁸.

La vida cotidiana es el ámbito micro social en el cual el trabajador social desarrolla su practica profesional.

El trabajador social esta presente en el mundo cotidiano de los sujetos, el profesional debe conocer los hechos de la vida cotidiana que rodean al sujeto y la realidad en la que esta inmerso. Además debe considerar la perspectiva que el sujeto posee y de esta manera organizar su metodología de intervención.

¹⁸ Rozas Pagaza, M.; op cit. Pag 41.

CAPITULO TERCERO

MARCO TEÓRICO

- Concepción de salud - enfermedad
- Aspectos a considerar en la relación paciente - equipo de salud
- Trabajo en equipo
- Intervención profesional: definición de Modelo de Intervención

3.1. Concepción de salud - enfermedad

De acuerdo a la época y a la cultura predominante de cada periodo histórico se ha conceptualizado la salud-enfermedad desde distintos lugares¹⁹.

En el siglo XX se hace necesario redefinir la salud-enfermedad. En el año 1948 la OMS conceptualiza salud y enfermedad: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad".

En el año 1978 Alma Ata prioriza la atención primaria de la salud, junto con OMS Y UNICEF. Pacto san José de Costa Rica: Convención Americana de los Derechos humanos.

En el año 1986 la Carta de Ottawa fundamenta la Promoción de la salud.

El objetivo de la OMS de "Salud para todos en el año 2000"²⁰ plantea la salud como "derecho humano fundamental" y una participación activa e informada de la población en el cuidado de la propia salud, reconoce la grave desigualdad en el estado de salud de la población y la brecha existente entre la salud de las poblaciones de los países desarrollados y los subdesarrollados, apela al desarrollo económico y social en el nuevo orden económico y social, establece el derecho al pueblo, el deber de participar individual y colectivamente en los procesos de prestación de salud.

A partir de este momento no es posible seguir pensando a la salud-enfermedad como algo mono causal, místico (propio de la sociedad feudal), mágico(a. C) o biológico. Es decir, que se deben tener en cuenta una serie de factores como la aptitud personal, las capacidades físicas, mentales, los factores ambientales y los acontecimientos políticos, sociales y económicos.

3.2. Aspectos a considerar en la relación paciente - equipo de salud

En los espacios sociales o profesionales la modalidad de trabajo dependerá del concepto de "salud - enfermedad" que prevalezca.

¹⁹ Redi, C., "Principales corrientes explicativas de la salud y enfermedad en la historia". Apunte de la cátedra Medicina Preventiva de la Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, U.N.M.d.P., 1998.

²⁰ Zurro, M.; Gené Badia, J. Y Subias Loren, P., "Actividades preventivas y de promoción de la salud" (cap. 21) en "Prevención y Promoción de la salud".

Dicha concepción tendrá consecuencias directas sobre el tratamiento que se le da a la persona que acude a la institución.

En las organizaciones medicas, es posible detectar la presencia de distintos paradigmas respecto de la idea de salud (paradigma biologista, tecnocratico o totalizador) y de la relación compuesta por el binomio paciente - equipo de salud.

En lo referente a la relación paciente - equipo de salud pueden darse diferentes modelos.

En algunas organizaciones prevalece un modelo "hegemónico", caracterizado por una verticalidad en las decisiones.

En este modelo los profesionales sostienen una relación asimétrica con el paciente, manteniendo así el monopolio de la información. Aquí los pacientes son consideradas como agentes pasivos que acceden al sistema sanitario para lograr un tratamiento de sus dolencias.

En otros casos, los profesionales perfilan su papel organizándose y desarrollando sus normas deontológicas a las que dan un valor de "imperativo ético". La asimetría de la información se ve parcialmente compensada por el derecho de las personas, cuyo papel es mas activo.

El otro modelo llamado "integrador" se caracteriza por la horizontalidad en las decisiones, considera que los profesionales conjugan criterios integradores manteniendo una relación simétrica con el paciente y el equipo de salud.

Desde este abordaje el sujeto exigirá relaciones mas satisfactorias y a cambio deberá asumir su propia responsabilidad en su nivel de salud y en los medios necesarios para mantenerlo.

La relación simétrica facilita el ejercicio del derecho a la información y el conocimiento que debe adquirir para construir su propia salud, es considerado sujeto activo, por lo tanto se le asigna el lugar de sujeto pensante.

3.3. Trabajo en Equipo

El tener un concepto totalizador de la salud y la convicción de que el tratamiento debe prestarse en forma integrada permite una interdependencia disciplinaria; en otros casos el tener una mirada parcial limita el trabajo en equipo.

Trabajar en equipo y en forma multidisciplinaria es tema corriente en las conversaciones con los profesionales de la salud, debido a que la realidad es tan compleja que resulta incomprensible desde un enfoque particular y requiere una mirada transdisciplinaria para solucionar el complejo problema de la recuperación y el mantenimiento de la salud.

Ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos para solucionar problemas que requieren técnicas o procedimientos pertenecientes a distintas disciplinas, las que deben ser aportadas por el médico, la enfermera, el trabajador social, el psicólogo y otros profesionales.

Fundamentalmente el tratamiento debería ser integral y es muy importante que para un efectivo trabajo en equipo cada profesional respete la función específica de cada uno de los otros.

El pensamiento integrador del equipo se mantiene si cada miembro posee la flexibilidad necesaria para condicionar sus conclusiones frente al aporte de las otras disciplinas.

Rubén Narváez²¹ plantea diferentes estilos de trabajo:

⇒ **Profesional o Investigador aislado**

Trabaja de manera individual y puede estar dentro de la pirámide jerárquica con atributos de rango y jurisdicción. El investigador solitario y ensimismado indaga en su parcela científica, y al "relacionado", con fluidos contactos académicos, pero que mantiene su independencia inefable.

²¹ Narváez, R. "Trabajo en Equipo: Interdependencia Disciplinaria". Apunte de la cátedra Medicina Preventiva. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.

⇒ **Profesional o investigador y "su grupo"**

En esta clase hay un líder que subordina a los miembros del grupo a los que asigna tareas. El objetivo de las actividades pertenece al líder, quedando los miembros del grupo dependientes de él sin alcanzar los niveles de decisión.

Se trata de profesionales que pertenecen generalmente a un área científica, y las diferencias epistemológicas son de matices, subespecialidades.

Como por ejemplo en medicina, el profesor que hace "escuela" o que "dirige" en un campo definido a otros médicos.

⇒ **Equipo intradisciplinario**

En este caso el equipo está integrado por profesionales del mismo campo científico o por especialidades que se consideran afines al área dominante.

El liderazgo también aquí es indiscutido, y en el objetivo de trabajo convergen con énfasis las tareas de cada uno de los miembros del grupo. Pero en este equipo se reconocen las especialidades, lo que distribuye la responsabilidad y otorga cierto grado de decisión no ejecutiva. Como por ejemplo el cirujano que actúa con su equipo.

⇒ **Equipo multidisciplinario**

Se trata de un grupo integrado por profesionales de distintas disciplinas.

Generalmente las interacciones que se juegan en él están determinadas por el objetivo de trabajo, y un liderazgo - coordinación reconocido como función ineludible.

Donde encontramos la mayor caracterización de este grupo, lo que diferencia de otros tipos, es en la flexibilidad de los límites de las distintas disciplinas o campos que se conjugan, en los objetivos perseguidos y en la carencia de decisiones que pudieran fundamentarse en las leyes de un solo campo científico.

Hay diversos participantes que logran accionar con una dinámica que privilegia una finalidad u objetivo, desechando la rigidez de los procedimientos propios de cada ciencia y aportando diversos ángulos de interpretación para obtener un resultado que presente la contribución indiscriminada de todos.

No obstante, generalmente tales logros aparecen enmarcados dentro de una área científica que cubre las demás disciplinas participantes.

⇒ **Equipo interdisciplinario**

Esta forma de trabajo en equipo se realiza con un grupo de profesionales que, perteneciendo a diversas disciplinas, se reúnen para obtener un objetivo y resultado común, pero manteniendo campos científicos con fronteras bien perfiladas y de acuerdo con ello, aportando una cuota de determinación que debe respetarse como regla de interdependencia disciplinaria.

Aunque por razones legales se instituye un director o jefe, si se trata de un equipo de esta clase, el rol del líder es alternativo.

Los resultados obtenidos representan, entonces, aportes de las diferentes ciencias y son consecuencia de una integración que consideró a cada una de las disciplinas con sus metodología y conceptos instrumentales.

⇒ **Equipo transdisciplinario**

Se trata de un grupo de profesionales que, integrados a fines y objetivos de proyectos, programas o trabajos científicos, se distinguen por la creación, conciente y/o inconciente, de metodología que, en lo operativo, plantean la metadisciplinariedad.

La cooperación de los diversos profesionales tanto en lo formal como en los supuestos y contenidos, terminan produciendo logros que no se incluyen en los límites simples de una ciencia, como tampoco en las sumas de los campos y yuxtapuestos de las áreas participantes. Tales resultados plantean producciones transdisciplinarias que se acercan aproximadamente a la complejidad de los sectores de la realidad que estudian.

3.4 Intervención Profesional: definición de Modelo de intervención.

Siguiendo la línea de pensamiento de Margaritas Rozas la intervención esta dada por la relación sujeto - necesidad. Toda intervención profesional se desarrolla en la reproducción de la vida cotidiana de los sujetos, en la lucha por la satisfacción de sus necesidades.

Para poder analizar dicha intervención, la misma debe estar sustentada teórica y prácticamente.

Teóricamente, porque todo profesional tiene un marco de referencia que sustenta su intervención.

García Salord define al marco de referencia como "el conjunto de las representaciones desde las cuales se extiende y conceptúa, el problema, objeto de intervención y el tipo de interacción entre los sujetos sociales involucrados en el campo y se establecen los objetivos y procedimientos"²².

En el marco de referencia se inscriben:

Objetivo específico: señala lo que se pretende lograr a través de la intervención en el problema, intervenido como objeto de la misma.

Función Social: Es la incidencia o el impacto que tiene la intervención. Es lo que se logra o provoca con la redefinición del problema.

Procedimientos metodológicos: constituyen la dimensión operativa al proceso de intervención profesional en cuanto determina que hacer, y como hacerlo, para lograr los objetivos señalados. Son el conjunto de etapas, actividades y técnicas ordenadas en una secuencia tal que orienta al desarrollo de la intervención, en cuanto proceso que debe modificar el objeto de intervención.

Prácticamente, el trabajador social se inserta "en la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de sus necesidades".

La **inserción** es conocimiento en acción, esta dada por "la ubicación profesional y una mirada estratégica de dicha ubicación. El proceso de ubicación, significa situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional que son: los sujetos con sus demandas y la racionalidad de dichas demandas, la institución con sus propias demandas y su racionalidad respecto a la relación de los sujetos con sus necesidades y finalmente, el trabajador social con su saber específico"²³ para analizar la problemática del sujeto, sus demandas y carencias.

²² García Salord, S.; op.cit. Pag 21.

²³ Rozas Pagaza, M.; op cit. Pag. 77.

Ricardo Hill define al modelo de intervención como "la inclusión en un todo, en una unidad, de los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos; de una forma determinada de practica"²⁴.

Se puede analizar los principios de practica de los diversos modelos en trabajo social, de acuerdo con las variables siguientes:

1- El tipo de fenómenos a los que el modelo se dirige: aspectos del ser humano considerados problemáticos, dolorosos. El tipo de acciones y comportamientos que denotan un funcionamiento problemático, como los niveles de organización social en los cuales se manifiestan, como también las causas significativas del problema.

2- El contenido conceptual: dar cuenta de los problemas, describirlos, analizarlos para determinar los objetivos de la intervención del trabajador social.

3- La naturaleza de la intervención del trabajador social por medio del modelo, o sea los objetivos que se asigna o se pueden alcanzar (corto o largo plazo) y los principios de acción que caracterizan al modelo y los procedimientos, los métodos y las técnicas por los que son aplicados.

4- Marco institucional en el cual el modelo es empleado: características de la organización requeridas por el modelo y características reales de la institución dentro de la cual el modelo es aplicado, así como el apoyo que encuentra el modelo en los medios reales.

²⁴ Hill, R. "Caso Individual. Modelos actuales de Práctica". Ed. Humanitas, 1970. Pag.9.

SEGUNDA PARTE

ESTRUCTURA Y CULTURA **ORGANIZACIONAL**

CAPÍTULO PRIMERO /

DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL

- Hospital Privado de Comunidad
- Modelo Institucional
- Organización y Funcionamiento del Servicio Social

1.1 Hospital Privado de Comunidad

El libro "Médicos e Instituciones de salud"²⁵ describe el nacimiento y formación del H.P.C. La Fundación Medica Marplatense surgió el 14 de abril de 1965 por iniciativa de un grupo de médicos, que provenían del Hospital Interzonal General de Agudos del partido de General Puyrredón, quienes tenían como objetivo crear, mantener, y desarrollar un hospital privado con sistema de elevadas pautas científicas y técnicas, con proyección social a la comunidad, siendo la finalidad básica promover, apoyar y patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud.

En la pagina web del H. P.C. se encuentra desarrollado los inicios y posterior formación de la institución: una fundación era la figura jurídica que permitía adquirir un inmueble contemplando ambos requisitos, no pertenecer al estado ni perseguir fines de lucro.

Por ello se constituyó la Fundación Medica de Mar del Plata.

Se elaboraron los Estatutos, fijándose como objetivo primordial el de crear un hospital cuya misión sería la de llevar a cabo ciertos postulados que habrían de sostenerse a través del tiempo.

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

El 31 de mayo de 1971, con el apoyo de miembros de la comunidad marplatense, Fundación Médica Mar del Plata inaugura, con el nombre de HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

Es un hospital de agudos de alta complejidad que se caracteriza por: asistencia especializada, ausencia de lucro, reinversión para el crecimiento, historia clínica única, generar programas de investigación, trabajo profesional de tiempo completo y dedicación exclusiva para el plantel médico, programa de educación médica de post - grado, escuela de enfermería dependiente de la Universidad Nacional de Buenos Aires, internación domiciliaria, atención

domiciliaria, formación de recurso humano en todos los niveles, y atención en los tres niveles de la salud.

En un primer momento funcionó en la dependencia de la actual clínica del niño y posteriormente se trasladó al actual H.P.C en las calles Córdoba y Juan B. Justo.

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

Como dato distintivo su estatuto establece que en ningún caso y bajo ningún concepto la fundación puede distribuir utilidades entre los fundadores.

La creación de esta institución coincide con la aparición del instituto de servicios sociales para jubilados y pensiones (I.N.S.S.P) y la instrumentación del Programa Asistencial Médico Integral (PAMI), donde la principal herramienta del convenio es la capitación.

El H.P.C sostenía una concepción médico-hospitalaria basada en la capitación.

Asiste actualmente a una población cautiva de 60.000 afiliados al INSSJP, (Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados), y 40.000 afiliados provenientes de otras obras sociales, mutuales, servicios de medicina prepaga y planes de salud del hospital.

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

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

²⁵ Alvarez, A. Y Reynoso, D. "Médicos e Instituciones de Salud". Ed. H.I.S.A, Universidad Nacional de Mar del Plata.

En su infraestructura existe un área de capacitación permanente, área de docencia e investigación, conformada por una biblioteca con acceso a la red Medline.

Cada paciente cuenta con una historia clínica única, documento para el análisis del desarrollo histórico del sujeto en relación con su salud, en la misma se detallan todas las consultas, prácticas, intervenciones, diagnósticos, que la persona ha concretado con los diferentes servicios desde su ingreso a la institución.

1.2 Modelo Institucional

Con el fin de brindar servicios médicos integrales y de alta calidad a la comunidad, el modelo institucional contempla: La organización de los efectores, escalonados y articulados según niveles de complejidad configurando una Red de Servicios Integrales. Trabajo a tiempo completo y dedicación exclusiva de los profesionales. Historia clínica única.

Archivo central de historias y codificación de diagnósticos según Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

Organización y ejecución de programas de docencia, en particular residencias médicas en las diversas especialidades y escuela de Enfermería.

La organización esta conformada por una red de servicios que tiende que las personas reciban la atención que necesitan de acuerdo a sus problemas de salud, desde los de primer nivel hasta los de mas alta complejidad, obteniendo así una gran capacidad de resolución de problemas, mayor eficiencia y alto grado de satisfacción de la población que utiliza los servicios.

El primer nivel de atención: El H.P.C cuenta con servicios descentralizados ubicados en diversos lugares de la ciudad y coordinados por el Departamento de Atención Primaria de la salud. En ellos se desempeñan médicos de familia, clínicos, pediatras y ginecólogos.

Segundo nivel de atención: Bajo la coordinación de la Dirección del hospital y de la Jefatura del Departamento Médico, funciona un conjunto de

divisiones, áreas y servicios médicos que cubren todas las especialidades que exige la medicina.

Los servicios de primer y segundo nivel se hallan interconectados mediante una red informática a la que todos los componentes tienen rápido acceso.

El Hospital en números

Planta física del hospital

Superficie construida (m2)	23000
Camas	207
Consultorios Externos	104

Indicadores de Producción

Primer semestre año 2000

Consultas	357909
Egresos	6829
Promedio días/estada	4,5

1.3. Organización y Funcionamiento del Servicio Social

El Servicio Social se inserta en las diferentes servicios del hospital (trabajo de rutina - intervención programada) de acuerdo a criterios predeterminados, y se integra a equipos y/o programas institucionales.

En la practica de pre-grado realizada se observó y analizó la inserción del profesional en los servicios de Unidad Renal y el servicio de Atención de la Tercera Edad (SATE).

Para una mejor comprensión del trabajo se hace necesario especificar las pautas de organización y funcionamiento y describir los criterios de intervención del Servicio Social.

El Servicio Social está a cargo de una Licenciada en Servicio Social, todos los profesionales del servicio poseen título habilitante y matrícula profesional.

Lic. en Servicio Social: 6

Asistente Social: 1.

El Servicio Social tiene como objetivo asistir al paciente y su familia en los emergentes sociales que plantea la situación de enfermedad.

Existen normas y procedimientos escritos y revisados periódicamente, como también, protocolos específicos para tipificar diagnósticos sociales, tratamiento social e interdisciplina.

Registro en Historia Clínica de la situación socio familiar abordada y de la intervención profesional.

Organización y Funcionamiento:

Ambitos de atención y origen de la demanda:

Internación

Consultorio externo

Urgencia

Demanda programada

Demanda espontanea

Domicilios

Evaluación para ayuda alimentaria (personal de nuestra institución).

Modalidad de intervención:

a) En Internación

Recorrida de sala

Recepción y respuestas a interconsultas

Entrevistas de evaluación y/o tratamiento

b) En Consultorio Externo

Demanda Programada

Demanda espontanea

Urgencias

c) Como integrantes de equipos de salud

Salud Mental

Unidad Renal

SATE

PADES

Finalidad de la Intervención (+)

Asesorar y orientar para promover una organización familiar continente.

Esto es capaz de asumir la situación de enfermedad y acceder a recursos que posibiliten la atención post alta.

Criterios de intervención en servicio Social. (+)

Toda persona que toma contacto con la Institución en busca de salud, conviene que esté informado respecto de la posibilidad de acudir al Servicio Social, cuando la situación de enfermedad le ocasione dificultades en los aspectos familiar, social e incluso institucional y requiera orientación para una mejor solución. Se parte del concepto de que la enfermedad, de por sí, desestructura en mayor o menor grado, la cotidianeidad de la persona enferma y su núcleo de referencia y la curación y rehabilitación van mas allá de la superación del problema físico que lo aqueja.

Habitualmente el Asistente Social va al encuentro del paciente y a través de una entrevista preliminar detecta la situación socio-familiar prolongando o no su intervención según la problemática social planteada.

Otra forma de intervención es a través del médico tratante o de otro profesional del equipo profesional.

Por esto, se debe determinar en que áreas el Asistente Social intervendrá como trabajo de rutina y en que áreas lo hará por derivación, de acuerdo a una selección en base criterios establecidos.

La intervención del Servicio Social con respecto a una persona enferma, va dirigida a completar la imagen del paciente con la dimensión sociocultural de la enfermedad y a desarrollar un hacer metódico, científicamente fundado, que integre en la realidad concreta del paciente, todo lo que es capaz de aprovechar de sí mismo y de los recursos disponibles para superar la situación de enfermedad, restableciendo un equilibrio armónico consigo mismo y con el medio, aún con limitaciones e incluso con un diagnóstico irreversible.

El Servicio Social aporta el diagnóstico social de:

Población de mayor riesgo social

Población derivada para interconsulta

Población que consulta por demanda espontánea

Población que consulta por consultorio externo

Criterio de riesgo social: - Población carente de recursos o con severa dificultad para acceder a ellos

- Población afectada en su estructura relacional socio-familiar con respecto a la aparición o persistencia de la enfermedad.

El servicio social ha elaborado y desarrollado programas asistenciales, y programas que contemplan los tres niveles de atención.

CAPITULO SEGUNDO

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

- Descripción del Servicio Atención Tercera Edad y Unidad Renal

- Estadísticas de Atención

2.1. Descripción del Servicio Atención Tercera Edad y Unidad Renal.

La descripción de los Servicios de Atención de la Tercera Edad y Unidad Renal se desarrolla a partir del conocimiento que se tiene de las dos áreas. El mismo está fundamentado en la observación e información obtenida en el transcurso de la practica realizada.

Se utiliza documentación sistematizada y datos cuantitativos que posee el SATE.

En lo que respecta al servicio de Unidad Renal se obtuvieron datos cuantitativos, pero no se encontró material escrito sobre la organización del servicio, por lo que se recopiló información a través de sus integrantes.

La descripción se realiza tomando como referencia la guía de Estudio Institucional, preparada por el Dr. Alberto Dieguez²⁶. La misma ha sido adaptada de acuerdo a la concepción teórica que se tiene de la estructura organizacional.

SATE	U.R.
Fecha de inicio: año 1981 (SATE)	Fecha de inicio: 1979
Propósitos <ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollar programas basado en un enfoque bio - psico - social, que beneficie la calidad de vida de la población a la que se asiste. ◆ Implementar técnicas de intervención que favorezcan el mayor nivel de acuerdos y coincidencias entre las expectativas de la población objetivo y el servicio de medicina preventiva. ◆ Alcanzar la máxima eficiencia - eficacia posible para mejorar la relación institución población objetivo - comunidad. 	Propósitos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Brindar asistencia y seguimiento a los pacientes con deterioro crónico de la función renal que necesitan terapia sustitutiva a través de la hemodiálisis o diálisis peritoneal. ◆ Ofrecer formación de pos-grado: Residencia de nefrología, Pasantía de profesionales de otras especialidades
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mantener y / o mejorar la Calidad de Vida de las personas a través de la implementación de programas que favorezcan la interacción de los factores físicos – psicológicos- sociales y culturales. 	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ofrecer todas las posibilidades terapéuticas al paciente con afecciones renales, tanto agudas como crónicas, incluyendo el trasplante renal.

²⁶ Diéguez, A. "Guía de Análisis Institucional y de Organizaciones Comunitarias", 1994. Apunte de la Cátedra U.P.I. Proyecto Parques. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P

<p>Integrantes: Médicos: 1 médica geriatra - 3 médicas clínicas – 1 médico neurólogo – 1 médico psiquiatra Enfermeros: Desde el año 2001 el servicio no cuenta con enfermera, la anterior renunció por migración. Psicólogos: 2 Asistente social: 1 Terapeuta ocupacional: 1 Kinesiólogo: 2 Nutricionista: 1 Profesores de Educación Física: 3 Secretarias: 3 Mucamas: 1 Maestra: 1 – cargo asignado por el Ministerio de Educación de la Pcia. De Bs.As.</p>	<p>Integrantes: Médicos: 3 médicos nefrólogos Enfermeros: 1 Jefa de enfermeras y 10 enfermeros (todos técnicos en hemodiálisis). Psicólogos: 1 Asistente social: 1 Secretarias: 2 Mucamas 4</p>
<p>LOCALIZACIÓN</p> <p>El Servicio está ubicado en un espacio propio distante geográficamente de la estructura Hospitalaria.</p>	<p>LOCALIZACIÓN</p> <p>El servicio está ubicado en el subsuelo de la estructura Hospitalaria y cuenta con un espacio propio.</p>
<p>FACTORES ORGANIZACIONALES</p> <p><i>Area a la cual se dedica</i></p> <p>Prevención y promoción de la salud</p> <p><i>Servicio que presta</i></p> <p>El servicio aborda los cuatro niveles de la prevención a través del desarrollo de programas con abordaje grupal.</p> <p><i>Población a la que se orienta</i></p> <p>Adultos y adultos mayores</p> <p><i>Cantidad de pacientes que concurren mensualmente</i></p> <p>450 pacientes (población cautiva)</p> <p><i>Registro</i></p> <p>Presentan protocolos preestablecidos con el objetivo de realizar el diagnóstico de ingreso según programa al que acceda el paciente, efectuando un seguimiento y evaluación final al terminar el tratamiento. El diagnóstico bio-psico-social se registra en la historia clínica única.</p>	<p>FACTORES ORGANIZACIONALES</p> <p><i>Area a la cual se dedica</i></p> <p>Enfermedad renal</p> <p><i>Servicio que presta</i></p> <p>El servicio aborda tres niveles de prevención a través de la implementación de los tratamientos sustitutos de la función renal, el abordaje es individual.</p> <p><i>Población a la que se orienta</i></p> <p>Personas que padecen de insuficiencia renal (aguda o crónica) en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal. También reciben atención 60 trasplantados.</p> <p><i>Cantidad de pacientes que se dializan mensualmente</i></p> <p>75 pacientes (población cautiva)</p> <p><i>Registro</i></p> <p>En la historia clínica del paciente se transcribe la atención y seguimiento que realizan los diferentes profesionales que asisten al paciente</p>

ACTIVIDADES, PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE EJECUTAN.	ACTIVIDADES, PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE EJECUTAN
<p>El equipo de salud trabaja en distintos ejes de intervención:</p> <p><i>Paciente:</i> Ejercicios Terapéuticos Programados Accidente Cerebro Vascular Trastornos de memoria no demencia Demencia. Caídas Obesidad Dolor de Espalda. Factores de riesgo cardiovascular.</p> <p><i>Familia:</i> Grupos de Apoyo: Familiares con demencia, Familiares de A.C.V.</p> <p><i>Comunidad:</i> Grupo de Apoyo Mal de Alzheimer. Centro de Encuentro y Rehabilitación para Adultos mayores. Centros de Actividad Física. Articulación con organismos formales y no formales de la comuna.</p> <p><i>Docencia:</i> Educación para la salud Escuela de Hipertensión Taller de Dislipidemias Escuela primaria para Adultos Mayores. Curso de Orientación Gerontologica para P.E.F.</p>	<p>Programas que se desarrollan:</p> <p>Programa de Hemodiálisis crónica y aguda.</p> <p>Programa de Diálisis Peritoneal aguda y crónica.</p> <p>Programa de Trasplante</p> <p>Docencia:</p>
INFRAESTRUCTURA - EQUIPAMIENTO	INFRAESTRUCTURA- EQUIPAMIENTO
<p>El servicio posee una estructura conformada por una secretaría equipada con computadoras conectadas a la red central de los datos del hospital.</p> <p>Dos consultorios destinados a la atención médica, consultorio de servicio social, consultorio de psicología, taller de terapia ocupacional, consultorio de enfermería, dos gimnasios y un espacio destinado a actividades kinésicas, dos baños equipados para discapacitados, destinados a la población beneficiaria, un office, y baños para el personal.</p> <p>Esta equipado con computadoras, elementos de atención médica (camilla, estetoscopio, etc.)equipamiento, kinesico, barandas, colchonetas, bastones, silla de rueda, trípodes, y elementos propios de terapia ocupacional para el desarrollo de los diferentes programas.</p> <p>En el área de terapia ocupacional por la tarde funciona la escuela primaria, allí se encuentra pizarrón, y armarios con elementos propios de la docente para el desarrollo de su tarea, un televisor y video.</p>	<p>Servicio que cuenta con una secretaría equipada con dos computadoras conectadas al equipo central, fax, y demás elementos necesarios para las tareas administrativas. Un consultorio, multifuncional, otro consultorio equipado para el tratamiento de diálisis peritoneal, una sala de hemodiálisis equipada con 15 sillones con sus respectivas máquinas diálisis, esta sala cuenta con computadora para consulta de los enfermeros que allí se desempeñan, y cinco televisores con cable, para distracción de los pacientes mientras permanecen en su tratamiento.</p> <p>Otra sala de diálisis que cuenta con cuatro sillones con sus respectivas máquinas destinados a pacientes con serología para hepatitis positiva y/o HIV., esta sala esta equipada con un televisor.</p>

De la descripción presente surge la construcción de los diferentes paradigmas que van a ser la resultante de los efectores que identifican la cultura organizacional de cada uno de los servicios.

Se observa en relación a:

- Propósitos y objetivos: desde los principios fundantes el SATE formaliza e identifica una intervención basada en un abordaje bio psico social, donde el sujeto social sostiene una participación activa en la comunicación, entre las expectativas de este y la capacidad de respuesta institucional, con el objetivo de lograr acuerdos y coincidencias en el sostenimiento de la salud; SATE asigna un espacio destacado a la comunidad, lugar donde se desarrolla la vida cotidiana de todos los actores sociales involucrados en este accionar. Los principios fundantes de U. R. se sustentan en una mirada biologista, no se menciona el rol del sujeto social, ni el alcance de la intervención. Asimismo muestra el lugar destacado que se le da a la capacitación de los profesionales.
- Integrantes: SATE cuenta con equipo heterogéneo donde intervienen profesiones no tradicionales en instituciones hospitalarias (profesora de educación física, maestra), llama la atención la no cobertura del cargo de enfermera, ya que la intervención de la misma en el ámbito de la salud es relevante. U.R. también sostiene un equipo heterogéneo con especial énfasis en el área de enfermería, no contando con otras profesiones como terapeuta ocupacional o kinesiología que en modalidades de abordajes mas integrales están contempladas dentro del equipo profesional.
- Localización: SATE funciona en un espacio distante geográficamente de la estructura hospitalaria, debido a que es un área dedicada a la promoción de la salud, considerada en un nivel diferente a otras áreas enmarcadas en el nivel de alta complejidad que funcionan dentro de la estructura hospitalaria, dado que la alta complejidad caracteriza al Hospital como institución. Unidad Renal se encuentra ubicada dentro de la estructura hospitalaria, en el subsuelo del hospital, en un lugar no visible, con escasa luminosidad y de difícil acceso, donde se brinda tratamiento a una patología compleja y

estresante no solo para el paciente si no para todo el personal que trabaja en el servicio.

- Factores Organizacionales: Los dos servicios trabajan con una población cautiva, SATE aborda los cuatro niveles de prevención (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria), realiza un trabajo grupal con los pacientes y las tareas que desarrollan los integrantes del servicio están sistematizadas a partir de un protocolo definido desde una concepción bio - psico - social; utilización de la historia clínica. Unidad Renal no realiza prevención primaria dada las características de la patología, las personas consultan cuando aparece alguna dolencia en su organismo. La intervención comienza cuando se diagnostica una disfunción renal. Tratamiento al paciente considerado desde el procedimiento técnico de la diálisis (paciente - máquina dializadora). Realiza prevención secundaria, terciaria y cuaternaria. El servicio no cuenta con protocolos establecidos, las intervenciones que realizan los profesionales son asentadas en la historia clínica del paciente.
- Actividades, programas y proyectos: en SATE la concepción holística sobre la salud que posee el equipo determina el abordaje. Se desarrollan programas centrados en el paciente, su familia y en la comunidad en la que están inmersos. En Unidad Renal el eje de la intervención se centra en el paciente y su tratamiento, ya sea hemodiálisis, diálisis peritoneal o la atención a los trasplantados. Ambos servicios otorgan importancia a la docencia.
- Infraestructura - Equipamiento: ambos servicios tienen una infraestructura y un mobiliario adecuado para el desarrollo de sus actividades.

2.2. Estadísticas de atención.

UNIDAD RENAL

ESTADISTICA MES DE MAYO /02

HEMODIALISIS	CANT. PACIENTES	TOTAL DIALISIS
I.N.S.S.J.YP *	51	666
PLAN E **	1	5
PLAN C **	1	13
MUTUALES	2	29
PRE-PAGAS	0	0
I.N.O.S ***	4	57
PARTICULAR	0	0
TOTALES	59	770

* Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

** Cobertura médica del H.P.C

***Instituto Nacional de Obras Sociales.

D.P.C.A*	CANTIDAD PACIENTES
I.N.S.S.J.P	12
I.N.O.S	0
MUTUALES	4
TOTAL	16

HEMODIALISIS AGUDOS	COBERTURA	CANT. PACIENT	CANT. SESIONES
	I.N.S.S.J.P	1	2
	MUTUAL	0	0
	TOTAL	1	2

SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA TERCERA EDAD

ESTADÍSTICAS MES DE MAYO /02

PROGRAMAS	CANT. PACIENTES	CANT. PRESTACIONES
Ejercicios Terapéuticos Independientes	42	504
Ejercicios Terapéuticos con Asistencia	50	600
Ejercicios Terapéuticos con Máxima Asistencia	45	720
Accidente Cerebro vascular	22	352
Caídas	36	576
Trastorno de Memoria, con olvido leve	28	448
Trastorno de Memoria con olvido severo	52	832
Obesidad	28	336
Dolor de Espalda	13	208
Factor de Riesgo cardiovascular	38	152
Grupo Apoyo de Familia de Pacientes con Demencia	27	108
Cursos de Familiares con Accidente Cerebro Vascular	22	88
Total	403	4102

Prácticas Clínicas = Evaluaciones

EVALUACIONES	CANTIDAD PRESTACIONES
Médicas	780
Psicológicas	180
Sociales	128
Kinesiológicas	141
Terapia Ocupacional	78
Nutrición	51
Total	1356

* Diálisis peritoneal continua ambulatoria

TERCERA PARTE

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA **INVESTIGACIÓN**

CAPÍTULO PRIMERO

ASPECTOS METODOLÓGICOS

- Tipo de investigación
- Unidad de Análisis
- Instrumento de recolección de datos
- Modalidad operativa
- Análisis de datos

1.1. Tipo de investigación

La investigación del presente trabajo es cualitativa.

Se analizaron los fenómenos sociales desde su marco natural. La investigación cualitativa se caracteriza por "los conceptos comprensivos del lenguaje simbólico"²⁷.

Se tuvo en cuenta el efecto que el investigador produce, "la primacía de los aspectos subjetivos de la conducta humana sobre las características objetivas"²⁸.

Este tipo de investigación estudia significados intersubjetivos, en palabras de Erickson: "El método interpretativo es un intento de combinar un análisis intenso de detalles finos de conducta y su significado, en la interacción social de cada día, con análisis del contexto social mas amplio (el campo de las influencias sociales) dentro del cual ocurre la interacción personal"²⁹.

De acuerdo a lo que plantea Sabino, el tipo de investigación es descriptivo: "su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento"³⁰.

1.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis está constituida por Servicio de Nefrología, Unidad Renal y Servicio de Medicina Preventiva, SATE.

²⁷ Olabuena, J. R. Y Ispizúa, M. A., "La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa". Universidad Deusto Bilbao, 1989. Pag 24.

²⁸ Jacob, E., citado en Olabuena, J. R. Y Ispizúa, M. A., "La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa". Universidad Deusto Bilbao, 1989. Pag 23.

²⁹ Erickson, citado en Olabuena, J. R. Y Ispizúa, M. A., "La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa". Universidad Deusto Bilbao, 1989. Pag 19.

³⁰ Sabino, C., "El Proceso de Investigación". Edit Humanitas, Buenos Aires, 1993. Pag 51.

1.3. Instrumento de recolección de datos

Las técnicas cualitativas permiten "captar el significado auténtico de los fenómenos sociales"³¹. No sólo la exterioridad del fenómeno social - estructura y procedimientos- sino su interioridad, la lógica de la acción, como racionalidad que orienta los actos humanos.

Se utiliza la exploración y análisis de documentación existente, y entrevistas semiestructurada como técnicas para la recolección de datos.

La selección de los entrevistados se basó en identificar la concepción en relación a la dinámica organizacional y su percepción del rol del trabajador social acorde al status profesional y ocupacional; se seleccionó intencionalmente un representante de las profesiones y ocupaciones que integran la estructura de ambos servicios.

Las entrevistas fueron realizadas a:

SATE: jefe de servicio, psicóloga, asistente social y secretaria

Unidad Renal: jefe de servicio, psicólogo, asistente social, secretaria y jefa de enfermería.

Se aclara que si bien el SATE no cuenta actualmente con enfermera, la entrevista a la misma se considera de relevancia por el número de profesionales asignado a esta categoría en el servicio de U.R.

1.4. Modalidad operativa

Las entrevistas fueron realizadas entre octubre y diciembre de 2002; en forma oral y grabadas con el fin de no perder información de los temas tratados.

1.5. Análisis de datos

El análisis de las entrevistas se realizó en los siguientes pasos:

1. Obtención de datos a partir de las respuestas de cada entrevistado *.
2. Interpretación de los datos obtenidos *.
3. Definición de ejes temáticos y sus categorías de análisis.

4. Presentación e interpretación de los datos de acuerdo a los ejes definidos.

* Ver Anexo

Ejes temáticos seleccionados:

1. Estructura de los servicios: Se la define como la forma de organización que asume el servicio en un aquí y ahora concreto.

Categorías:

Especialidad: Da cuenta sobre la formación y capacitación del profesional entrevistado.

Cargo: Se basa en identificar el puesto asignada dentro de la dinámica del servicio.

Carga horaria: Refiere la cantidad de horas semanales que el entrevistado tiene asignadas al servicio.

Dedicación: Es el porcentaje estimado entre el horario semanal asignado al servicio y la carga horaria semanal asignada por la institución que cumplimenta el entrevistado.

Espacio físico: Es el ámbito asignado al entrevistado para el desarrollo de su tarea en el servicio.

2. Enfoque terapéutico: Procedimientos que se desarrollan en la tarea de atención al paciente.

Categorías:

Admisión: Hace referencia a los requisitos que sostiene cada uno de los servicios para el ingreso del paciente e implica la información que se brinda sobre el tratamiento a realizar.

Procedimiento: Son las diferentes modalidades operativas relacionadas con la intervención en el ingreso del paciente al tratamiento. Esta relacionada con la sistematización existente en cada una de las áreas analizadas.

Tratamiento: Son las acciones que se implementan a lo largo del desarrollo del tratamiento del paciente. (protocolos preestablecidos)

³¹ Olabuena, J. R. Y Ispizúa, M. A.; op. cit. Pag 19.

3. Trabajo en equipo: Hace referencia a la coordinación e integración de los profesionales de las diversas disciplinas en relación al abordaje.

Categorías:

Integrantes del equipo: Hace referencia a los miembros que componen el equipo de trabajo.

Actividades: Es el conjunto de tareas que deben ser realizadas para llegar a conseguir un objetivo previsto.

Reuniones de equipo: hace referencia a la estructura de funcionamiento que requiere el trabajo en equipo, como encuentros, ritmo regular, participantes, temas que se abordan.

4. Concepción del rol profesional: Se refiere a la idea del papel que ejerce el trabajador social en el equipo de salud.

Categorías:

Derivación a servicio social: Hace referencia a las situaciones - problemas por la cual se solicita la intervención del trabajador social.

CAPÍTULO SEGUNDO

ANÁLISIS DE DATOS

- Presentación y análisis de datos

2.1 Presentación y Análisis de datos

A continuación se desarrollan los resultados de acuerdo a los ejes temáticos expuestos. Los cuadros presentados sintetizan la información recabada por medio de las entrevistas realizadas; posteriormente se presenta el análisis correspondiente.

1. Estructura de los servicios

ENTREVISTADO -(cargo) -	ESPECIALIDAD		CARGA HORARIA - semanal -		DEDICACION		ESPACIO FISICO	
	SATE	U.R.	SATE	U.R.	SATE	U.R.	SATE	U.R.
<u>JEFA DE SERVICIO</u>	Médica Geriatra	Médico nefrólogo	40hs.	40 hs.	100%	100%	Consultorio asignado	Consultorio compartido con otras disciplinas, acorde a las necesidades
<u>PSICÓLOGO</u> ¹	Lic. psicología	Lic. Psicología	10 hs.	10 hs.	30%	25 %	Consultorio asignado (para ambas psicólogas).	Sin espacio asignado Para entrevistas utiliza los consultorios Del servicio
<u>ASISTENTE SOCIAL</u> ²	Lic. Serv. Social	Lic. Serv. Social	22 hs	5hs.	55 %	12,5 %	Consultorio asignado	Sin espacio asignado Para entrevistas utiliza los consultorios del servicio
<u>ENCARGADA DE SECRETARIA</u> ³			30 hs.	40 hs.	100 %	100 %	Espacio asignado	Espacio asignado

¹ Se aclara que según cuadro N° 1 – Estructura Organizacional del Servicio – SATE cuenta con dos psicólogos con una asignación horaria total de 20hs. semanales, mientras que U.R. cuenta con un psicólogo.

² Corresponde la entrevista a la Lic. Alvarez quien se desempeña en ambos servicios

³ En cuadro N° 1 – Estructura Organizacional del Servicio – surge que el SATE cuenta con tres secretarias con una asignación horaria total de 90hs, U.R. cuenta con dos secretarias con una asignación total de 80 hs. semanales.

<u>JEFA DE ENFERMERIA</u>	Cargo sin cubrir por recorte presupuestario (2001)	Lic. en Enfermería Técnica en Hemodiálisis		40 hs.		100 %	Espacio asignado sin profesional	Sin espacio asignado Comparte la secretaría para tareas administrativas.
---------------------------	--	--	--	--------	--	-------	----------------------------------	--

Cuadro 1: Corresponde al eje temático relacionado con la estructura del servicio

Del análisis del cuadro 1 surge:

- Semejanzas: Coordinación a cargo de médicos con igual carga horaria y dedicación. Area administrativa con espacios asignados e igual porcentaje de dedicación. Igual carga horaria de psicólogos entrevistados. De los profesionales entrevistados sólo el médico coordinador y la secretaría tienen 100% de dedicación.
- Diferencias: Mayor dedicación de psicología; servicio social cuenta con mayor carga horaria y dedicación en el SATE. Todos los profesionales entrevistados en el SATE cuentan con espacio asignado. Carencia de enfermera.

2. Enfoque terapéutico

ENTRE- VISTADO	ADMISION		PROCEDIMIENTO		TRATAMIENTO	
	SATE	UR	SATE	UR	SATE	UR
<u>JEFE/A DE SERVICIO</u>	El paciente concurre por demanda espontanea o por derivación médica. -"Cualquier profesional del equipo sabe los lineamientos para explicarle al paciente en que consiste el programa".	Determinación médica de insuficiencia renal (sujeta a una ley nacional de diálisis). El médico nefrólogo le informa al paciente que debe comenzar con el tratamiento. Le explica en que consiste el mismo.	Abordaje de los profesionales del servicio: -"evaluación, intervención y re- evaluación, alta o ingreso a otro programa o al mismo por no haber cumplido los objetivos."	Tratamiento médico específico Sin intervención de otras disciplinas. En algunos casos el paciente ingresa a la diálisis repentinamente , sin poder ser abordado por otros profesionales. El nefrólogo lo lleva a conocer la sala de diálisis Luego se le presenta el equipo de enfermería, el psicólogo y la asistente social Los dos últimos intervienen por derivación médica.	Abordaje de todos los profesionales. -"Evaluación, intervención y re-evaluación, para ver si la intervención que hizo tuvo o no efecto". Protocolos elaborados desde el inicio del servicio desde cada disciplina de acuerdo a su especificidad, y "discutidos" en equipo, Revisados en equipo a partir de bibliografía, experiencias y por ".la realidad económica que también nos hizo cambiar el protocolo".	Atención médica al paciente Intervención de enfermería. Derivación realizada por el médico (a partir de la información de enfermería) a servicio social, y a psicología Protocolos elaborados y actualizados por la jefa de enfermería y el jefe del servicio, referidos al procedimiento técnico de la diálisis (paciente - maquina dialisadora). No conoce la existencia de protocolos en psicología y servicio social.

ENTRE-VISTADO	ADMISION		PROCEDIMIENTO		TRATAMIENTO	
	SATE	UR	SATE	UR	SATE	UR
<u>JEFA DE ENFERMERIA</u>		<p>Diagnostico médico de insuficiencia renal.</p> <p>El médico nefrólogo le informa al paciente que debe comenzar con el tratamiento</p>		<p>Intervención médica antes de ingresar a tratamiento.</p> <p>Al comienzo de la diálisis abordaje de enfermería.</p> <p>Explicación al paciente del procedimiento que se le realiza y los cuidados que requiere (Centrado en la técnica del procedimiento de hemodiálisis).</p> <p>Intervención médica por complicaciones.</p> <p>Breve intervención de psicología.</p>		<p>Abordaje de enfermería.</p> <p>Intervención médica por complicaciones.</p> <p>-"Breve aporte" de psicología y servicio social.</p> <p>Intervención de estos últimos en situaciones "puntuales".</p> <p>Protocolo definido por la jefa de enfermería en el inicio del servicio.</p> <p>Elaborados e implementados de acuerdo a leyes y normas nacionales.</p> <p>Modificados de acuerdo a los avances tecnológicos hace dos años por el "equipo" de enfermería.</p> <p>Protocolos referidos al procedimiento técnico de la diálisis (paciente - máquina dialisadora).</p>
<u>PSICOLOGA/ O</u>	<p>Cada programa tiene distintas pautas de evaluación. Al finalizar la misma el profesional correspondiente comunica al paciente al programa que va a concurrir, acorde a la impresión diagnóstica de los profesionales evaluadores</p>	<p>Determinación médica de insuficiencia renal.</p> <p>El médico nefrólogo le informa al paciente que debe comenzar con el tratamiento de hemodiálisis, -"ya sea en los pacientes que son atendidos y tratados en consultorio externo como en aquellos que su ingreso a hemodiálisis debe ser inmediato".</p>	<p>Personas que -"son evaluadas por un grupo de profesionales, de ser necesario se hace una evaluación completa," para definir si el paciente ingresa al tratamiento y de ser así, a que programa va a concurrir.</p>	<p>Previamente al tratamiento interviene el nefrólogo. -"La asistente social, la nutricionista en algunos casos interviene antes, pero no suele ser escuchada, la única figura con peso para el paciente es el médico".</p> <p>Intervención de enfermería, psicología, servicio social y nutricionista al comenzar la diálisis, -"no hay un trabajo previo".</p>	<p>Se trabaja con un abordaje grupal. Por etapas.</p> <p>Trabajo en equipo, se realizan reuniones donde se trabajan las problemáticas de los pacientes.</p> <p>Protocolos elaborados desde el inicio del servicio por el equipo, a partir de "los objetivos de cada disciplina".</p> <p>Revisados desde los objetivos de cada profesional y "discutidos" en equipo.</p>	<p>Intervienen nefrólogos, médicos de otras especialidades, enfermeros que conectan la diálisis, el psicólogo, la asistente social, la nutricionista y la mucama.</p> <p>Psicología no posee un protocolo. No conoce la existencia de protocolos de otros profesionales.</p>

ENTREVISTA	ADMISION		PROCEDIMIENTO		TRATAMIENTO	
	SATE	UR	SATE	UR	SATE	UR
<u>ASISTENTE SOCIAL</u>	<p>El paciente concurre por demanda espontanea o por derivación médica. La secretaria le informa la -"dinámica del servicio y le da los turnos con los profesionales que integran el programa para que el paciente sea evaluado". Los profesionales que intervienen le informan sobre el tratamiento a realizar.</p>	<p>Diagnostico médico de insuficiencia renal. En los pacientes que no poseen cobertura, interviene el trabajador social. (Evaluación económica y social del paciente para el otorgamiento de la prestación efectuada por el Ministerio de salud de la Pcia.). El médico es el que informa al paciente que debe comenzar con el tratamiento.</p>	<p>Evaluación del paciente por los diferentes profesionales de acuerdo al programa. Evaluación física, funcional, psicológica y social, -"con que uno de los integrantes del equipo considere que ese paciente debe incorporarse al tratamiento es suficiente para que se incorpore".</p>	<p>Abordaje médico antes del ingreso del paciente a diálisis. En algunas situaciones interviene la asistente social, va a depender de la derivación del medico. Al comienzo del tratamiento interviene la asistente social (se realiza una entrevista a cada paciente). Con los trasplantados se trabaja a demanda, debido a que la profesional tiene una limitada carga horaria asignada al servicio.</p>	<p>A lo largo del tratamiento intervienen todos los profesionales de cada programa, -"Cada profesional tiene un objetivo que cumplir dentro del programa. La modalidad que se utiliza es el abordaje grupal". -"Cada programa tiene una determinada duración, cuando se cumplen los objetivos se evalúa nuevamente al paciente". Protocolos definidos desde el inicio de los programas por el equipo de salud. Revisión "permanente por los cambios que existen en las prestaciones" y en la institución, por la actualización de conocimientos en el área de la salud y por las modificaciones de los programas.</p>	<p>Entrevistas de servicio social durante el tratamiento. Se interviene en las problemáticas que van surgiendo a lo largo del tratamiento. Intervención de enfermería, mucamas, médicos y secretarías. Psicólogo interviene a demanda en "temas puntuales". Servicio social cuenta con un protocolo a partir del ingreso de la profesional al servicio (hace siete años). Elaborado teniendo en cuenta bibliografía y variables de la patología. Revisado y actualizado en el 2002 debido a las "falencias que presentaban algunas entrevistas".</p>

ENTREVISTADO	ADMISION		PROCEDIMIENTO		TRATAMIENTO	
	SATE	UR	SATE	UR	SATE	UR
<u>SECRETARIA</u>	El paciente concurre por derivación médica. Si el médico no especifica el tratamiento que requiere el paciente, secretaria indaga al paciente y realiza la derivación al profesional que corresponde.	Diagnostico médico de insuficiencia renal crónica. El médico es el que informa al paciente que debe comenzar con el tratamiento de hemodiálisis.	A partir de la derivación médica, secretaria le otorga -"los turnos que corresponda al tratamiento que el paciente tiene que hacer". Evaluación de las distintas disciplinas de acuerdo al tratamiento.	Intervención médica. Secretaria solicita los -"requisitos médicos" para el ingreso del paciente a hemodiálisis. Intervención en algunas ocasiones de la asistente social. Cuando comienza con la diálisis -"es muy poco lo que uno puede observar porque la administración esta dividida de la sala".	Intervención de los distintos profesionales según la etapa del tratamiento (programa). -"Cada tratamiento tiene distintas etapas, la gente va cambiando de actividades a medida que se desarrolla el tratamiento". Protocolos definidos desde el inicio de los programas por el equipo de salud. Revisión "continua" realizada por el equipo a partir de la actualización de conocimientos en el área de la salud.	Intervención "esporádica" de la asistente social y del psicólogo, -"no es una cosa continua". Protocolos elaborados e implementados por el servicio de acuerdo a una ley de diálisis. Revisión realizada por la jefa de enfermería. Desconoce última revisión.

Cuadro 2: Corresponde al eje temático relacionado con el enfoque terapéutico.

De los datos presentados se deduce lo siguiente:

En SATE el proceso de atención (admisión - procedimiento - tratamiento) responde a un modelo de abordaje totalizador, mientras que en Unidad Renal se observa un modelo de abordaje médico - biologista -.

Categoría Admisión: en SATE el paciente concurre por derivación médica o por demanda espontanea.

Los diferentes profesionales que integran el programa (tratamiento) evalúan e informan al paciente sobre el tratamiento que debe realizar, es decir, que se observa la intervención de las diferentes disciplinas.

El trabajo asignado a la secretaria es considerado relevante en esta etapa.

"La secretaria tiene la llave de entrada para hacer una buena orientación al paciente. Un error de la secretaria es una mala utilización de la hora del profesional" (asistente social).

A diferencia de SATE, en Unidad Renal se visualiza un abordaje médico, el ingreso del paciente al tratamiento de hemodiálisis está determinado por el diagnóstico médico.

También, es el médico quien le informa al paciente que debe comenzar con dicho tratamiento. No existe participación de otras disciplinas, el trabajador social interviene en los casos en que se solicita un informe social, con el objetivo de que el paciente obtenga la prestación para que pueda comenzar con su tratamiento.

Categoría procedimiento: en SATE al igual que en la admisión se observa la inserción de las diferentes disciplinas, se valora el conocimiento específico y el aporte de cada una de ellas. Los profesionales que integran el programa evalúan el ingreso del paciente.

-"Se le hace una evaluación física, funcional, psicológica y social, con que uno de los integrantes del equipo considere que ese paciente debe incorporarse al tratamiento es suficiente para que se incorpore. Una vez que se incorporo al tratamiento cada profesional tiene un objetivo que cumplir dentro del programa" (asistente social).

En Unidad Renal el *procedimiento* se realiza desde el enfoque médico, es decir, se tiene en cuenta los aspectos biológicos - funcionales del paciente, teniendo el médico el rol exclusivo en la intervención.

-"....cuando va perdiendo la función de sus riñones, se lo empieza a preparar para el tratamiento, debe ser cuatro o cinco meses antes...." (médico).(ver anexo)

-"...el paciente hace un año o dos que se está haciendo atender por consultorio externo, no conoces al insuficiente renal crónico con anterioridad, lo conoces cuando ingresa" (secretaria).

El médico y la enfermera expresan lo "traumático" que es para el paciente el ingreso a la diálisis, y la importancia de que participe la asistente social y el psicólogo. A pesar del reconocimiento de la importancia de que intervengan estos profesionales, en la práctica no se les da un espacio.

"...hay un déficit, en el hecho entre que lo ve el médico e ingresa, el paciente se lo ve que no está preparado para el tratamiento y sus primeras sesiones de diálisis son bastantes traumáticas" (enfermera).

"...una vez una paciente se me puso a llorar en la puerta del consultorio, yo no podía decírselo" (médico). (ver anexo)

"...contar con una asistente social permite prevenir ciertas complicaciones que surjan: coberturas, traslados..." (enfermera).

"...lo ideal sería que entre de la mano del médico, de la asistente social y del psicólogo"(médico).(ver anexo)

"Pienso que a veces no se visualizan los aspectos sociales, cuando uno habla con el médico que es el que decide sobre la incorporación del paciente al tratamiento y habla sobre la importancia de que el paciente conozca el lugar, que antes que ingrese trabajemos los aspectos sociales, la red, la continencia que tiene, los miedos, el médico acuerda que es importante y que se va a realizar ese procedimiento pero llegado el momento no se hace...."(asistente social).

En el ingreso del paciente a diálisis interviene enfermería, y se observa la presencia de psicología y servicio social por derivación, debido al "breve tiempo" que tienen asignado al servicio.

"...digamos en este servicio la palabra de enfermería está muy jerarquizada..., es una versión muy autorizada de lo que está pasando".(médico).(ver anexo)

-"...podes observar que la enfermera brinda contención al paciente, le quita las dudas en cuanto al tratamiento(secretaria).

-"...se lo conecta con la asistente social...todos están necesitados de asistencia social..se lo pido de manera informal...el psicólogo interviene por pedido puntual al igual que la asistente social "(médico). (ver anexo)

-"...el psicólogo viene contadas veces y tiempos muy breves"(enfermera).

A diferencia de lo expuesto anteriormente, la asistente social y el psicólogo no consideran que la finalidad de la intervención esté centrada únicamente en la demanda, es decir en el "pedido puntual". Surge de esta manera una dificultad en la comunicación, el médico y la enfermera no están informados del procedimiento que realiza el asistente social y el psicólogo cuando el paciente ingresa a tratamiento.

"...cada paciente que ingresa al servicio se le hace una entrevista donde evalúa los cambios se realizan en la vida cotidiana del paciente a partir de su ingreso a la diálisis, también se evalúa el nivel de comprensión con respecto a sus tratamiento, la información que tiene, la relación que tiene con el equipo de salud, la actitud que tiene frente al tratamiento y la red personal que el paciente tiene para el sostenimiento del mismo.....Si de ahí surge que existe una problemática en cualquiera de las áreas evaluadas se interviene.(asistente social)".

Categoría tratamiento: durante el tratamiento en SATE intervienen los diferentes profesionales, realizan una re-evaluación al finalizar el tratamiento.

-"Van interviniendo todos los profesionales" (médica). (ver anexo)

Se visualiza un trabajo en equipo.

- "En las reuniones de equipo se trabajan los pacientes-problemas. Por ejemplo, vemos que a tal paciente hay que re-evaluarlo o si hay una situación de maltrato le digo al paciente que hable con la Lic. Alvarez, hablo con la Lic. para informarle" (psicóloga).

- "...muchas veces en reunión de equipo se dice tal paciente que fue evaluado tal día, hoy se notan cambios que nos parecen que no corresponden a los evaluados y se re-evalúa..." (médica). (ver anexo)

El paciente es considerado un sujeto activo en el proceso de tratamiento.

- "...la evaluación es cuanti- cualitativa porque juega mucho la percepción que tiene el paciente sobre el tratamiento..." (asistente social).

Los procedimientos que se desarrollan están sujetos a protocolos establecidos. Los protocolos fueron elaborados, implementados y revisados por "el equipo de salud", de acuerdo a los objetivos de cada disciplina.

- "...del primer día tuvimos un protocolo. Los definió cada profesional, en la parte médica uno dice cuales son los factores de riesgo como por ejemplo de un caedor, tengo que, antecedentes, examen físico actual, etc., la asistente social que estoy buscando, aislamiento, soledad. En general todo se hace en las reuniones de equipo.... lo discutimos en equipo, yo diría que todos los cambios se hacen en equipo en el servicio" (médico). (ver anexo)

- "Todas los programas están sujetas a protocolos establecidos....se van actualizando continuamente...son revisados por los profesionales del equipo" (secretaria).

En Unidad Renal se observa la presencia de varias disciplinas, abordaje de enfermería y una participación de psicología y servicio social por problemas puntuales a partir de la derivación del médico y de la enfermera.

- "...de lo que nos llega de enfermería sabemos las necesidades del paciente..."(médico). (ver anexo).

- "...en este servicio la palabra de enfermería está muy jerarquizada..."(médico). (ver anexo).

- "...al paciente no le llega la jubilación o tiene el hijo enfermo..."(médico). (ver anexo)

- "...breve aporte" de psicología y servicio social (enfermera).

Se observa que la asistente social y el psicólogo no consideran que su intervención esté acotada al "pedido puntual".

- "lo que se busca, desde los integrantes del servicio en el tratamiento es que el paciente tenga una mejor calidad de vida....lo que hay que trabajar es poder buscarle un sentido..... En realidad lo que uno tiene que buscar y pensar con el paciente que su vida no es solamente un riñón enfermo"(psicólogo).

- "yo trabajo con lo que es historia de vida, esta historia de vida se va ampliando a lo largo del tratamiento, me da la posibilidad de evaluar el poder de adaptabilidad del paciente a lo largo de su historia, en las diferentes crisis vitales, sus objetivos que sostuvo a lo largo de su vida, me da mucho elementos para trabajar después sobre el potencial que el paciente tiene y a re-significar las debilidades que el paciente trae"(asistente social).

A diferencia de SATE, Unidad Renal cuenta con protocolos elaborados y actualizados por la jefa de enfermería y el jefe del servicio. Visión centrada en el procedimiento técnico de la diálisis (paciente - maquina dializadora). Servicio social tiene un protocolo establecido a partir del cual realiza su intervención, el cual es desconocido por todos los integrantes del equipo.

- "Yo creo que todo lo relacionado a lo social es mucho mas improtocolizable, no es lo mismo hacer una norma de cómo colocar una aguja

que como ubicar a un nene cuya madre tiene que acompañar a su otro hijito a la diálisis, creo que no son factibles de ser hechos"(médico). (ver anexo)

- "Al ser enfermería quien realiza exclusivamente el tratamiento es quien va visualizando mas las actividades que se van dejando de lado, que se van reemplazando...La ley de diálisis habla de médicos y enfermeros, auxiliares y técnicos...porque la parte de atención directa de pacientes, quienes realizan el procedimiento son ellos"(enfermera).

3. Trabajo en equipo

ENTREVISTADO	EQUIPO -integrantes-		ACTIVIDADES		REUNIONES DE EQUIPO	
	SATE	U.R	SATE	U.R	SATE	U.R
<u>JEFE/A DE SERVICIO</u>	Médicos, asistente social, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, las secretarías, profesor de educación física, mucamas fonaudióloga, nutricionista, los médicos de distintas especialidades como geriatría, clínica, neurología, psiquiatría.	Médicos, enfermeras, psicólogo, asistente social, mucamas y secretarías	Los profesionales del servicio evalúan, intervienen y re-evalúan a los pacientes. Se realizan reuniones de equipo integradas por el equipo del servicio, y reuniones periódicas para evaluar los programas que se desarrollan. Participan los profesionales que integran cada programa.	Destaca la labor de las secretarías, encargadas de las tareas administrativas, ya sean actividades intrahospitalarias o extrahospitalarias. Los enfermeros son encargados de dializar a los pacientes, la jefa de enfermería a cargo del personal de enfermería y mucamas. Visualiza el rol del psicólogo y de la asistente social, "como el otro costado importante del sistema".	Reuniones de todo el equipo (una vez por semana) y reuniones de los profesionales que integran los diferentes programas (una vez por mes). Las considera como un espacio importante y relevante para el equipo. "Unificamos lo que se le va a decir a otro y tenemos un idioma en común no puesto por un orden sino por un consenso de equipo".	No se realizan reuniones periódicas. Dificultad para reunirse "porque el personal de enfermería, cambia a mitad de turno, dentro del horario laboral no me queda franja horaria para reunirme con todos". Reuniones integradas por los médicos y por la jefa de enfermería, referidas al funcionamiento del servicio. Por los pacientes no considera necesario reunirse debido a la permanente comunicación que tiene con los demás médicos.

ENTREVISTADO	EQUIPO -integrantes-		ACTIVIDADES		REUNIONES DE EQUIPO	
	SATE	U.R	SATE	U.R	SATE	U.R
<u>JEFA DE ENFERMERÍA</u>		Médicos, -"el Dr. Introzzi, es el responsable del servicio y una jefa de enfermería que soy yo. Luego los restantes médicos, el Dr. Rubio, el Dr. Viva y la Dra. Vinokur conforman el equipo médico". Enfermeros y mucamas. -"Contamos con el aporte, con un breve tiempo, de un psicólogo, una nutricionista y una asistente social".		Concepto de equipo referido al personal de enfermería. Enfermeros llevan a cabo actividades asistenciales y docentes con el paciente, - "ellos están todo el día con el paciente", y tareas administrativas, "registros, informes". Plantea la necesidad de realizar trabajos investigativos.		No se realizan reuniones periódicas. Dificultad para reunirse, Reuniones integradas por la jefa de enfermería y enfermeros y en algunas ocasiones por el jefe del servicio. Las reuniones se realizan por "temas puntuales", referidas a la "organización" del servicio, a las actividades de los profesionales de enfermería o por los pacientes.
<u>PSICOLOGA/O</u>	Médica (jefa de servicio), psicólogas, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, profesoras de educación física y asistente social. -"Es un equipo interdisciplinario".	Nefrólogos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogo, psiquiatra, secretarias y mucamas.	Intervienen los diferentes profesionales. Se trabaja con un abordaje grupal. -"Los pacientes un día tienen actividad física, luego psicología, a veces kinesiología, etc., todo está pautado y reglamentado". -"Trabajamos en equipo interdisciplinario".	Explicación sintética de las actividades. - "El enfermero conecta al paciente y lo desconecta de la diálisis, la asistente social aborda toda la problemática social del paciente". Y el psicólogo - "entrevistas con los pacientes o familiares y tratamiento de psicoterapia".	Reuniones una vez por semana Participan los integrantes del equipo, incluye a las secretarias. Se tratan los pacientes-problemas y "cuestiones" que plantean los profesionales.	No se realizan reuniones periódicas. Dificultad para reunirse, Reuniones integradas -" por ejemplo, por la asistente social, el médico de diálisis peritoneal y la enfermera de diálisis peritoneal. Se trabaja en conjunto el abordaje que se va a realizar con el paciente y su familia".

ENTREVISTADO	EQUIPO -integrantes-		ACTIVIDADES		REUNIONES DE EQUIPO	
	SATE	U.R	SATE	U.R	SATE	U.R
<u>ASISTENTE</u> <u>SOCIAL</u>	Psicólogas, médicos, secretarias, mucama, kinesiólogos, terapeuta ocupacional, asistente social, nutricionista, los residentes de neurología, neurólogo, psiquiatra y profesores de educación física.	Psicólogo, enfermeros, médicos nefrólogos, secretarias, asistente social y mucamas.	Intervención de los profesionales del servicio a través de programas (abordaje grupal). El paciente es evaluado por los profesionales del equipo, para ingresar a un programa específico. En los casos que el médico derivante no específica problemática o el paciente concurre por demanda espontánea, el médico le realiza una "evaluación gerontológica multidimensional", donde establece el programa que a concurrir. Luego la secretaria le otorga los turnos con los profesionales que integran el programa para su evaluación y posterior tratamiento.	El médico asiste al paciente cuando surge alguna dificultad orgánica durante la diálisis, los enfermeros realizan la diálisis y atienden al paciente durante el tratamiento, el psicólogo y la asistente social trabajan por demanda del paciente o por derivación, las secretarias realizan tareas administrativas. Considera a las mucamas con "un rol importante, son informantes claves".	Reuniones de equipo una vez por semana. Participan todos los integrantes del servicio. Se tratan los pacientes-problemas y cuestiones que plantean los profesionales. Además reuniones de los integrantes de cada programa cada dos o tres meses.	No se realizan reuniones de equipo porque los enfermeros y los médicos poseen diferentes horarios y esto implica que no se encuentran todos en un horario determinado.

ENTREVISTADO	EQUIPO -integrantes-		ACTIVIDADES		REUNIONES DE EQUIPO	
	SATE	U.R	SATE	U.R	SATE	U.R
<u>SECRETARIA</u>	Médicos, psicólogas, terapeuta ocupacional, asistente social, kinesiólogos, secretarias y mucamas.	Médicos y residente, enfermeros, mucamas, secretarias, asistente social y psicólogo.	Los profesionales evalúan a los pacientes, atienden en consultorio y trabajan con un abordaje grupal.	El médico atiende al paciente en consultorio externo y realiza el "seguimiento" de la insuficiencia renal crónica (en diálisis), enfermería dializa a los pacientes y mucamas son las encargadas de la limpieza y de la comida del paciente. Manifiesta la intervención de servicio social y psicología, asociada a la obtención de coberturas, subsidios. Secretaria realiza tareas administrativas y atiende al paciente.	Reuniones una vez por semana. Participan todos los integrantes del equipo. Se trabajan los pacientes-problemas y temas referidos a la dinámica del servicio.	Reuniones integradas por la jefa de enfermería y el jefe del servicio. Se tratan problemas entre los enfermeros y los pacientes o entre los enfermeros. Además se llevan a cabo reuniones por problemas administrativos integradas por las secretarias y el jefe del servicio. No hay periodicidad, ni continuidad en las mismas.

Cuadro 3: corresponde al eje temático relacionado con el trabajo en equipo

De acuerdo a los datos presentados en el cuadro N 3 surge:

Categoría equipo - integrantes -: se visualiza que en ambos servicios, el equipo está integrado por profesionales de diferentes disciplinas y por no profesionales como mucamas y secretarias. La jefa de enfermería de Unidad Renal considera al equipo, conformado por médicos, enfermeros y otros profesionales (equipo tripartito). Se observa un abordaje médico - dos ejes medicina y enfermería -, una coordinación bipartita medico- enfermera; y un acompañamiento de otras disciplinas que no llegan a configurar otro eje debido al "breve tiempo" que permanecen en el servicio.

-Como coordinador Dr. Introzzi, es el responsable del servicio y una jefa de enfermería que soy yo. Luego los restantes médicos... conforman el equipo médico, y en lo que respecta a enfermería, la jefa de la unidad, once enfermeros y cuatro mucamas. Por otro lado contamos con el aporte, con un

breve tiempo, de un psicólogo, una nutricionista y una asistente social"(enfermera).

Categoría actividades: en SATE aparece el concepto de equipo y el abordaje de todos los integrantes del servicio. Se detallan las actividades realizadas por "el equipo" y no la actividad específica de cada profesional.

-"Todo el equipo.....tienen una parte de su horario dedicado a evaluar al paciente.....Cada profesional evalúa al ingreso, interviene y re - evalúa"(médica). (ver anexo)

-"Para que el paciente ingrese a un programa debe ser evaluado, parte del equipo de salud evalúa a los pacientes"(asistente social).

Las actividades que se desarrollan en el servicio se encuentran sistematizadas por los integrantes del mismo.

-"los pacientes un día tienen actividad física, luego psicología, a veces kinesiología, etc, todo está pautado y reglamentado"(psicóloga).

-"La médica de acuerdo a la evaluación gerontológica multidimensional que le hace al paciente, fue elaborada por todos los integrantes del servicio"(asistente social).

En Unidad Renal las actividades realizadas fueron descriptas a partir de cada disciplina particular, desde la tarea específica que desarrolla cada integrante del equipo. A pesar de que cada uno de ellos realiza un trabajo determinado y específico, no surge el concepto de "equipo", relacionado al tratamiento llevado a cabo de manera integral. (En el caso de enfermería "el equipo" lo integran el personal de enfermería).

No aparece la necesidad de trabajar en equipo, el mismo está conformado por la presencia de varias disciplinas y no para el abordaje.

Abordaje de la medicina (médico y enfermería) y una participación de servicio social y psicología. Se otorga importancia al rol que cumple la secretaria dentro del servicio, soporte fundamental del médico.

"....con la jefa de enfermería, en conjunto ponemos las normas del servicio, para que el servicio sea mas o menos homogéneo.....El psicólogo y la asistente social son el otro costado importante del sistema"(médico). (ver anexo)

"Si no estuvieran ellas(secretarias)..., dos personas ordenadas que llevan las cuentas, llevan las facturaciones, yo tendría el caos.... ellas son parte de la administración del hospital y la comunicación hacia el exterior"(médico).(ver anexo)

"....cooperar con el médico" en la solicitud de análisis y requerimientos de las diferentes coberturas"(secretaria).

Se puede destacar que psicología y servicio social trabajan a demanda debido al "breve tiempo" que tienen asignado al servicio. La secretaria considera que la tarea de la asistente social y del psicólogo está centrada en cumplimentar con requisitos relacionados con el ingreso del paciente al tratamiento.

"Desde lo administrativo, nosotros solicitamos la intervención de la asistente social y del psicólogo, ya sea para un pre- trasplante renal o un trasplante renal, o un ingreso a diálisis, bajo la cobertura del ministerio, ya que este nos exige la intervención de la asistente social y la del psicólogo, para evaluar si el paciente puede ingresar a diálisis(secretaria).

Categoría reuniones de equipo: en SATE se realizan reuniones periódicas, participan todos los integrantes del equipo. Las reuniones significan un espacio fundamental, donde cada persona realiza su aporte, teniendo en cuenta el punto de vista de los demás, trabajo en conjunto y compartido.

- "... se trabajan las problemáticas internas que tienen todos los seres humanos, la relación médico paciente, profesional - paciente, profesional - profesional, profesional institución"(médica).(ver anexo)

- "...cualquier tipo de inconveniente, pregunta, consulta crítica, vacaciones, enojo"(psicóloga).

- "...presentamos los pacientes problemas para definir un criterio unificado en cuanto al abordaje o si algunos de los profesionales está teniendo dificultades con el abordaje de un grupo y cuestiones generales con la dinámica del servicio o problemas internos del funcionamiento del equipo. (asistente social)."

- "Pacientes problemáticos... la opinión de todos los integrantes del equipo y temas del servicio, horarios"(secretaria).

En Unidad Renal no se realizan *reuniones de equipo*. Las que se llevan a cabo se efectúan cuando surge alguna problemática referida a la dinámica del servicio, son integradas por los médicos y la jefa de enfermería y en algunas ocasiones por los enfermeros.

- "...lo que hago es reunirme con la jefa de enfermería y con los médicos, tres o cuatro personas, hablamos, nos ponemos de acuerdo"(médico).(ver anexo)

- "Nos está costando mucho reunirnos". este es un servicio demasiado complejo, muy difícil"(enfermera).

- "...el servicio está desbordado de trabajo"(psicólogo).

- "Nos reunimos depende de la necesidad, no tenemos una fecha estimativa, las reuniones con un fin en si mismas son improductivas, hay que reunirse cuando hace falta.....Por colocación de las agujas, por condiciones de

las fístulas, por necesidades horarias, por las maquinas, por la facturación"(médico). (ver anexo)

-"...los enfermeros con el jefe del servicio y la jefa de enfermería, si hay algún conflicto entre enfermería y los pacientes o entre los mismos enfermeros....por la nueva utilización de otros métodos, conflictos de horarios, malas técnicas en la utilización de las fístulas..."(secretaria).

Se realizan reuniones no programadas, surgidas espontáneamente entre algunos de los integrantes del servicio.

-"Las comunicaciones son informales, en los pasillos"(asistente social).

" Reuniones no con todo el plantel. Por ejemplo con la asistente social o con el médico de la diálisis peritoneal, con la enfermera de diálisis peritoneal, a partir de un caso clínico algunos profesionales se convocan sin un horario establecido"(psicólogo).

-"Por los pacientes lo comentamos como este es un servicio cerrado, es como una reunión permanente, yo se lo que le pasa a los enfermos de Rubio(médico) y Rubio a los míos"(médico). (ver anexo)

-"...si hay algún problema administrativo nos reunimos las dos secretarias con el jefe del servicio"(médico). (ver anexo)

4. Concepción del rol profesional

ENTREVISTADO	DERIVACIONES -a Servicio Social-	
	SATE	U.R
<u>JEFE/A DE SERVICIO</u>	Otorga importancia al rol de servicio social y psicología. Necesidad de trabajar en conjunto, "en permanente co-equiper". Mirada de los aspectos sociales del paciente (no solamente biológico-funcional).	Derivación a servicio social realizada por el médico y por los enfermeros. También el paciente es el que consulta a la asistente social. Visualiza el rol del trabajador social acotado a la adecuación de recursos (pase de colectivo, bolsa de alimentos). Aparece registro de la complejidad de la problemática social en los pacientes (perdida de la actividad laboral, del rol de jefe la familia). Intervención médica en problemática familiar, como por ejemplo en los casos en que el donante del riñón es un familiar. Posterior derivación a psicología y servicio social. No hay un trabajo en conjunto.
<u>JEFA DE ENFERMERIA</u>		Consultas "cuando hay temas agudos con los pacientes, por ejemplo que el paciente no pueda vivir mas en su domicilio o que tenga que ser derivado a otro lugar para que tenga mejor control y cuidado". Derivación realizada a servicio social por el médico en internación y por enfermería en la sala de diálisis.
<u>PSICOLOGA/O</u>	Consulta permanente a servicio social, referidas a "situaciones conflictivas que tengan que ver con su familia, con las redes, problemas de aislamiento o pacientes muy comprometidos que viven solos o que tiene hijos que no están en la ciudad o que no se hacen cargo, maltrato físico, psicológico... en casos con comienzo de demencia".	Realiza derivaciones a servicio social. "Como por ejemplo, cuando veo que hay cosas que a mi no me terminan de cerrar que están pasando en la casa".
<u>ASISTENTE SOCIAL</u>	En "situaciones de violencia", pacientes que poseen "trastorno de la memoria y observan que es un paciente que viene solo o que viene desprolijo, cada vez mas sucio o porque está con llanto fácil".	Las derivaciones la realizan los médicos, enfermeros y secretarias. El jefe del servicio deriva cuando "faltan recursos" económicos - institucionales. Otro de los médico consulta cuando existen problemáticas socio - familiares del paciente o no cumple con el tratamiento. Y el otro no le realiza derivaciones. Los médicos visualizan el rol del trabajador social acotado a la gestión de recursos. Esto se debe, según expresa, a la dificultad en la comunicación entre la asistente social y los integrantes del servicio
<u>SECRETARIA</u>	Paciente "con un trastorno de memoria severo que vive solo. También se derivan por dificultades económicas, con carencias de distintos tipos".	Las derivaciones a servicio social se realizan por "temas puntuales". Esto se debe al breve tiempo que tiene asignado el asistente social al servicio de nefrología. Expresa no saber en que casos particulares se le consulta a la asistente social.

Cuadro N 4: corresponde al eje temático relacionado con la concepción del rol profesional.

De acuerdo al cuadro N 4 se deduce lo siguiente:

Categoría derivaciones - a servicio social -: los integrantes de ambos servicios conocen los problemas sociales que presenta el paciente, y el impacto que provocan estos en la situación de enfermedad.

A pesar de lo expuesto, la concepción del rol del trabajador social (inserción - intervención) es diferente en cada servicio, en SATE las derivaciones se realizan por diversos motivos, la intervención del trabajador social está centrada en la persona y su problemática, ya sea económica, física, mental, emocional y social.

Se visualiza que la asistente social cumple diferentes roles: asesor, gestor, consultor, consejero y orientador.

El profesional asesora a las personas para que busquen alternativas que permitan satisfacer sus necesidades básicas, y las ayuda en la obtención de recursos de acuerdo a sus necesidades, como así también, su intervención se centra en orientar para promover una organización familiar continente, que posibilite a la persona y su grupo familiar el afrontamiento de la situación de enfermedad; y la re-significación de su situación vital.

- "...situaciones conflictivas que tengan que ver con su familia, con las redes, problemas de aislamiento o pacientes muy comprometidos que viven solos o que tiene hijos que no están en la ciudad o que no se hacen cargo, maltrato físico, psicológico... en casos con comienzo de demencia" (psicóloga).

- "...las asistentes sociales las que puedan estar en ese pensamiento y ver antes que..., porque cuando la red ya está rota, armar es mas difícil" (médica). (ver anexo)

Resulta interesante destacar, a partir de las actividades expresadas por la asistente social, diferentes roles que desempeña dentro del servicio: Rol de investigador, rol de planificador, rol de ejecutor de programas, proyectos y actividades y rol de evaluador.

- "Tengo el diseño, coordinación y evaluación de programas.... Yo tengo tres áreas de intervención, uno es destinada a gestión, otra destinada a consultorio y otra a coordinación o intervención de los programas. En la que es gestión trabajo la planificación no solo de lo que sería la intervención del trabajo social, si no la planificación en lo que yo observo en la demanda de los pacientes y que puedan servir para elaborar un programa. Si surge un programa, generalmente la encargada del diseño del programa soy yo, es la gestión. es decir de las demandas que sale del SATE, de los pacientes que uno evalúa o ve o por ahí alguien fue observando un numero importante de Pakirson, y a uno se le ocurre que podemos a hacer para el paciente con pakirson. Hago todo lo que es proyección comunitaria, la articulación del SATE con la comunidad y la evaluación del los programas...." (asistente social).

En Unidad Renal el trabajador social es consultado por "problemas agudos". Esto tiene relación con el "breve tiempo" que tiene asignado el asistente social al servicio de nefrología y con la característica de la demanda (ver pag. N° 59).

Concepción del rol del trabajador social acotado a la adecuación de recursos económicos - institucionales (subsidios, traslados, coberturas). Rol de asesor y gestor (o intermediario) de recursos.

- "... desconozco las soluciones que ustedes manejan para darle las soluciones a la gente, conseguirle a una persona el pase de colectivo, conseguirle la bolsa de alimentos, yo eso no lo se hacer" (médico). (ver anexo)

- "... cuando hay temas agudos con los pacientes, por ejemplo que el paciente no pueda vivir mas en su domicilio o que tenga que ser derivado" Se lo llama para que intervenga en temas puntuales" (enfermera).

Se puede observar un modelo paternalista en la relación médico - paciente. Dada las características del tratamiento de diálisis, los pacientes concurren periódicamente al servicio y permanecen gran cantidad de horas en tratamiento (población cautiva). Es por esto, que se establece una relación

estrecha entre el paciente y el médico, donde este último es quien define el procedimiento clínico que considera adecuado y necesario para el paciente.

Asimismo surgen diferentes situaciones en las que el médico trabaja desde la intradisciplina, no demandando la intervención de otros profesionales, donde la participación de la asistente social y de otras disciplinas serían relevantes para el tratamiento. Quizás a este tipo de abordaje esté asociado a una dificultad en la comunicación interprofesional, donde la asistente social deba emplear técnicas y herramientas con el objetivo de modificar las líneas duras institucionales, y de esta manera contribuir al desarrollo del trabajo en equipo. El tener una buena comunicación interprofesional influye positivamente en la salud del paciente y permite un adecuado tratamiento.

-"Están las otras familias que uno ve que un familiar puede y quiere porque tiene una obligación social de donar el riñón; pero es el único sostén, la esposa que le dice que pasa si a vos te pasa algo yo me quedo con los cuatro chicos, la cuñada está peleada con la nuera, la suegra dice que el riñón se lo de el hermano, se hace toda un galleta infernal.

Lo primero que hacemos es reunión con la familia sin el receptor, sino se quedan sin el riñón y sin la familia. Le explico a la familia cual es la situación del familiar que tienen enfermo, le explico la situación de la donación, les digo cada uno siente si quiere o no quiere donar..... y que si nadie no quiere donar le diremos al paciente que no pueden donar, los mando a pensar y los vuelvo a citar y cuando vuelven me plantean quienes quieren ser donantes.... y de los que quieran se les pide el grupo sanguíneo, de ahí se descartan y los que quedan se empieza a trabajar con ellos y ahí si es importante la evaluación psicológica porque tenemos que ver que la donación sea una verdadera donación, sincera, y no sea una obligación. Muchas veces le dicen mira vos tenés que donar el órgano porque sos el único soltero o porque vos sos el único que le podés donar porque sos el borracho, uno trata de parar eso, cuando yo puedo advertirlo hablo con Pablo, le explico para que el intervenga"(médico). (ver anexo)

- "...cuando uno habla con el médico que es el que decide sobre la incorporación del paciente al tratamiento y habla sobre la necesidad de darle todo un panorama al paciente, que antes que ingrese valoremos los aspectos sociales, la red, la continencia que tiene, los miedos, el médico acorda que es importante y que se va a realizar ese procedimiento pero llegado el momento nos encontramos que no se puede, yo no se si no se puede porque no hay interés o porque a veces es rápida el ingreso del paciente que no se puede cumplimentar"(asistente social).

-"Depende de los médicos, el Dr. Introzzi me deriva siempre cuando faltan recursos, para el vengo a ser una gestionada de recursos, yo me tendría que plantear que dije para que me cambiara la imagen, creo que hice un montón, a lo mejor no lo doy a conocer o no lo hablo con él. Posiblemente sea todo un tema de comunicación interna que no hay en el servicio. Con el Dr. Viva es distinto me plantea cuando el paciente no cumple con el tratamiento, cuando ve que la familia está agotada, observa otras variables sociales que hacen al bienestar del paciente y con él Dr. Rubio si bien yo veo los pacientes de él y cuando he necesitado información o pedir algún dato, él responde, presenta buena predisposición..."(asistente social).

CONCLUSIONES

Conclusiones

A partir de analizar la estructura organizacional de dos áreas (Unidad Renal y SATE) se puede considerar que, si bien ambos servicios responden a principios básicos de la organización en la cual se insertan, como por ejemplo, sostienen una jerarquía verticalista, el jefe de servicio es de profesión médica; son los aspectos fundantes de ambos servicios los que determinan las características del paradigma que cada uno sostiene.

Cada uno de ellos tiene instituida una cultura organizacional, es decir, maneras de pensar, de hacer, de relacionarse, hábitos y costumbres que van a influir en el esquema terapéutico del equipo de salud, como así también, en la modalidad de intervención del trabajador social.

La estructura organizacional de Unidad Renal responde al modelo biólogo, de esta manera se constata el hecho tradicional de la preeminencia profesional del médico en relación con los otros profesionales, definiendo el abordaje que brinda el equipo de salud al paciente. Se puede considerar al equipo de salud como un equipo multidisciplinario, donde si bien participan diferentes disciplinas en el tratamiento del paciente, el trabajo que se lleva a cabo aparece enmarcado dentro del área de la medicina, por encima de las demás disciplinas. En cuanto al sujeto, no hace referencia al rol que se le asigna, por lo tanto cada profesional lo ubica de acuerdo a su propia ideología.

SATE se caracteriza por un modelo integrador, su estructura organizacional presenta una mayor plasticidad. Las diferentes disciplinas conjugan criterios integradores en las temáticas que se abordan. Cabría reflexionar sobre el espacio asignado al SATE, dentro de la institución global, al no cubrir el cargo de enfermera tan representativo en las diferentes intervenciones y en especial en la promoción de la salud.

El equipo de salud de SATE logra una interdependencia disciplinaria en el abordaje del paciente. Se lo considera como un equipo interdisciplinario.

De los propósitos fundantes se desprende que, en Unidad Renal parecería sustentarse la intervención en la búsqueda de la excelencia a través de la capacitación profesional, mientras en SATE se observa que se pone

énfasis en la educación del sujeto a partir de sus necesidades, donde la institución ofrece un espacio formal para el acceso a este derecho.

A lo expuesto anteriormente se lo puede relacionar con la función que tiene cada servicio.

Es decir, SATE está destinado a la promoción de la salud de las personas mayores a través de diferentes programas, abordando los tres niveles de prevención (primario, secundario y terciario), mientras que Unidad Renal posee una función asistencial (fundamentalmente realiza prevención terciaria).

En lo referente al paternalismo médico, quizás este asociado que el tratamiento de una patología crónica como es la insuficiencia renal, en la mayoría de los casos terminal, requiere fundamentalmente desde la representación social de la figura del médico y de la enfermera.

Puede afirmarse que el nivel de inserción del trabajador social es diferente en cada servicio, en Unidad Renal el trabajador social tiene una reducida carga horaria asignada, la intervención en la mayoría de los casos se realiza por demanda de los pacientes o derivación de los profesionales, mientras que en SATE la profesional realiza una multiplicidad de actividades (diseño, coordinación y evaluación de programas e intervención en los tres niveles de abordaje: individual, grupal y comunitario).

Resulta importante destacar que mas allá de estas diferencias, el tratamiento social considera al paciente como un sujeto activo en el proceso de salud - enfermedad.

El abordaje profesional va a tener el mismo objetivo en ambos servicios: asistir al paciente y su familia en los emergentes sociales que plantea la situación de enfermedad, tratando de lograr un bienestar en su calidad de vida.

A modo de conclusión final, cabe destacar la existencia de dificultades en los canales de la comunicación entre los integrantes del equipo de Unidad Renal. Entre ella puede citarse el desconocimiento que algunos profesionales manifiestan acerca de los protocolos que definen los procedimientos de otros profesionales, o que el psicólogo y la asistente social solo logren trabajar integradamente con aquellos profesionales (médico y enfermera de diálisis peritoneal) que tienen en cuenta los aspectos psicológicos y sociales en el tratamiento del paciente.

Si se acepta que el modelo biologista - paternalista instaurado en el servicio dificulta la comunicación entre los integrantes impidiendo la realización de un trabajo en equipo y la no consideración de la intervención del trabajador social en la patología crónica, cabría reflexionar sobre cuales serían los canales viables de comunicación para romper con lo instituido en el servicio y de esta manera poder lograr un trabajo integrado e integral que permita el corrimiento del abordaje biologista centrado en el funcionamiento orgánico de "la insuficiencia renal crónica" a un abordaje de la situación biopsicosocial y sus múltiples determinaciones, dicho de otra manera el tratamiento simultaneo del eje médico y psicosocial.

Desde una perspectiva histórica, crítica y dialéctica no se puede finalizar el trabajo sin considerar cual es la responsabilidad que como colectivo profesional nos cabe. En este sentido surgen como interrogantes:

- ¿qué aspectos teóricos, metodológicos, operativos, valorativos, actitudinales y de procedimientos están involucrados en esta posición subalternizada que asume la profesión?

- ¿cuál es el lugar de la academia y el gremio en esta elucidación?

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- Abraham, S y colaboradores, "Atención de la Salud". Tomo II. Ed. El Ateneo, 1990.
- Abravanel, Allaire, Firsirotu, Hobbs, Poupart, Simard, "Cultura Organizacional". Ed. Legis, Bogotá, Colombia, 1992.
- Alvarez, A. Y Reynoso, D., "Médicos e Instituciones de Salud". Ed. H.I.S.A, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.
- Ander - Egg, E., "Diccionario del Trabajo Social". Ed. Lumen, 1995.
- Ander - Egg, E. y Aguilar, M. J., "Administración de Programas de acción Social". Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1990.
- Beaver, M., "La práctica clínica del Trabajo Social con las personas mayores". Ed. Paidós, 1998.
- Cosme Cruz y otros, "Diálisis Peritoneal". Ed. Trillas, México, Argentina, España, Colombia, Puerto Rico y Venezuela.
- De Robertis, C., "Metodología de la intervención en Trabajo Social". Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1985.
- Di Carlo, E. y equipo, "La comprensión como fundamento de la investigación profesional". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1995.
- Etkin, J. y Schvarstein, L., "Identidad de las Organizaciones". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994.

- García Salord, S., "Especificidad y rol en Trabajo Social". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1991.
- Hernandez de Vittorioso, L., "Trabajo Médico Social". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1963.
- Hill, R., "Caso Individual". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1970.
- Jofre, R.; López Gómez, J. y Rodríguez, P. "Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis" (cap. 37) en "Tratado en hemodiálisis".
- Magaz, A.; Lavari, R., "Problemas psicológicos y sociales en los pacientes en hemodiálisis" (cap. 36) en "Tratado en hemodiálisis".
- Max Neef. "Necesidades y Calidad de Vida". Apunte de la cátedra Supervisión en Trabajo Social. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, U.N.M.d.P.
- Narváez, R. "Trabajo en Equipo: Interdependencia Disciplinaria". Apunte de la cátedra Medicina Preventiva. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.
- Olabuena, J. R. Y Ispizúa, M. A., "La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa". Universidad Deusto Bilbao, 1989.
- Owen, J., "Conceptos Modernos sobre Administración de Hospitales". Ed. Interamericana, 1963.
- Redi, C., "Principales corrientes explicativas de la salud y enfermedad en la historia". Apunte de la cátedra Medicina Preventiva de la Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, U.N.M.d.P., 1998.

- Rozas Pagaza, M., "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio, Buenos Aires, 1998.
- Sabino, C., "El Proceso de Investigación". Ed Humanitas, Buenos Aires, 1993.
- Schlemenson, A., "Análisis organizacional y empresa unipersonal". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1993.
- Tenes Montes, J.; Pastor Aldeguer, V. Y Díaz Fernández, "Gestión Hospitalaria". Ed Mc Graw Hill Interamericana, España, 1997.
- Zurro, M.; Gené Badia, J. Y Subias Loren, P., "Actividades preventivas y de promoción de la salud" (cap. 21) en "Prevención y Promoción de la salud".

ANEXOS

Anexos

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Modelo de entrevista realizada

Servicio:

Nombre del profesional:

Cargo:

Profesión:

-¿Quiénes integran el equipo?

-¿Quiénes integran el servicio?

-¿Qué cantidad de horas tiene asignadas al servicio?

-¿Qué espacio físico tiene asignado?

-¿Qué actividades realiza usted?

-¿Qué actividades realizan cada integrante del equipo?

*-¿Qué actividades realizaba la enfermera?**

*-¿Quién realiza ahora esas actividades?**

*-¿Qué ventajas ve en esta nueva forma de trabajo?**

*-¿Qué desventajas encuentra?**

*-¿Cómo piensa que podría superarlas?**

*-¿Cómo se perdió el cargo?**

*-¿Qué se está haciendo para recuperarlo?**

**Preguntas aplicadas a los entrevistados de SATE.*

-¿Cuáles son las condiciones que deben reunir un paciente para el ingreso al programas del SATE?

-¿Cómo toma conocimiento el paciente del tratamiento?

-¿Cuál es el procedimiento con el paciente antes de ingresar a tratamiento?

¿Que profesionales intervienen?. ¿En que momento?

y ¿para qué?.

-¿Qué actitudes se evidencian en los pacientes respecto al cumplimiento del tratamiento?. ¿Que aspectos cree Ud. están en juego en esas actitudes?

-¿Cuál es el procedimiento que se sostiene con el paciente a partir de que tratamiento a los programas de SATE?.

¿Qué profesionales intervienen?. ¿En que momento?

y ¿para qué?.

-¿Cómo es el seguimiento que se realiza al paciente durante el tratamiento?

¿Que profesionales intervienen?. ¿En que momento?

y ¿para qué?.

-¿Los procedimientos que se desarrollan en el servicio están sujetos a un protocolo establecido?

¿Cómo fueron definidos?. ¿Cuándo?

¿Cuándo fue la última vez que se revisaron?

¿Cómo se revisaron?

¿Quién los revisó?

-¿Se realizan reuniones de equipo? . ¿Quiénes participan?. ¿ Qué temas se presenta en las mismas?.

-¿Cuándo y cada cuánto se realizan las reuniones del equipo?.

-¿En qué situaciones se realizan derivaciones a otros profesionales?.¿ De que especialidad?

-¿En qué casos particulares le consultan o derivan a un paciente?.

Entrevistas seleccionadas

Servicio: Unidad Renal

Nombre del profesional: Alfredo Introzzi

Cargo: jefe del servicio.

Profesión: médico nefrólogo.

¿Quiénes integran el equipo?

Es un grupo de **médicos, enfermeras, psicólogo, asistente social, mucamas, secretarias**, son muchas personas con roles distintos.

¿Quiénes integran el servicio?

Nefrología tiene nefrología clínica de consultorio, trasplante y tiene diálisis.

El servicio de Nefrología lo integra trasplante, Unidad Renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis) y nefrología clínica.

Datos

Estructura: equipo integrado por profesionales de diferentes disciplinas (médico, enfermeros, psicólogo, asistente, social) y por no profesionales (mucamas y secretarias). Servicio de Nefrología, integrado por Unidad Renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis), nefrología clínica (consultorio externo) y trasplante.

Inferencias

Servicio integrado por el equipo (profesionales y no profesionales). Equipo multidisciplinario por la presencia de varias disciplinas y no para el abordaje, y por secretaría y mucamas. Abordaje fundamentalmente médico. Esta inferencia se refuerza por respuestas siguientes (actividades, información al paciente de hemodiálisis)

¿Qué cantidad de horas tiene asignadas al servicio?

Desde hace años los tres médicos somos nefrólogos, hipotéticamente todo nuestro compromiso horario del hospital es para nefrología que es un poco más de 8 hs. y media en el hospital.

Datos

Tres médicos nefrólogos con una carga horaria de 8 horas y medias al servicio de nefrología.

Inferencias

Dedicación exclusiva al servicio de Nefrología.

¿Qué espacio físico tiene asignado?

Está el consultorio, lo compartimos con todo el mundo, hipotéticamente tendríamos que tener un espacio asignado a los médicos, un espacio asignado a la jefa de enfermería, pero los espacios en el hospital están un poquito escasos.

Datos

Espacio Físico: utiliza el consultorio del servicio. Necesidad de tener espacio físico propio. "Lo compartimos con todo el mundo".

Inferencias

El espacio físico que posee es el consultorio del servicio. Dado los escasos espacios que posee la institución lo comparten con los demás profesionales.

¿Qué actividades realiza usted?

Yo atiendo el consultorio ambulatorio dos horas tres veces por semana a pacientes nefróticos. Tengo una cantidad de pacientes en diálisis que atiendo y visito acá. Hay horarios de la sala de diálisis que está funcionando que tengo que estar presente porque soy el médico a cargo de la sala de diálisis en ese horario y además soy el jefe del equipo de trasplantes. Mas o menos son las

actividades de los demás médicos porque fíjate que el Dr. Viva está a cargo de diálisis peritoneal.

Datos

Actividades de los médicos del servicio: atención en consultorio a pacientes nefróticos, atención a pacientes en diálisis, horas asignadas a permanecer en la sala de diálisis (a cargo en la sala). Jefe del equipo de trasplantes.

Inferencias

Diferentes actividades centradas en la atención de pacientes con insuficiencia renal y trasplantados. Actividades focalizadas en la atención y asistencia de pacientes.

¿Qué actividades realizan cada integrante del equipo?

Las secretarías manejan todo lo administrativo.

¿Considera que recibe apoyo de ellas?

Si no estuvieran ellas..., dos personas ordenadas que llevan las cuentas, llevan las facturaciones, yo tendría el caos, realizan todas las pre facturaciones del servicio y las elevan a la oficina de facturación, mantienen relación telefónica con la mutuales, mantienen relación telefónica con el INCUCAIBA, con los pacientes, con SERVISA que los traslada, ellas son parte de la administración del hospital y la comunicación hacia el exterior. Los enfermeros dializan a la gente, es todo su compromiso horario, una enfermera y un médico para diálisis peritoneal, la jefa del servicio dirige todo lo que es el personal de enfermería, el personal de mucamas y el stok de insumos y con Ana María (jefa de enfermería) en conjunto ponemos las normas del servicio, para que el servicio sea mas o menos homogéneo, que en realidad muchas falta no nos hace porque como es un servicio cerrado, nos entendemos mucho, nos entendemos con pocas palabras. Raras veces hemos tenido conflictos.

¿Y el psicólogo, asistente social...?

Son el otro costado importante del sistema, son el costado de atención psicológica, el costado de atención social, y en este momento son mas importante que nunca. Si bien antes la gente podía sobreponerse de alguna forma, en la actualidad está abandonada a las manos de dios, mas aun ser enfermo crónico en la argentina es lo mismo que estar sentenciado a muerte, es el abandono total, el estado se ha retirado, también las obras sociales, y el enfermo crónico está parado en la punta de una isla y solo.

Datos

Actividades del equipo: destaca la labor de las secretarías, encargadas de lo administrativo, ya sean actividades intrahospitalarias o extrahospitalarias. Enfermeros a cargo de la diálisis, jefa de enfermería a cargo del personal de enfermería y mucamas, y de la compra de insumos del servicio. Entrevistado y jefa del servicio establecen las "normas del servicio, para que sea mas o menos homogéneo". Importancia del psicólogo y asistente social, los visualiza "como el otro costado importante del sistema".

Inferencias

Equipo multidisciplinario por la presencia de varias disciplinas y no para el abordaje. Intervención fundamentalmente del eje médico - enfermería. Visualiza al psicólogo y a la asistente social como configurando otro eje de intervención.

Registro subjetivo: otorga importancia al trabajo realizado por secretaria, "si no estuvieran ellas...yo tendría un caos". Importancia del rol del psicólogo y asistente social.

¿Cuáles son las condiciones que debe reunir un paciente para el ingreso a hemodiálisis?

En realidad la pregunta es al revés. ¿Qué condiciones lo descartan para un tratamiento de hemodiálisis?. El ejercicio profesional del médico no tiene una ley de los dermatólogos o de los hematólogos, pero si tiene una ley de los nefrólogos, la única disciplina de la medicina que tiene dos leyes propias de nefrología, una es la ley nacional de diálisis y la otra es la ley nacional de

trasplantes. La ley nacional de diálisis dice que tenemos la obligación de dializar a toda persona salvo que tenga un cáncer, expectativa de vida corta o una demencia, todo lo demás hay que dializarlo, ergo si tengo un anciano de 104 años que no tiene cáncer y que no está demente, la ley de diálisis no indica dializarlo. Eso es lo que la ley indica y otra cosa es lo que la relación entre el paciente y el médico hacen, hay gente que dice mire doctor yo no quiero dializarme, entonces se deja morir, en todo caso firma que queda bajo su responsabilidad el deseo de morir, pero si uno se atiene a la fría ley tenemos que dializar a todos los seres humanos que no tengan cáncer o mortalidad cercana o a todos los que no sean dementes.

Datos

Condiciones de ingreso: Determinación médica de insuficiencia renal (sujeta a una ley nacional de diálisis) como condición de ingreso al tratamiento. La ley establece que se debe dializar a toda persona, excepto que tenga una expectativa de vida corta, cáncer o demencia. Relación médico - paciente. No se visualiza participación de otras especialidades.

Inferencias

Determinación médica en el ingreso del paciente al tratamiento.

¿Cómo toma conocimiento el paciente del tratamiento?

En general es una información muy mal manejada, el paciente viene al consultorio del médico, los médicos tienen mucho miedo personal a las salas de diálisis, los médicos no entran en la sala de diálisis, en las únicas ocasiones que entran los médicos que no son nefrólogos, es cuando hacen el paseo protocolar por directivas, pero si no, no viene nadie y lo que pasa acá abajo lo arreglamos entre Rubio, Viva y yo (médicos), Ana y los enfermeros, esto es un submundo aparte.

Si un médico tiene que decirle a una persona mire se tiene que operar de la vesícula se lo dice tranquilo, si le dice mire lo siento mucho tiene que operarse de la aorta se lo dice tranquilo, pero si el médico le tiene que decir mire lo tengo que poner en diálisis, no tiene coraje para decirlo. Entonces lo habitual es que

el médico se encuentre con que tiene un paciente que muy bien no lo sabe manejar por ser nefrológico terminal, además tiene dificultad para informarle que va a ingresar a diálisis, además el no está muy seguro de eso, entonces lo que hace es derivarlo y no lo preparan, a los nefrólogos los médicos nos mandan a los pacientes como con miedo, no les gustan los pacientes nefróticos, se desligan de él y que se arreglen con nosotros, yo creo que es en parte porque los médicos tienen miedo de entrar en hemodiálisis, los médicos no tienen miedo a operarse del estomago, de operarse de una hernia de disco, pero que lo pongan en diálisis a un médico, lo ven como el hemisferio de la muerte. Lo mandan al paciente al nefrólogo y entonces uno lo ve por primera vez y le tiene que decir dentro de un mes tiene que estar en diálisis y nadie le habló de eso antes, lo que es peor a veces que hasta los nefrólogos hacen eso, no le dicen al paciente lo que les espera, entonces llega a uno en un espacio de empezar la diálisis en veinte días, entonces uno le tiene que decir que le tienen que hacer la fístula y la hemodiálisis y estaba en manos de un nefrólogo que ni le hizo la fístula ni le habló de la diálisis, una vez una paciente se me puso a llorar en la puerta del consultorio, yo no podía decírselo, se lo dije de una forma suave, que la fístula es como un rueda de auxilio que por ahí nunca la iba a usar, seguro que la iba a usar.

Si yo voy a poner en diálisis a una persona tengo la obligación de ir preparándolo, no puedo decirle mire ahora va a venir tres veces por semana, cinco horas a sentarse en un aparato, hay que ir llevándolo de la mano, preparándolo, insinuándole que valla pensándolo, explicarle la anterioridad de la fístula, para bajarle el sufrimiento.

¿Cuánto tiempo lleva darle esta información?

Depende de la enfermedad que tenga, si tiene que entrar en diálisis en tres meses porque tiene una enfermedad evolutiva que no se puede parar, se le informa que tiene que hacerse la fístula se prepara todo y se comienza a dializarlo, distinto por ejemplo a un diabético que uno lo va acompañando en su nefropatía diabética y que cuando llega a un periodo de su enfermedad uno le habla de la fístula, despacito lo va tratando de otra manera.

Datos

Conocimiento del paciente sobre el tratamiento: El médico nefrólogo le informa al paciente que debe comenzar con el tratamiento. Le explica en que consiste el mismo.

Explícita "información mal manejada" por los médicos que derivan a los pacientes, "lo habitual es que el médico se encuentre con que tiene un paciente que muy bien no lo sabe manejar por ser nefrológico terminal entonces llega a uno en un espacio de empezar la diálisis en veinte días, entonces uno le tiene que decir que le tienen que hacer la fístula y la hemodiálisis. El nefrólogo no tiene tiempo para acompañarlo en todo el proceso de ingreso a diálisis".

"Si tiene que entrar en diálisis en tres meses porque tiene una enfermedad evolutiva que no se puede parar, se prepara todo y se comienza a dializarlo, distinto por ejemplo a un diabético que uno lo va acompañando en su nefropatía diabética y que cuando llega a un periodo de su enfermedad uno le habla de la fístula, despacito lo va tratando de otra manera".

Inferencias

Abordaje médico. Relación médico - paciente. Centrado en los aspectos biológicos.

Ausencia de otros profesionales.

Registro subjetivo: déficit en la información que se le brinda al paciente sobre su tratamiento dada por los médicos no integrantes del servicio de nefrología. La urgencia en el tratamiento de diálisis no permite una adecuada información sobre el mismo. Esto provoca sufrimiento en el paciente.

¿Cuál es el procedimiento con el paciente antes de ingresar a tratamiento.

Hay enfermedades que tienen tratamientos específicos, determinadas normas, aparte la mayoría de las enfermedades renales tiene disposiciones dietéticas restricciones de sales , controles de hipertensión arterial, algunos acaso se usan corticoides, se utilizan drogas para que no pierda la albúmina, cuando yo veo que el paciente va perdiendo la función de sus riñones, en determinado momento que yo lo estimo que debe ser cuatro o cinco meses antes, en ese

momento verifico que el paciente tenga anticuerpos contra la hepatitis B, hepatitis C que no sea HIV positivo, que no tenga chagas, se va preparando y cuando el paciente entra en diálisis habiendo hecho todos los estudios previos, se liberaliza su dieta que estaba muy restringida.

¿Que profesionales intervienen?

Debieran entrar de la mano de varios, pero a nosotros nos llega el paciente de repente, el ideal sería que el paciente este de la mano de la asistente social, del psicólogo y del médico, pero lo que habitualmente nos pasa es que nos avisan, mire en el segundo piso hay un paciente que tiene siete días de vida, no tiene ni fístula, ni psicólogo, ni médico, ni nada y bueno después se ve.

Datos

Procedimiento antes de ingresar a tratamiento: preparación médica para ingresar al tratamiento de diálisis durante un periodo de "cuatro o cinco meses". Sin intervención de otras disciplinas. El paciente ingresa a la diálisis repentinamente, sin poder ser abordado por otros profesionales. Considera necesaria la intervención de la asistente social y del psicólogo.

Inferencias

Abordaje médico. Centrado en los aspectos biológicos.

Registro subjetivo: Otorga importancia a la intervención asistente social y al psicólogo.

Se visualiza contradicción entre lo que expresa y lo que demanda.

¿Que actitudes se evidencian en los pacientes respecto al cumplimiento del tratamiento?. ¿Que aspectos cree Ud. están en juego en esas actitudes?

Hay estereotipos de pacientes. Está el paciente anciano que está conforme con la vida que llevó, que acepta y dice lo que me queda es vida gratis, así que viene a hacerse su fístula, se pone en diálisis, viene a diálisis, charla, lo pasa bien, de hecho la vez pasada le propuse a un paciente que tenía suficiente reserva renal para que esté menos horas, en ves de dializarse tres veces por semana, dializarse dos y me dijo, no yo quiero venir tres. Entonces, ese es un

paciente mayor cuyos compromisos sociales ya están cumplidos que se siente bien, que no está en condiciones miserables, y viene acá y charla. Este es un extremo del péndulo y el otro extremo del péndulo es el joven, lo peor de todo es ponerlo en diálisis a un joven y lo mas peor a un chico, un chico no puede estar sometido a todas las restricciones que implica la hemodiálisis, no come lo que quiere, va a tener controles médicos toda la vida, no crece bien por la insuficiencia renal.

¿Y en los jóvenes?

Hay muchísima rebeldía, este es uno de los temas de todos lo Congresos importantes de Nefrología, la adecuación a la indicación médica.

¿Como se trabaja eso?

Se trabaja en todo el mundo, el tema mas triste son los trasplantados jóvenes, no toman la medicación o la toman fuera de horario, acá nos pasó.

¿Cómo se trabaja eso?, ¿en equipo?

Yo creo que hay servicios que son muy impersonales, entonces el médico hace la receta del inmunosupresor, la parte psicológica arréglatela vos, lo manda al paciente al psicólogo y la parte social arréglate la vos y lo manda a la asistente social.

Hay otros servicios que todos conocemos a la esposa, tío, si se le llovió el techo, todo conocemos, entonces los pacientes están mas o menos mejor, hay una relación personal, yo por lo menos lo siento así, quise hacer el servicio así.

Datos

Actitud frente al tratamiento: plantea tres tipos de pacientes, el "anciano" conforme con el tratamiento, el "adolescente" cuya característica es la "rebeldía", y el "chico" donde el tratamiento es muy invasivo.

Plantea interacción y estrecha comunicación entre los profesionales del servicio y entre estos y los pacientes.

Inferencias

Valoriza el abordaje del servicio centrado en la comunicación que se da en el mismo. Servicio construido desde su perspectiva, punto de vista.

Registro subjetivo: otorga importancia a las relaciones personales que se dan entre los profesionales y entre estos y los pacientes.

¿Cuál es el procedimiento que se sostiene con el paciente a partir de que ingresa al tratamiento de hemodiálisis?

Lo primero que hacemos es que el nefrólogo que lo estaba atendiendo en consultorio, el que lo prepara para entrar a diálisis lo lleva a la sala y se la hace ver, esa primera imagen en general le da mucha tranquilidad, porque la versión popular de la diálisis es el infierno, la hoguera y no es así. Porque en la actualidad con las maquinarias nuevas, son dos pinchazos y un aburrimiento.

Entonces digamos que la carga de ansiedad cae mucho, lo siguiente que hacemos es presentarle el paciente a todo el personal de enfermería que se sienta una persona, que no se sienta un sillón cuatro, lo ponemos en contacto con servicio social para que lo ayude de inmediato, todos están necesitados de asistencia social, yo no conozco uno que no lo necesite, el que no le necesita es excepcional.

¿Quien le realiza la derivación a Servicio Social?

Directamente hablo con Cristina, por lo general no le mandamos un interconsulta, se lo pedimos de manera informal.

¿El médico se lo deriva?

La enfermera que tiene tremendo contacto, esa persona es la enfermera y es un psicólogo aficionado, digamos que como muchas cosas en la vida de los enfermos renales se repiten, ellos ya conocen el tema, entonces muchas veces uno los ve hablar y ve que están descomprimiendo la situación, entonces ellos nos dicen mire doctor necesito que vean al paciente tanto, porque no le llega la jubilación o tiene el hijo está enfermo, muchas veces de lo que sabemos y de lo que nos llega de enfermería sabemos las necesidades del paciente, desde el psicólogo hasta la asistente social.

El psicólogo interviene por pedido puntual, por el mismo mecanismo, si el paciente está muy triste, muy deprimido, digamos en este servicio la palabra de enfermería está muy jerarquizada, si un enfermero me dice mi re doctor a tal paciente le pasa esto yo paro, porque se que esa persona permanece horas con el paciente, es una versión muy autorizada de lo que está pasando.

Datos

Procedimiento al ingreso del tratamiento: el nefrólogo lo lleva a conocer la sala de diálisis ("esa primera imagen en general le da mucha tranquilidad"... porque en la actualidad con las maquinarias nuevas, son dos pinchazos y un aburrimiento). Luego se le presenta el equipo de enfermería y se lo "conecta" con la asistente social "para que lo ayude de inmediato, todos están necesitados de asistencia social, yo no conozco uno que no lo necesite".

Derivación realizada por el médico a servicio social y a psicología a partir de la información de enfermería. Psicólogo interviene por "pedido puntual". Opinión muy jerarquizada y tenida en cuenta de enfermería.

Inferencia

Abordaje médico. Relación médico - paciente en el inicio de la diálisis.

Médico otorga autoridad y jerarquiza la intervención de enfermería en la atención con el paciente (abordaje médico- enfermero).

Acompañamiento de servicio social y psicología. Intervienen por pedido puntual y por derivación médica. Aparece registro de necesidades sociales.

Registro subjetivo: otorga importancia al rol de enfermería en la atención con el paciente. Estrecha relación paciente - enfermero, conoce sus necesidades y problemáticas, les brinda contención.

¿Cómo es el seguimiento que se realiza al paciente durante el tratamiento?

El paciente tiene que venir una vez por mes al consultorio, tratamos que venga al consultorio porque acá no podemos revisarlo. El mecanismo para hacerlos venir una vez por mes es tratar de no informarle sus propios análisis, no es una regla, hay personas que los atendemos acá porque muchas veces no tienen

plata para el colectivo, los llevamos al consultorio pero digamos no es el mejor lugar. La consulta médica al igual que una consulta de servicio social requieren un ambiente especial, cierta privacidad.

¿Interviene otros profesionales?

Si, Pablo (psicólogo) muchas veces esta sentado al lado del sillón, como si fuera un cura confesor y está bien.

Datos

Seguimiento del paciente: el paciente debe concurrir una vez por mes a consultorio médico. Muchas veces por su situación económica limitada es atendido durante la diálisis. Plantea necesidad de abordar al paciente en un espacio adecuado. Visualiza la misma necesidad para la asistente social. Intervención de psicología.

Inferencias

Intervención médica. Aparece registro de la problemática social en el paciente. Intervención de psicología.

Sin demanda de convergencia disciplinar.

¿Los procedimientos que se desarrollan en el servicio están sujetos a protocolos establecidos?

Si.

¿Cómo fueron definidos?

Lo hicimos con Ana y Ana actualiza las normas del servicio periódicamente e intentamos que las firmen los enfermeros tomando conocimientos. Por ejemplo la última circular que hicimos girar era con respecto al paciente que se quiere ir de la diálisis antes que termine las cuatro horas, intentamos convencerlo que le va a hacer mal si se va y no hace las cuatro horas que le corresponde. Si el paciente se quiere ir igual, yo no lo puedo tenerlo detenido, entonces la norma es que cada paciente firma en la historia clínica que por propia autonomía se hace responsable que quiere irse a las tres horas y no a las cuatro.

¿Cuándo fue la última vez que se revisaron?

Se revisan periódicamente, lo que pasa es que no se revisan, sino que se agregan nuevas, las técnicas son siempre iguales, además los enfermeros de diálisis son gente terriblemente experimentadas, hace quince años que hacen lo mismo, ocho horas por día.

¿Existe desde lo psicológico y social protocolos establecidos?

No creo que haya. Yo creo que lo de ustedes es mucho más improtocolizable, no es lo mismo hacer una norma de cómo colocar una aguja que como ubicar a un niño cuya madre tiene que acompañar a su otro hijo a la diálisis, creo que no son factibles de ser hechos.

Datos

Protocolos elaborados y actualizados por jefa de enfermería y jefe del servicio, referidos al procedimiento técnico de la diálisis (paciente - máquina dialisadora).

No conoce la existencia de protocolos en psicología y servicio social. No lo considera adecuado debido al tipo de abordaje de estas disciplinas ("improtocolizable"). Protocolo relacionado a lo técnico.

Inferencias

Equipo intradisciplinar.

Enfoque médico - dos ejes medicina enfermería. Desconoce protocolos de otras disciplinas. Visión centrada en el procedimiento técnico (máquina dialisadora), por lo que no considera establecer protocolos en disciplinas como psicología y servicio social.

¿Se realizan reuniones de equipo? . ¿Quiénes participan?.

Deberíamos hacerlas con más frecuencias, en general hay una dificultad que es el personal de enfermería, cambia a mitad de turno, el servicio funciona de siete 7 a 21, hay enfermeros que entran a las 7 y se van a las 15 y otras que entran a las 14 y se van 21, el único horario de superposición es de 14 a 15 pero en eso horario están conectando y desconectando, dentro del horario

laboral no me queda franja horaria para reunirme con todos, lo que hago es reunirme con Ana y con los médicos, tres o cuatro personas, hablamos, discutimos nos ponemos de acuerdo.

¿Cuándo y cada cuánto se realizan las reuniones del equipo?

Depende de la necesidad, no tenemos una fecha estimativa, las reuniones con un fin en si mismas son improductivas, hay que reunirse cuando hace falta.

¿Que temas se presentan en las mismas?

Por colocación de las agujas, por condiciones de las fistulas, por necesidades horarias, por las maquinas, por la facturación.

¿Par los pacientes?

No, lo comentamos como este es un servicio cerrado, es como una reunion permanente, yo se lo que le pasa a los enfermos de Rubio(médico) y Rubio a los míos, como si nos hubiéramos reunidos, no hace falta que yo me sienta con él. Hay una paciente de Rubio que yo el otro día le decía porque no le decís tal cosa a la madre, es como que todos tenemos un ojo puesto en todos los pacientes, no descarto que por ahí fuera mejor tener una reunión horaria, semanales de presentación de los casos, pero debe ser mi pésima capacidad administradora.

Datos

No se realizan reuniones periódicas. Dificultad para reunirse por "el personal de enfermería, cambia a mitad de turno...dentro del horario laboral no me queda franja horaria para reunirme con todos". Reuniones integradas por los médicos y por la jefa de enfermería referidas al funcionamiento del servicio. Reunirse por los pacientes no lo considera necesario. " lo comentamos como este es un servicio cerrado, es como una reunión permanente".

Inferencias

Equipo intradisciplinar (médicos - enfermeros). Abordaje médico, dos ejes medicina - enfermería.

No se visualiza interés en que el equipo del servicio realice reuniones periódicas.

¿En que situaciones se realizan derivaciones a otros profesionales? ¿ De que especialidad?

A no ser cosas puntuales médicas no. Muchas veces a la asistente social, al psicólogo le decimos a este paciente le pasa esto y si tiene angina de pecho lo mandamos al cardiólogo.

Datos

Derivaciones a otras especialidades por temas puntuales.

Inferencias

Abordaje médico. Acompañamiento de psicología y servicio social.

¿En que casos particulares le consulta o deriva a un paciente a la asistente social?.

Cuando vos trabajas en un consultorio de un médico percibís que al paciente le pasa algo, que vos no estas capacitado para dar, bueno yo puedo un poquito, pero no es la capacitación técnica, de hecho desconozco las soluciones que ustedes manejan para darle las soluciones a la gente, internar a un paciente en un psiquiátrico, conseguirle a una persona el pase de colectivo, conseguirle la bolsa de alimentos, yo eso no lo se hacer. Uno percibe el problema porque a veces es muy explícito, la familia te lo dice, uno le dice a la asistente social por favor ayúdame. Yo diría que con el psicólogo el verdadero radar es enfermería y con la asistente social enfermería y el paciente mismo uno está viendo el deterioro.

En otras enfermedades las cardiológicas, neurológicas conllevan rasgos de deterioro social propias, pero el enfermo renal es la catástrofe social, yo creo que no hay un tipo mas invalidado el y su familia que el enfermo renal.

Vamos a hacer el ejemplo y yo te digo porque primero, le pone la culpa a toda la familia y no es lo mismos que ser la hermana de un diabético, yo hermano no le puedo dar mi insulina, pero en el enfermo renal sabe que un hermano tiene

dos riñones que se los podría pasar, o sea que esta enfermo el apaciente y todo su sistema, segundo se sienten mal todo el día, pierde su actividad laboral la mayoría padece de impotencia sexual, pierde el rol de jefe la familia, es una catástrofe, no estoy magnificando lo que digo yo soy médico clínico y se ve esto todo lo días, no es lo mismo, tener una enfermedad renal terminal y no estar con una familia muy armada, con un donante muy cercano, con un trasplante muy próximo en un país muy avanzado en ablaciones, eso es una condena, si a mi me dicen soy un enfermo crónico en España donde el tiempo para trasplantarlo es un año y ocho meses, bueno un año y ocho meses lo aguanto pero acá no se sabe porque el hermano tiene una familia, tiene hijos y se plantea -yo le doy un riñón y después me pasa algo que pasa?.

¿Cuando surgen estos casos puntuales se trabaja en equipo?

Si se trabaja, hay perdonas que se pelean entre si para ser donantes, ahí no hay psicólogo ni nada porque si tiene la estructura familiar bien armada están todos contentos, listo. Mi hija es psicóloga y si me escucha decir esto me mata Pero bueno es lo que yo pienso. Ahora están las otras familias que uno ve que un familiar puede y quiere porque tiene una obligación social, pero es el único sostén, la esposa que le dice que pasa si a vos te pasa algo yo me quedo con los cuatro chicos, la cuñada está peleada con la nuera, la suegra dice que el riñón se lo de el hermano, se hace toda un galleta infernal.

¿Cómo se trabaja?

Lo primero que hacemos es reunión con la familia sin el receptor, sino se quedan sin el riñón y sin la familia. Le explico a la familia cual es la situación del familiar que tienen enfermo, le explico la situación de la donación, les digo y si no donan queda todo como siempre porque no tienen ninguna obligación ni moral, ni legal de donar, cada uno siente si quiere o no quiere la donación es una donación, yo doy porque quiero, no porque me obligan y que si nadie no quiere donar le diremos al paciente que no pueden donar, los mando a pensar y los vuelvo a citar y cuando vuelven me plantean quien quieren ser donantes y quien no y de los que quieran y se les pide el grupo sanguíneo, de ahí se descartan y los que quedan se empieza a trabajar con ellos y ahí si es

importante la evaluación psicológica porque tenemos que ver que la donación sea una verdadera donación, sincera, y no sea una obligación. Muchas veces le dicen mira vos tenés que donar el órgano porque sos el único soltero o porque vos sos el único que le podés donar porque sos el borracho, uno trata de parar eso, cuando yo puedo advertirlo hablo con Pablo, le explico para que el intervenga.

Datos

Derivación médica (por decisión médica o pedido de la familia), de enfermería o el paciente es el que consulta a la asistente social. Derivación por problemas puntuales. No preventivo. Visualiza el rol del trabajador social acotado a la adecuación de recursos (pase de colectivo, bolsa de alimentos).

Aparece registro de la complejidad de la problemática social en los pacientes.

Intervención médica y derivación a psicología y servicio social.

Inferencias

Equipo multidisciplinario por la presencia de varias disciplinas y no para el abordaje. Abordaje médico como eje central en la intervención con el paciente. Acompañamiento y presencia menor de psicología y servicio social, dada por derivación médica en problemas agudos.

Sin demanda de convergencia interdisciplinaria.

¿Considera que debería integrar a otro profesional al servicio?

Uno crece en el servicio por escalones, no por granito de arena, los pacientes crecen en diálisis de 12 pacientes a 25 y no se porque y de repente de 25 pasas a 38, nosotros empezamos con un paciente y un sillón de diálisis, después aumentaron los pacientes, después conseguimos que se puedan hacer biopsias, después conseguimos que hematología nos prestara espacio para ver las biopsias, después montamos trasplante renal, después montamos diálisis peritoneal, hicimos plasmaferisis, hemofiltraciones, el servicio se fue complejizándose y lo que yo necesitaría ahora es que no cayera, por ejemplo hace cinco meses que no hago un trasplante, el programa de diálisis peritoneal hay que achicarlo, digamos, ¿que necesitaría yo ahora? Mi primera necesidad

es no achicarme, si yo pudiera hacer un trasplante por mes, si podría decir que en ves de 14 pacientes de diálisis peritoneal bajamos a 10, si de 14 fuéramos a 17 eso es lo que yo quiero, ahora que el hace falta al servicio de nefrología...? no es que seamos muy buenos pero es uno de los servicios mas grandes del país, mas diversificados del país, hay sala de diálisis mucho mas grandes que estas, de 200 pacientes pero ni nefrología clínica, ni de los trasplantes, ni biopsias, ni docencia, ni residencia, es un servicio que tiene asistentes sociales, psicólogos, residentes, enfermeros, médicos, diálisis peritoneal, trasplantes, hemodiálisis, son pocos en el país, lo bueno de este servicio que tiene todo.

Datos

Expresa necesidad de no achicar las áreas del servicio dada las dificultades económicas actuales. Plantea conformidad en lo desarrollado y logrado, como también en los profesionales que integran el servicio.

Inferencias

Necesidad de no reducir la organización del servicio. No hay demanda de otros profesionales. Visión satisfactoria de la estructura organizacional del servicio.

Servicio: Servicio de Atención de la Tercera Edad (SATE)

Nombre del profesional: Diana Sharovsky

Cargo: jefa de servicio.

Profesión: médica geriatra.

¿Quiénes integran el equipo?

Siguiendo la idea del modelo médico hegemónico, los médicos, asistente social, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, las secretarias, profesor de educación física, mucamas que son parte del equipo, fonaudióloga, nutricionista, los médicos de distintas especialidades como geriatría, clínica, neurología, psiquiatría.

¿Quiénes integran el servicio?

Las mismas personas que componen el equipo.

Datos

Estructura: equipo y servicio conformado por las mismas personas. Integrados por todas las personas que trabajan en el área, profesionales y no profesionales.

Inferencias

Concepto de equipo: integra a todas las personas que pertenecen al servicio. Profesionales de las distintas disciplinas y no profesionales como mucamas y secretarias.

¿Qué cantidad de horas tiene asignadas al servicio?

40 horas por semana.

Datos

Carga horaria de 40 horas semanales.

Inferencias

40 horas semanales asignadas al servicio de Medicina Preventiva.

¿Tiene un espacio físico tiene asignado?

Si.

Datos

Tiene un consultorio asignado para realizar sus actividades.

Inferencias

Tiene espacio físico propio asignado.

¿Qué actividades realiza usted?

Por una lado hago la parte **clínica médica**, por otro lado **evaluaciones de funciones intelectuales superiores**, después **estoy en las reuniones de equipo** y **tengo diez horas semanales para la parte de gestión** que es un logro de hace poco tiempo porque antes se hacía todo extrahorario y **dentro de la gestión está la planificación, puesta marcha y control de los programas** que están funcionando.

Datos

Actividades: atención de pacientes, integra las reuniones de equipo, actividades de gestión, referidas a la planificación, ejecución y control de programas.

Inferencias

Actividades asistenciales y de elaboración y ejecución de programas (gestión). Destaca la participación en las reuniones de equipo como una de las actividades centrales en su trabajo.

¿Qué actividades realizan cada integrante del equipo?

Todo el equipo, salvo el profesor de educación física que no evalúa a los pacientes, todos tienen una parte de su horario dedicado a evaluar al paciente, digamos que es, uno evalúa, imprime una acción y re-evalúa al paciente para ver si la intervención que hizo tuvo o no efecto. Entonces cada profesional evalúa al ingreso, interviene y re-evalúa. También cada profesional del equipo

tiene su hora de reunión de equipo y tratamos que este horario sea también de grupos de estudio, también en cada reunión de trabajo, nos reunimos por cada área que se desarrolla para ajustar el programa periódicamente.

Teníamos hasta hace dos meses una enfermera, pero se piensa que en breve va a volver porque se fue del país la que teníamos y justo empezó la crisis nacional y estamos esperando que pase la cresta de la ola.

¿Que actividades realizaba la enfermera?

Tenía toda la parte de educación, de prevención, de realizar las gasetillas con los puntos de prevención, controlaba la marcha pos marcha de las funciones vitales, pero fundamentalmente lo que ella hacía que la distingue de otra clase de enfermera es la educación del paciente.

¿Quien realiza ahora esas actividades?

Nos dividimos entre todos los profesionales de la salud.

¿Que ventajas ve en esta nueva forma de trabajo?

No ninguna, lo que pasa que nos adaptamos a la realidad económica y coyuntural del país.

Datos

Cada profesional se dedica a evaluar pacientes, intervenir y re-evaluar. Además se realizan reuniones de equipo, y reuniones periódicas para evaluar dichos programas, donde participan los profesionales que integran los distintos programas.

Actualmente sin enfermera en el servicio. La que estaba se fue del país y por motivos presupuestarios no se les ha asignado otra. Realizaba actividades de prevención y asistencia a los pacientes, actualmente se dividen las tareas entre los integrantes del equipo. Considera inconvenientes en la ausencia de la enfermera.

Inferencias

Se visualiza trabajo en equipo. Actividades de los profesionales sistematizadas: evaluación, intervención y re-evaluación de pacientes).

Dificultades en la ausencia de la enfermera.

¿Cuáles son las condiciones que deben reunir un paciente para el ingreso al programas del SATE?

Necesitar que el médico o el paciente noten que tiene algún problema de los programas que se desarrollan en SATE, en general vemos, que en algunas patologías se ha visto previamente por el médico para descartar causas solucionables del punto de vista clínico, un caedor, un trastorno de memoria primero ver si el paciente no tiene una causa clínica que se repara con un tratamiento y no venga a un programa de caídas pensando que cualquier de estos problemas es multicausal, hay que solucionar el problema base para poder solucionar los otros, si no es inútil el tratamiento.

Datos

Condiciones que debe reunir un paciente: El paciente concurre por demanda espontánea o por derivación médica. Existen patologías que poseen una "causa clínica" que necesitan un determinado tipo de tratamiento y no es suficiente concurrir a un programa de SATE "hay que solucionar el problema de base".

Inferencias

Pueden concurrir a SATE los pacientes que necesitan de los programas (tratamiento) que se desarrollan en el servicio.

¿Considera que recibe ayuda desde secretaría?

Si, sin las secretarías estamos muertas, la secretaría es fundamental.

Datos

Recibe ayuda de secretaría.

Inferencias

Registro subjetivo: otorga importancia al rol de la secretaria.

¿Cómo toma conocimiento el paciente del tratamiento?

Cada grupo que inicia se reúnen todo el grupo de pacientes con algunos de los profesionales y se les explica como es el programa, cuantas veces vana ir, durante cuanto tiempo, quienes van a trabajar, inclusive se le pone el nombre al grupo.

¿Esto quien lo explica?

Cualquier profesional , depende si el programa es de caída lo puede hacer la terapeuta, cada profesional del equipo sabe los lineamientos como para sentarse y explicarle al paciente en que consiste el programa.

Datos

Conocimiento del paciente de los programas: los diferentes profesionales que integran el programa están capacitado para informarles sobre el tratamiento a realizar.

Inferencias

Se visualiza intervención de las diferentes disciplinas (médico, social, etc) en la información que se le brinda al paciente sobre su tratamiento.

¿Cuál es el procedimiento con el paciente antes de ingresar a tratamiento?

Es evaluación, intervención, re-evaluación, alta o ingreso a otro programa o al mismo por no haber cumplido los objetivos.

¿Que profesionales intervienen?. ¿En que momento?

y ¿para que?.

Los necesarios de ese programa, porque el profesor de educación física no evalúa, salvo el kinesiólogo, la parte de movilidad.

Datos

Procedimiento antes de ingresar a tratamiento: Intervención de todos los profesionales (capacitados) que integran los diferentes programas.

Procedimiento definido, "evaluación, intervención y re- evaluación, alta o ingreso a otro programa o al mismo por no haber cumplido los objetivos."

Inferencias

Abordaje de los profesionales de la diferentes disciplinas, a partir de una evaluación realizada al paciente por cada profesional.

¿Que actitudes se evidencian en los pacientes respecto al cumplimiento del tratamiento?. ¿Que aspectos cree Ud. están en juego en esas actitudes?

Cuando entran es como -¿qué es esto?, - yo hasta acá no puedo, - no voy a cambiar y realmente de la parte gestual a la parte corporal, el cambio es importante, casuisticamente la asistente social tiene hecho números en cuanto a los cambios. Algo que empezó como una utopía hace 23 años, hoy no hay libro de medicina que no hable de ejercicio y salud, de prevención, de promoción, no es una cosa que esté muy difundida porque no le interesa a muchos gobiernos o a muchos profesionales, quieren actuar, tratar médicamente y chau, integrar al paciente en su totalidad muy pocos profesionales lo hacen.

Datos

Actitudes: Registra cambio positivo en los pacientes a medida que transcurre el tratamiento (corroborado casuisticamente). Destaca "integrar al paciente en su totalidad". Menciona conceptos como: ejercicio y salud, prevención, promoción.

Inferencias

Cambios importantes y mejoría en los pacientes. El servicio cuenta con datos que verifican lo expuesto.

Registro subjetivo: Otorga importancia a trabajar con la promoción y prevención en salud y abordar al paciente en su integridad y no solo "clínicamente" (orgánicamente).

¿Cuál es el procedimiento que se sostiene con el paciente a partir de que tratamiento a los programas de SATE?.

¿Que profesionales intervienen?. ¿En que momento?
y ¿para qué?.

Van interviniendo todos los profesionales con el procedimiento ya mencionado, muchas veces en reunión de equipo se dice tal paciente que fue evaluado tal día, hoy se notan cambios que nos parecen que no corresponden a los evaluados y se re-evalúa, digamos hay una evaluación formal y una informal de la observación.

Datos

Procedimiento en el comienzo del tratamiento: intervención de todos los profesionales. Reuniones de equipo para trabajar las diferentes situaciones que se presentan en los pacientes.

Inferencias

Abordaje de todas las disciplinas que forman parte del servicio. Trabajo permanente en equipo. Procedimiento de evaluación, intervención y re-evaluación.

¿Los procedimientos que se desarrollan en el servicio están sujetos a un protocolo establecido?

Si, pero yo creo que ninguno es estático, yo creo que hemos cambiado ayudándonos con la biografía, la experiencia hemos ajustado las cosas, por otro lado en nuestro país las ajustamos por otra variables no santas. No hay duda que pensamos que hacer algo es mas que nada. Por supuesto que hay cosas en la vida que son primordiales, no puede faltar en un hospital determinadas funciones o especialidades y otros bueno si no están para nosotros son importantes, pero probablemente hoy en día se hace la emergencia, la realidad también nos hizo cambiar el protocolo.

¿Cómo fueron definidos?. ¿Cuándo?

Nunca empezamos sin un protocolo, del primer día tuvimos un protocolo.

Los definió cada profesional, en la parte médica uno dice cuales son los factores de riesgo como por ejemplo de un caedor, que tengo que saber?,

datos comunes, antecedentes, examen físico actual, la asistente social que estoy buscando, aislamiento, soledad.

¿Cuándo fue la última vez que se revisaron?

En general todo se hace en las reuniones de equipo y en las reuniones parciales que tenemos periódicamente en donde se dice bueno yo encontré este material, vale la pena cambiar, lo discutimos en equipo, yo diría que todos los cambios se hacen en equipo en el servicio.

Datos

Protocolos definidos desde el inicio del servicio. Elaborados desde cada disciplina de acuerdo a su especificidad. Revisados y "discutidos" en equipo a partir de bibliografía, experiencias y por la situación económica "... la realidad también nos hizo cambiar el protocolo".

Inferencias

Elaboración y revisión interdisciplinar.

¿Quiénes participan en las reuniones de equipo?. ¿ Que temas se presenta en las mismas?.

Todos, hay una general y otra por programas, se trabajan las problemáticas internas que tienen todos los seres humanos, la relación médico paciente, profesional paciente, profesional - profesional, profesional institución que hubo momentos que fue primordial porque con estas crisis uno le hecha las culpas un poco al de arriba. Son reuniones muy importantes para nosotros porque decir las cosas y unificar lo que se le va a decir a otro y tener un idioma en común no puesto por un orden si no por un consenso de equipo.

¿Cuándo y cada cuánto se realizan las reuniones del equipo?.

Una vez por semana y una vez por mes la de cada temática.

Datos

Reuniones de todo el equipo (una vez por semana) y reuniones de los profesionales que integran los diferentes programas (una vez por mes). Se trabajan las "problemáticas internas", profesionales - pacientes, entre profesionales y profesionales - institución. Destaca la importancia de las reuniones "unificar lo que se le va a decir a otro y tener un idioma en común no puesto por un orden si no por un consenso de equipo".

Inferencias

Las reuniones consideradas como un espacio importante y relevante para el equipo.

Trabajo en equipo. Relaciones profesionales de cooperación (interdisciplinario).

Temáticas referidas a los pacientes, a la interacción entre estos y los profesionales, entre profesionales y organización del servicio.

¿En que situaciones se realizan derivaciones a otros profesionales?. ¿ De que especialidad?

En general es al revés de otros a nosotros si detectamos alguna causa no vista por el que fue derivado lo derivamos pidiendo que se vea tal cosa.

Datos

En general las derivaciones se realizan de otras áreas a SATE.

Inferencias

Dada las características de abordaje que posee el servicio los médicos de otras áreas (ver pregunta de condiciones que debe reunir) realizan la derivación de pacientes a SATE. En algunos casos se deriva al paciente al médico derivante.

¿En que casos particulares le consultan o derivan a un paciente?.

Estoy pensando en cuales no. Si tuviera posibilidades económicas desde lo que hago en la consulta individual clínica y todo lo demás, tendría dos profesionales a mi lado, uno el psicólogo y una asistente social en permanente

co-equiper, muy poca gente hoy en día, principalmente la vejez, no necesita todo lo que llamamos la red, no necesita un acercamiento, el envejecimiento en si mismo es todo un tema y no se pone siempre sobre la mesas y son las asistentes sociales y las psicólogas las que puedan estar en ese pensamiento y ver antes que..., porque cuando la red ya está rota, armar es mas difícil, por ejemplo en la jubilación, si actuamos a los 50 años para que a los 60 cuando una persona se va a jubilar tuviera ya programando su vejez, es un logro, pero nosotros ahora trataremos de actuar lo mejor posible apagando el incendio, no en prevenirlo.

Datos

Otorga importancia al rol de servicio social y psicología. Visión centrada en la prevención. Mirada social del paciente y no solamente clínica.

Inferencias

Necesidad de trabajar con psicología y servicio social en forma complementaria, co - presencia.

Concepción de interdisciplina. Criterio integrador de la idea de salud.

Relación simétrica con el equipo de salud.

¿Considera que faltaría integrar algún profesional al servicio?

Soñaría con una musicoterapeuta, tuvimos director de teatro, profesor de cerámica porque se trabajaba en co - terapia se veía como pintaba, dibujaba y una psicología observaba, esto sería un sueño dorado para nuestro país.

Tener infraestructura preparada como uno sueña para trabajar las barreras, la rehabilitación y una conexión con exponentes gubernamentales y no gubernamentales que permitirían la inserción de esta gente, porque cada vez vemos mas gente joven con problemas.

SATE es una utopía y con un esfuerzo enorme de un equipo de gente existe hoy. Esto es una cosa diferente de un ámbito hospitalario, un profesor de educación física en un hospital es del primer mundo.

Datos

Expresa necesidad de mayor infraestructura, "conexión" con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y deseo de contar en el servicio con musicoterapeuta, profesor de teatro y de cerámica.

Inferencias

Mirada mas allá de los aspectos clínicos. Integra a la demás disciplinas

Valoriza la intervención de otras profesiones.