

2013

El servicio de emergencia en un hospital de alta complejidad como espacio de intervención del trabajo social : sistematización de la intervención del Trabajo Social en el Servicio de Emergencia del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido 2009-2010

Castro, María Emiliana

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social

Tesis de grado

Servicio de Emergencia Hospitalaria y Trabajo Social

***“El Servicio de Emergencia en un Hospital de
alta complejidad como espacio de intervención
del Trabajo Social.*”**

“Sistematización de la intervención del Trabajo Social en el Servicio de Emergencia del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata, en el periodo comprendido 2009-2010”

**Autoras: Castro, María Emiliana
Genchi, Glenda**

**Directora: Lic. Ullua, María Jose
Co – directora: Lic. Alvarez, María Cristina**

Año 2013

Agradecimientos

A Gabriela López mi madre, quien me mostró las virtudes de esta maravillosa profesión y quien hizo enamorarme de la misma inspirándome día a día y quien marcándome el camino hizo de mi la mujer que soy hoy.

A mi compañera de tesis Glenda Genchi quien emprendió esta ardua tarea junto a mí, quien es mi cómplice en toda esta aventura que culmina con la culminación de esta tesis.

Emiliana.

A mi familia, porque confiaron en mí, porque me alentaron, me incentivaron, y porque creyeron que lo iba a lograr. Gracias por darme la fuerza que necesite durante este largo trayecto y ayudarme a cumplir este sueño.

A mis amigas, las de siempre y las que fui conociendo en este camino, sepan que son lo mejor que me llevo, porque fueron mis pilares, porque las necesite, y porque confiaron en mi.

A todas aquellas personas que día a día alentaban mi deseo de ser licenciada.

A Emiliana, porque juntas transitamos la ultima etapa.

Gracias a todos. Glenda.

“La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para que sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar”

Eduardo Galeano.

INDICE

Introducción.....	5
PRIMERA PARTE	
Marco Teórico Referencial	
<u>Capitulo I: La Sistematización</u>	
1-Desarrollo del Concepto de Sistematización.....	8
2-La Practica de sistematizar en Trabajo Social.....	10
<u>Capitulo II: Trabajo Social</u>	
1-Trabajo Social Perspectivas Contemporáneas.....	15
2-Métodos de actuación Profesional.....	18
3-Trabajo Social en el campo de la Salud.....	21
4-Los niveles de Atención en Salud y la Intervención del Trabajo Social.....	23
<u>Capitulo III: Salud</u>	
1-Historia del Concepto de Salud.....	26
2-Concepto Salud-Enfermedad- Atención.....	27
3-Sistema de Salud.....	30
4-El sistema de Salud en la Republica Argentina.....	31
5-Niveles de Atención.....	32
6-Salud Pública.....	34
7-Modelos de atención.....	34
8-El Campo de la Salud.....	35
<u>Capitulo IV: La Institución</u>	
1-La Organización en las diferentes Escuelas.....	38
2-La Institución en relación al Trabajo Social.....	39
3-Cultura Organizacional.....	40
4-Hospital.....	42
5-Emergencia Hospitalaria.....	43

SEGUNDA PARTE

Marco contextual

Capítulo V: Sistema de Salud en el Municipio de Gral Pueyrredon

1-Regionalización de los Sistemas de Salud.....46

2-Accesibilidad al sistema de Salud Publica en el Municipio de Gral. Pueyrredon.....49

3-Oficinas de Referencia y Contrarreferencia Municipal HIGA e HIEMI.....50

Capítulo VI: Marco Institucional

1-Hospital Interzonal Gral. de Agudos.....53

2-Servicio Social del Hospital Interzonal “Oscar H Alende”.....55

3-Servicio de Emergencia Hospitalaria.....58

TERCERA PARTE

La Sistematización- Metodología

Capítulo VII: Organización del servicio de Emergencia Del HIGA

1-Estructura y funciones.....61

2-Características de los pacientes que demandan atención en el Servicio de Emergencia del HIGA en el periodo 2009-2010.....62

3-Inserción y Actuación del Servicio Social en el Área de Emergencia.....65

4- Dimensión Inserción: Elaboración de las estrategias de inserción.....67

5-Dimensión Actuación: Planificación de la actuación Profesional.....68

6-Dimensión de registro: De la actuación Profesional en el Servicio Social.....71

Capítulo VIII: Conclusiones:

Obstáculos y facilitadores.....72

Protocolo de intervención.....77

Bibliografía.....82

Anexo.....84

INTRODUCCION

A partir de la practica de pre grado de quinto año de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, realizada en el campo de la salud, en el periodo 2009-2010, presentamos como tema de tesis, la sistematización de nuestra experiencia, en el Servicio de Emergencia del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende".

Durante nuestra inserción en el área de emergencia, se exploró la misma como un nuevo espacio de intervención, demostrando la necesidad de la presencia de un profesional del Servicio Social de forma permanente, incorporando una nueva área de trabajo.

Con el presente trabajo nos proponemos construir alternativas de intervención, que permitan optimizar la respuesta que se brinda desde el Servicio Social con el fin de efectuar intervenciones, que sean efectivas y eficaces para todos los actores involucrados en el proceso de intervención, es decir, efectuar una planificación donde la visión del trabajador social se encuentre protocolizada dentro del área institucional.

Objetivos Generales

- “Sistematizar la intervención del Servicio Social en el servicio de emergencia del Hospital Interzonal general de agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata en el periodo de tiempo comprendido de mayo de 2009 a julio 2010”.
- “Conocer la dinámica de atención en el servicio de Emergencia del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr Oscar Alende” e identificar las demandas sociales que allí se producen”.

Objetivos Específicos

- Describir la cultura organizacional del Servicio de Emergencia del Hospital Interzonal General de Agudos.
- Analizar y describir el proceso de la inserción profesional en el Servicio de Emergencia, los obstáculos y facilitadores.
- Identificar la demanda y analizar los componentes que emergen de la misma.
- Evaluar posibles estrategias de abordaje desde la especificidad del Trabajo Social.

Primera Parte

Marco Teórico Referencial

SISTEMATIZACION

1-Desarrollo del concepto de Sistematización

Para nuestro trabajo final utilizamos y adherimos como marco teórico conceptual a las propuestas de Oscar Jara y Sandoval Avila quienes desarrollan el concepto de sistematización que expondremos a continuación.

Según Oscar Jara H. la sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, como se han relacionado entre sí, y porque lo han hecho de ese modo.

“Sistematizamos nuestra experiencia para aprender críticamente de ella y así de esta forma, mejorarla. Además de compartir nuestros aprendizajes con otras experiencias y contribuir al enriquecimiento de la teoría”.¹

Según Sandoval Avila la sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida en que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio. No trata solo de entender situaciones, procesos o estructuras sociales sino que, en lo fundamental, trata de conocer como se

¹ Oscar Jara H. Dilemas y desafíos de la Sistematización de Experiencias, CEP Centro de estudios y Publicaciones Alforja

producen nuevas situaciones y procesos que puedan incidir en el cambio de ciertas estructuras.²

“En la sistematización se ha puesto énfasis principalmente en cuatro aspectos: en la reconstrucción ordenada de la práctica; en la producción de conocimiento; en la conceptualización de la práctica y en la participación.

- La reconstrucción ordenada de la práctica: alude a un proceso que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado.
- La producción de conocimiento: la sistematización es un proceso permanente de creación de conocimiento a partir de la práctica de intervención en una realidad social. Representa una articulación entre la teoría y la práctica y sirve a dos objetivos: mejorar la práctica y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad.
- La conceptualización de la práctica: es uno de los propósitos principales de la sistematización, para poner en orden todos los elementos que intervienen en ella.
- La participación: es un proceso intencionado de creación participativa de conocimientos teóricos-prácticos desde y para la acción transformadora.

La sistematización es una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del

² Sandoval Avila. Propuesta metodológica para el Trabajo Social.

proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, como se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo”.³

La sistematización nos sirve para:

A) Tener una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas. La sistematización posibilita entender la lógica de las relaciones y contradicciones entre los distintos elementos, ubicando coherencias e incoherencias. Nos ayuda a entender la propia trayectoria. A ubicar las contradicciones y los desafíos de la etapa actual.

B) También es útil para compartir con otras experiencias similares enseñanzas surgidas de la práctica. La sistematización ayuda a extraer las enseñanzas de la propia práctica, para compartirlas con otros y ponerlas al servicio de la reflexión colectiva que las trasciende y les da sentido histórico.

C) Finalmente nos sirve para aportar a la reflexión teórica y en general a la construcción de teoría, conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas. Ayuda a comprender la realidad para transformarla.

“El objetivo de la sistematización es reconstruir la practica para entender mejor lo que se hace e identificar la similitud que tiene con la que realizan otros sujetos en otros contextos. Conocer el impacto de la acción y sus determinantes⁴”.

2-La practica de sistematizar en Trabajo Social

Tomamos las palabras de Carballeda quien expone que la supervisión de diferentes actividades relacionadas con la intervención en lo social, marca en la actualidad un campo que desde los últimos años se esta redefiniendo a

³ Sandoval Avila. Propuesta metodológica para el Trabajo Social.

⁴ Sandoval Avila. Propuesta metodológica para el Trabajo Social.

partir del surgimiento de nuevas demandas que salen de sus parámetros y mandatos fundacionales.

Las demandas de supervisión se orientan hacia una revisión reflexiva de la intervención, dado que la mirada técnica no alcanza a abarcar la complejidad de los problemas sobre los cuales se trabaja.

“Las características fundacionales de la intervención en lo social, fuertemente ligadas a la problemática de la inserción-reinserción, se ven alternadas cuando las instituciones, los dispositivos que se construyen desde estas y desde la sociedad civil, tienen severas dificultades para reinsertar en una sociedad, donde quedan, en muchos casos, frágiles retazos de los viejos esquemas de lazo social. Surgen nuevas problemáticas sociales que interpelan en forma novedosa a instituciones y prácticas⁵”.

De este modo, a partir de la creciente complicación de los diferentes escenarios de la intervención en lo social, emergen diversas demandas hacia esta, lo que genera también una nueva perspectiva en el campo de la supervisión.

Es necesario construir diferentes formas de análisis de cómo intervenir, dentro de un diálogo necesario hacia dentro de cada campo de conocimiento en relación con otras formas de saber y conocer.

Una reflexión, implica entender a la intervención como forma de generar decisiones responsables, donde quienes intervienen se hacen cargo de las consecuencias y de las respuestas dentro de un marco de razones convincentes, donde aparece nuevamente la necesidad de diálogo con la teoría y los marcos conceptuales que esta aporta.

⁵ Carballada J.M. Escuchar las prácticas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social. Ed. Espacio. 2007

Carballeda propone escuchar las prácticas. El proceso de sistematización es un proceso de análisis e interpretación que implica básicamente una actitud de escucha, de lectura de aquello que se presenta en diferentes situaciones de intervención. El proceso de análisis que lleva a la supervisión tiene diferentes vías de entrada, distintas construcciones de la demanda de supervisión. Dentro de este proceso, surgen diferentes maneras de ordenar situaciones, conceptos, regularidades percibidas, atributos yuxtapuestos y las relaciones entre diferentes afirmaciones. Se construyen regulaciones cargadas de significaciones que se presentan en forma desordenada desde una primera aproximación, pero que dan cuenta de la existencia de otros órdenes que se hace necesarios develar para acceder a las distintas construcciones de acontecimientos.⁶

De allí surge la importancia de la escucha como un elemento que actúa como analizador de diferentes situaciones que se presentan en los espacios de supervisión.

Sandoval Avila propone que para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social se debe incluir:

- Justificación.
- Objetivos.
- Contextualización y reconstrucción de la práctica.
- Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica a reconstruir.
- Interpretación crítica de la práctica reconstruida.
- Conclusiones.

⁶ Carballeda J.M. Escuchar las practicas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social. Ed. Espacio. 2007

- Prospectiva.
- Socialización.

En un primer momento, la justificación, debe delimitar cual será la unidad de análisis es decir el objetivo central de la sistematización. Que es lo que se quiere sistematizar y expresar las razones por las cuales se ha elegido este aspecto de la práctica.

Los objetivos clarifican y explican lo que se persigue con la sistematización de la práctica que se ha seleccionado.

Para realizar la contextualización y reconstrucción de la práctica se hace necesario, en este proceso de sistematización, situar la práctica a sistematizar en el marco de su contexto histórico y geográfico social global que ejerce influencia determinante sobre la misma. Se debe hacer una lectura articulada del contexto como una realidad total considerando sus diferentes dimensiones económica, política, social y cultural. También se debe considerar las dimensiones de lo internacional. Nacional, regional, estatal, municipal y local. Igualmente se debe tomar en cuenta las dimensiones del ámbito geográfico y físico por ejemplo, como es en nuestro caso, el área de la salud.

En esta fase de la sistematización también se trata de recuperar de reconstruir el proceso de la práctica que se quiere sistematizar.

La conclusión surge como resultado de la etapa reflexiva e interpretativa y se considera en dos niveles. Con relación a la satisfacción de las necesidades a las que se pretendía dar respuesta y con relación a los objetivos propuestos a partir de las primeras.

Las conclusiones pueden ser teóricas o prácticas. Las teóricas hacen referencia a los fundamentos conceptuales que derivan de la práctica que, relacionadas con formulaciones teóricas constituidas, establecen un diálogo de mutuo enriquecimiento y aportan nuevos elementos que posibilitan una reconceptualización de la práctica y formular hipótesis que apunten, desde la práctica, a una posible generalización de mayores alcances teóricos.

Las conclusiones prácticas son aquellas enseñanzas que se desprenden de la práctica y que hacen posible mejorar futuras prácticas, tanto propias como ajenas.

Finalmente se hace necesario elaborar un documento que reúna de manera clara y ordenada la sistematización, con la finalidad de comunicar las enseñanzas obtenidas y compartirlas con las personas y grupos para confrontar la experiencia ganada con otras experiencias similares y de esta forma, facilitar el diálogo para enriquecer aun más el proceso de pensar y transformar la práctica.

TRABAJO SOCIAL

1-Trabajo Social Perspectivas Contemporáneas

Olga Restrepo hace referencia a la metodología en Trabajo Social teniendo como punto central de su análisis el proceso de sistematización.

La misma afirma que la metodología debe contextualizarse como un proceso dinamizador dotado de una flexibilidad que actué en la consolidación de propuestas posibilitadoras de la construcción del conocimiento social, de la especificidad profesional y de los sujetos o situaciones sociales con los cuales interactúa.

La metodología regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen. Es una dinámica relación entre acción y reflexión. El binomio teoría-metodología orienta el quehacer profesional validándolo, superando el nivel de lo empírico, adentrándose en la comprensión fundamental de lo real, evitando caer en la manipulación operativa de lo social, visualizando las múltiples vías de aproximación al mismo y estableciendo determinaciones esenciales, actividades y tareas.

La perspectiva teórica presente en la metodología hace referencia a la concepción e intencionalidad que orienta el proceso de aprehensión y comprensión del objeto, iluminando la gestión necesaria para su abordaje y definiendo las estrategias y procedimientos a emplear.

Además de las precisiones teóricas e instrumentales, la metodología tiene que incorporar el conocimiento del contexto en el cual se va a actuar, los objetivos de la profesión y las funciones que como profesional se pretende desempeñar.

“La metodología es ante todo un proceso de conocimiento acción y reflexión que se desarrolla conforme a una lógica particular, reguladora de un accionar específico que demanda el cumplimiento de ciertos objetivos que se convierten en resultados. Los métodos son consustanciales al proceso metodológico y los objetivos representan las políticas globales que determinado enfoque metodológico alberga y actúan representando la cosmovisión que se tenga del mundo⁷”.

La metodología se ocupa de los supuestos y modos particulares de aprehensión de la realidad compartidos por una comunidad académica, científica o profesional que conforme a unos objetivos constituyen lo propio y específico de la actuación. La metodología da cuenta de aquellos aspectos que son esenciales para la acción.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la autora refiere, que la metodología como proceso integra unos supuestos o puntos de partida teóricos y filosóficos que soportan o fundamentan la visión general o preliminar de la realidad en la que se va a actuar, los lineamientos o primera sistematización analítica producto del contacto directo con la realidad específica, las posibles rutas a seguir, las pautas de acción, los métodos o modos específicos de actuación y las técnicas y herramientas a través de las cuales se implementan

⁷ Restrepo Olga, Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Ed Espacio. 2003.

las acciones correspondientes. Todos estos elementos se entrelazan dando lugar a tres grandes momentos preconfiguración, configuración y reconocimiento.

En cuanto al método, entendido este como la concreción de la metodología, es una forma particular de actuación que no puede reducirse a la sucesión lineal de acciones que operen apriorísticamente como recetas o esquemas constriñendo la riqueza que las expresiones particulares de la realidad revisten.

Las acciones correspondientes a cada uno de los momentos presentes en los métodos de actuación profesional del Trabajo Social; estudio, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y sistematización; conforman unidades y especificidades particulares de tal manera que ninguna de ellas esta mecánicamente precedida por la otra. Los niveles de desarrollo de cada una son diferenciables y sus posibilidades prácticas e incluso desiguales de combinación, están definidas por las características específicas de las situaciones y contexto donde ellas operan.

El método es un conjunto de razonamientos analíticos que respaldan acciones específicas y a través del cual se le asigna un fundamento racional a los distintos cursos de acción, constituyéndose en el sustento de la práctica profesional.

Asumir el método o los métodos de actuación profesional como proceso, significa incorporar en su implementación, perspectivas dinámicas, sistémicas y dialogantes que permitan superar concepciones esquemáticas y secuenciales. Las posibilidades de aplicación de los métodos dependen del profesional que

los pone en práctica, de la institución en el que este desarrolla las actividades y del contexto. Ellos significan que los métodos no son estáticos ni puros.

Las operaciones básicas del método se han orientado generalmente hacia el estudio, diagnóstico, y planificación de la acción profesional, desplazando la importancia que la sistematización o recuperación crítica del proceso -inmerso en la acción- puede representar para la cualificación del ejercicio profesional y para la comprensión de las complejas realidades sociales que el método tiene que enfrentar. Dicha situación plantea, según Restrepo, la necesidad de considerar la sistematización como uno de los momentos constitutivos de los métodos de actuación profesional.⁸

2-Métodos de actuación Profesional

Los razonamientos y operaciones presentes en cada uno de los métodos de actuación profesional son el estudio preliminar, que se apoya en el razonamiento analítico para obtener un encuadre general de la situación y desarrolla operaciones de carácter investigativos tales como la observación y el análisis documental. “El diagnóstico da cuenta del conjunto de conceptualización y tareas cognitivas de aprehensión de la realidad que, mediante razonamientos reflexivos permiten caracterizar, describir las situaciones que se presentan al servicio social. En la planificación se establece el camino de las acciones prácticas a desarrollar y se utiliza un razonamiento de tipo analítico. Finalmente en la sistematización se reflexiona y recupera la

⁸ Restrepo Olga, Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Ed Espacio. 2003.

experiencia y el proceso haciendo uso del conocimiento teórico, es decir de la teorización⁹”.

El profesional de Trabajo Social rescata la importancia de la dinámica contextual identificando aquellos aspectos que requieren especial atención.

La autora hace mención a los siguientes momentos presentes en los métodos:

- **DIAGNOSTICO:** es una actividad investigativa de carácter empírico tendiente a la elaboración de razonamientos y juicios analíticos que permitan la construcción de hipótesis o supuestos sobre la situación a abordar anticipando la evolución o desarrollo de la misma.
- **PLANIFICACION:** esta conformada por problemas específicos que requieren respuestas profesionales. Su finalidad es práctica y los criterios que la orientan son de carácter funcional. Define y caracteriza la situación como se presenta en un momento determinado, y luego se proyecta a futuro anticipando la situación esperada.
- **SISTEMATIZACION:** se trata de una modalidad de investigación cualitativa que aporta conocimientos sobre una realidad específica.
- **EJECUCION:** es la fase de la puesta en marcha u operacionalización de la acción de acuerdo a las metas fines y objetivos.

⁹ Idem 8.

- EVALUACION: etapa reflexiva de revisión y análisis que tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades. Involucra el control de la acción planificada de tal manera que el propósito central no se desvíe de su camino.¹⁰

El término intervención se utiliza para designar determinado tipo de acción desarrollada en la práctica de Trabajo Social – metodología de intervención- es para Olga Restrepo problemático y restrictivo desde el punto de vista metodológico y operativo, haciéndose necesaria desde la perspectiva contemporánea su cuestionamiento y remoción. El contenido, usanza y tradición de dicho concepto se tornan hoy en día obsoletos, debido a que las nuevas tendencias metodológicas del Trabajo Social abogan por el establecimiento de sintonías, tránsitos y filiaciones con tendencias y posturas que conecten la esencia del quehacer profesional con una acción social, dialogante e interactiva, y eso tiene que operarse en el terreno de lo conceptual.

Restrepo propone la eliminación del término intervención reemplazándolo por el de actuación; entendiendo la misma como el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediciones sociales internas y externas que estructuran la especificidad del Trabajo Social y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones y posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tengan. La actuación profesional tiene un marco intencional, estructural y contextual que la hacen posible.

La actuación profesional remite a todas esas acciones materiales y/o discursivas que realizan los agentes profesionales y al conjunto de lógicas y

¹⁰ Restrepo Olga, Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Ed Espacio. 2003.

competencias administrativas, experienciales, cognitivas, y creativas que le infunden vida al ejercicio profesional proyectándolo.

3-Trabajo Social en el campo de la Salud

“El Servicio Social en Salud, es la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares. Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas. Tiende a favorecer la accesibilidad a la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los recursos institucionales intra y extra sectoriales que obstaculicen su integral atención¹¹”.

Adherimos a la definición de Trabajo Social formulada por Natalio Kisnerman quien sostiene que se trata de una disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora que los supere.

Se trata de una intervención que se realiza en forma intencionada, científica, racional, y organizada en la realidad social, para conocerla y trasformarla contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar social de

¹¹ Resolución nº 482/02. expediente 1-2002-15573-99/8. Normas de Organización y Funcionamiento del area de Servicio Social de los establecimientos asistenciales.

la población, entendiendo este como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones sociales, eleva la calidad de vida de una sociedad.

Natalio Kisnerman sostiene que el Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas de todo que es la institución de salud.

Para este autor los objetivos del Trabajo Social en salud son:

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales.
- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad.
- Participar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.¹²

Como funciones de Servicio Social este autor destaca las de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

El Trabajador Social en el área de la salud lleva a cabo las siguientes acciones:

- Servicio de atención directa a personas como a grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social o previniéndolos.

¹² Kisnerman, N. "Salud Pública y Trabajo Social". Ed. Humanitas, Bs. As. 1981.

- Investigación: identificando los factores que generan desigualdades, evaluando servicios, recursos, actitudes y valores.
- Políticas y promoción social: provocando y estimulando aquellas medidas que tiendan a lograr mejoras en la calidad de vida de la población.
- Planificación: transformando necesidades concretas en respuestas que las satisfagan
- Administración de Servicios Sociales organizando, dirigiendo o coordinando departamentos de Trabajo Social y programas.
- Capacitación de recursos humanos sean o no profesionales¹³.

4-Los Niveles de Atención en Salud y la Intervención del Trabajo Social

Desde sus orígenes el Trabajo Social se construye interviniendo en forma relevante dentro del campo de la salud. La inserción del Trabajo Social en este campo abarca tres niveles de atención.

1er Nivel

Se conoce tradicionalmente como *primer nivel de atención* a aquel destinado a cumplir con las funciones de prevención y promoción de la salud. Estas actividades se llevan adelante en los denominados: Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Centros Periféricos, Salas de Primeros Auxilios, Dispensarios, etc.

La Intervención del Trabajo Social generalmente se da dentro de equipos interdisciplinarios, en acciones de salud definidas, especialmente dentro de los “programas de salud materno infantil”, los mismos tienen como

¹³ Kisnerman, N. “Salud Pública y Trabajo Social”. Ed. Humanitas, Bs. As. 1981.

ejes principales el control del embarazo, parto y puerperio, el control del niño sano, asistencia alimentaria, vacunación , acciones de seguimiento de niños desnutridos, etc.

En la actualidad el impacto de la nueva cuestión social, muestra una serie de nuevas demandas que se expresan en el Primer Nivel de atención, las mismas son variadas y van desde la violencia urbana, las adicciones o los nuevos padecimientos sociales.

La intervención del Trabajo Social en este campo se lleva adelante a través de entrevistas, trabajos grupales y se singulariza en el trabajo comunitario.

2do Nivel

Clásicamente se denomina segundo nivel de atención en salud a la asistencia en Hospitales Generales. Es en este nivel donde desarrollamos nuestra práctica, allí desde el Servicio Social, la Intervención del Trabajo Social se vincula con las problemáticas de pacientes internados o que concurren a consultar al hospital. En algunos servicios se trabaja dentro de programas específicos como: maternidad adolescente, infección por HIV, Tuberculosis, o desde los diferentes servicios que existen dentro de cada hospital.

En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo que se denomina referencia y contra referencia, dentro de un área definida que generalmente es llamada Programática, coordinando con el Centro de Salud acciones de diversa índole como por ejemplo, la realización de estudios complementarios.

3er Nivel

El tercer nivel de atención se ubica en Hospitales Especializados (por ejemplo: Hospital de Niños, Hospitales Psiquiátricos, de Quemado, de Ojos, etc.) donde la tarea del Servicio Social se relaciona con problemáticas de salud específicas.

Allí se determinan campos de Intervención donde el Trabajo Social se singulariza dentro de la misma obteniendo un alto nivel de especificidad.

Según Carballada “dentro del campo de la salud, los Trabajadores Sociales debemos tratar de romper con la identidad de beneficiario e incluir a cada persona en la categoría de ciudadano, sujeto de derechos, sujeto histórico, sujeto constructor de lo colectivo, sujeto a la libertad, sujeto a la dignidad.”¹⁴

¹⁴ Alfredo Carballada, Mario Barberena. Trabajo Social, Política Social y Salud. Portal Margen. www.margen.org.

SALUD

1-Historia del Concepto de Salud

El concepto de salud ha sido entendido de diversas maneras. Según diversos enfoques ha habido una evolución histórica en el pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, así como acerca de los modos de conservarla o recuperarla.

Pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones de salud:

- a- Uno ocurre en la primera mitad del siglo, cuando la medicina se subordina a la biología.
- b- El otro momento corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciendo resaltar entonces, la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales, se habla entonces del proceso salud-enfermedad¹⁵.

Históricamente, las explicaciones sobre causalidad en relación con la salud y las enfermedades se han dirigido con mayor frecuencia a caracterizar la situación de enfermedad, quizás por las manifestaciones dolorosas y limitantes de la misma obligan a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o mitigarlas.

¹⁵ Postgrado en salud social y comunitaria. Programa médicos comunitarios. Modulo 1 "Salud y Sociedad".

Son muchos los factores q actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales¹⁶.

La relación entre persona y su entorno constituyo la base para una concepción socioecologica de la salud, esencial para el concepto de promoción de la salud. Se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes.

2-Concepto Salud-Enfermedad-Atención

La antropología médica critica muestra el proceso de salud- enfermedad -atención como un constructo social y a su vez su producto, analizando y mensurando lo histórico, lo ideológico, lo político, lo económico, lo social y lo cultural de dicho procesó.

Según Eduardo Menendez una de las actividades básicas del proceso salud-enfermedad-atención es la autoatención. La autoatención hace referencia a las representaciones y practicas que las personas utilizan para diagnosticar, comprender, aliviar, curar o solucionar o prevenir aquellos procesos que afectan su salud. La autoatención refleja las representaciones que las personas tienen con respecto a su padecer y al modelo de atención que escogen para su tratamiento. Es a partir de lo que acontece en el proceso de autoatención y de la evolución del padecimiento, que la persona y su entorno decidirán acudir a un profesional.

¹⁶ Idem 15.

Los profesionales de Servicio Social deben tomar en consideración en su accionar que la autoatención es la principal forma de atención desarrollada por las personas y es a través de ella que los sujetos y grupos se relacionan con las otras formas de atención.

La autoatención constituye el primer nivel de atención real.¹⁷

Se establece que el derecho a la salud requiere para su concreción y universalización del cumplimiento de un conjunto de requisitos y del establecimiento de condiciones equitativas en varias esferas: **Equidad en la atención:** accesibilidad económica, geográfica y cultural de toda la población a los servicios de salud. **Equidad en la protección y reducción de los riesgos** de: enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables. **Equidad en la información y en la distribución del saber y del poder en salud:** acceso a información comprensible sobre la prevención y tratamiento oportuno de los problemas de salud y la generación de canales concretos para una participación activa de los individuos y las comunidades en un marco de respeto por la diversidad cultural y de fuerte empoderamiento ciudadano. De esta forma se configura un trípode orientado a la concreción del derecho a la salud.

Florencia Ferrara entiende a la salud como solución de conflictos. Como la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad.

¹⁷ Hugo Spinelli. Salud Colectiva: "Cultura, instituciones y Subjetividad". "Epidemiología, gestión y políticas" Ed Lugar. 2004.

Es la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida. Cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que le impone la interacción con su mundo físico, mental y social y cuando de esa lucha logra resolver tales conflictos¹⁸.

Ramón Carrillo entiende que la salud no es, en si misma y por si misma, el bienestar, pero si es condición ineludible del mismo.

“No es, pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social. Porque no se trata de asegurar la salud para un goce mas o menos epicúreo de la vida, sino para que el hombre se realice plenamente como ser físico, intelectual, emocional y moral, afianzando su conquista del medio exterior y su propio dominio interior”.¹⁹

Adherimos a la propuesta de Eduardo Menéndez que sostiene que “el proceso salud- enfermedad- atención constituye un universal que opera estructuralmente - por supuesto que en forma diferenciada – en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aun cuando esta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad: el sujeto desde su nacimiento, cada vez más medicalizado, es decir se encuentra inmerso en un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente solo eran

¹⁸ Elena Luz González Bazán “Conversaciones con Floreal Ferrara.” (Villa Crespo digital).

¹⁹ Ramon Carrillo, “Teoría de un Hospital” Obras Completas 1 Eudeba Bs As 1951.

acontecimientos ciudadanos. Se constituye e instituye al menos en parte a partir del proceso salud- enfermedad- atención”²⁰.

3-Sistema de Salud

Todo sistema de salud constituye simultáneamente un modelo de organización y un modelo de financiamiento, que apunta a alcanzar la finalidad de la atención de la salud de sus destinatarios.

Suelen definir una postura en relación con ciertos principios “rectores” como son la solidaridad, la calidad y la eficiencia. La solidaridad busca asegurar la atención de todos, ya que la posibilidad de enfermar es un riesgo generalizado. La calidad se vincula con la optimización de los resultados en beneficio de los niveles de salud. Por último la eficiencia conyuga la obtención de los resultados más convenientes al menor costo posible.

Existen también propósitos que pueden guiar los sistemas de salud, en tanto “objetivos últimos” del sistema: universalidad, satisfacción y equidad. El primero de ellos apunta a extender la cobertura al conjunto de la población. La satisfacción se relaciona con el grado de conformidad de los usuarios del sistema por los servicios utilizados. Finalmente la definición de equidad hace referencia a los niveles relativamente homogéneos de atención para el conjunto de la población²¹.

“En la consideración del sistema resulta pertinente reconocer que en los diferentes modelos se definen roles diversos en la atención de la salud: rol prestador, financiador y regulador. Los mismos asumen diversas características

²⁰ Menéndez, E. La enfermedad y la curación ¿Qué es Medicina Tradicional? *Revista Alteridades* n° 7 (1994).

²¹ Maitena M Fidalgo. Adiós al Derecho a la Salud. El desarrollo de la medicina prepaga. Ed Espacio. 2008.

según la predominancia de determinados principios. El último de ellos le corresponde en forma exclusiva al estado, mientras que los roles de prestador y financiador pueden ser desempeñados tanto por agentes públicos como privados”.²²

4-El Sistema de Salud en la Republica Argentina:

El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: publico; de la seguridad social y privado.

- El subsistema público, está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita.
- El subsistema de Obras Sociales en nuestro país, se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la Ley 18.610. Aunque estas existían desde mucho antes la modalidad que asumían no era la que hoy conocemos. Las Obras Sociales durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del

²² Maitena M Hidalgo. Adiós al Derecho a la Salud. El desarrollo de la medicina prepaga. Ed Espacio. 2008.

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

- El subsistema privado se encuentra bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación").

5-Niveles de Atención

El concepto de niveles de atención implica el reconocimiento de elementos claramente diferenciados: por una parte, el de necesidad de atención en relación con las personas, los grupos comunitarios y sus condiciones de salud, y por la otra, el de menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta diseñada para satisfacer esa necesidad.

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

De esta categorización surgen los tres niveles de atención:

- Primer Nivel de Atención

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

- Segundo Nivel de Atención

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

- Tercer Nivel de Atención

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

6-Salud Pública

La salud pública surge como una disciplina basada en el saber médico y en el aporte de diversas disciplinas para la investigación y el reconocimiento de la realidad social, definiéndose como “el conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al Estado y a todos los habitantes de un país (de ahí el carácter de pública) para promover, prevenir, recuperar y rehabilitar salud en una sociedad.”²³

7-Modelos de Atención

Adherimos a la definición de Eduardo Menendez de modelos de atención. El autor se refiere no solo a aquellas actividades que refieren a la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir aquellos que buscan prevenir, brindar tratamiento, controlar y aliviar o curar un determinado padecimiento.

Las diferentes formas de atención que en la actualidad operan en la sociedad tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económicas políticas técnicas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre las prácticas de la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención.

En la actualidad asistimos a un pluralismo médico en el cual la mayoría de la población utiliza varias formas de atención de salud, no solo para los diferentes problemas que la aquejan sino incluso para un mismo problema de salud. Es de destacar que en su mayoría estas diversas formas de atención

²³ Kisnerman, N. “Salud Pública y Trabajo Social”. Ed. Humanitas, Bs. As. 1981.

actúan básicamente sobre los padecimientos y no sobre la promoción de la salud.

Según este autor existen las siguientes formas de atención en salud:

1) Atención biomédica: se refiere a la atención que es brindada por los médicos del primer de atención y del nivel de especialidades para los padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Esta atención se brinda en instituciones oficiales y privadas.

2) Atención popular y tradicional: es la brindada por curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, etc.

3) Atención alternativa: hace referencia a las prácticas prestadas por sanadores y nuevas religiones curativas de tipo comunitario.

4) Formas de atención devenidas de otras tradiciones medicas académicas como acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.

5) Formas de atención centrada en la autoayuda: alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos, clubes de diabéticos, etc.

Si bien estos niveles están diferenciados en muchas ocasiones se genera algún tipo de articulación entre estas diferentes formas de atención. Es así como desde la biomedicina, para lograr mayor eficacia en los tratamientos, y como ocurre con frecuencia en el Hospital Interzonal general de Agudos, se acude a estas formas de atención para completar los tratamientos de determinadas patologías.

8- El Campo de la Salud

El informe Lalonde, producido en Canadá en 1974, constituyó un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en salud pública,

ampliando la comprensión de la salud. Contribuyó al pensamiento sanitarista conceptualizando el “campo de la salud” en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de morbilidad y mortalidad y como resultado del análisis el modo en que cada elemento afecta el grado de salud en el país.

BIOLOGÍA HUMANA: Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo.

MEDIO AMBIENTE: Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Por ejemplo: la contaminación del aire, el abastecimiento de agua, la pureza de los alimentos, etc.

ESTILO DE VIDA: Representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Consiste en la cantidad, la calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud.

Este concepto de “campo de la salud” es abarcativo, cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una

combinación de los cuatro. Uno de los principales obstáculos que se presentan para mejorar la salud de las personas es que el poder para lograrlo se halla disperso entre los individuos, los gobiernos, los profesionales y las instituciones de salud. Esa fragmentación de la responsabilidad, ha llevado a utilizar enfoques desequilibrados, en los que cada participante en el campo de la salud ha procurado soluciones limitadas a su propia esfera de interés. El concepto de campo de la salud unifica todos los fragmentos y permite a los individuos descubrir la importancia de todos los componentes, inclusive aquellos bajo la responsabilidad de otros. Es una visión unificada del campo de la salud, que probablemente contribuya al mejoramiento del nivel de salud.

LA INSTITUCIÓN

1-La Organización en las Diferentes Escuelas

El individuo como tal no puede vivir aislado, sino en continua interacción con sus semejantes, por tanto es un ente sociable. Los individuos tienen que cooperar unos con otros, por sus restricciones personales, y deben constituir organizaciones que les permitan lograr algunos objetivos que el trabajo individual no alcanzaría realizar.

Al intentar conceptualizar el término organización, nos encontramos con que, como sucede a menudo con diferentes vocablos, son muchas las acepciones que se le asocian. Esto se debe a que, a lo largo de la historia, se han desarrollado nociones desde diferentes escuelas de pensamiento. Desde una perspectiva sistémica, una organización se define como: un sistema de actividades conscientemente coordinadas formado por dos o más personas. La cooperación entre ellas es esencial para la existencia de la organización, y ésta existe cuando:

- Hay personas capaces de comunicarse
- Que estén dispuestas a actuar conjuntamente
- Para obtener un objetivo común.

Desde el enfoque de la complejidad, se entiende que dentro y fuera de la organización “los vínculos no son conexiones entre entidades (objetos o sujetos) preexistentes, ni estructuras fijas e independientes, sino que los

vínculos emergen simultáneamente con aquello que enlazan en una dinámica de auto organización. Se trata de pasar de un único mundo compuesto por elementos y relaciones fijadas por las leyes de la lógica clásica a 'multimundos' donde unidades heterogéneas y vínculos no tienen un sentido unívoco, no están completamente determinados, no existen independientemente sino que emergen y coevolucionan en una dinámica creativa: el juego de la vida"²⁴.

2-La Institución en relación al Trabajo Social

El Trabajo Social desde sus inicios como profesión de las ciencias sociales se vienen desarrollando en diferentes tipos de instituciones, como la persona se desenvuelve también en una pluralidad de instituciones, que irán transformándose de acuerdo a los cambios que se producen en la sociedades donde se encuentran.

Las personas nacemos dentro de instituciones, bien sostenía Sócrates que la familia es una institución pilar para la formación de la sociedad. Podemos decir que encontrarnos fuera de ellas sería una anomalía, participamos en instituciones educativas, de salud, culturales, políticas, etc. con mayor o menor niveles de organización o con un mayor o menor delimitación de sus fronteras, pero en el cotidiano diario participamos en una pluralidad de instituciones y donde nuestro rol se va transformando de acuerdo al marco institucional.

Es por esto que la profesión del Trabajo Social también se ejerce dentro de ellas; podría ser definido como una profesión que "*...se orienta a favorecer la atención objetiva de las necesidades humanas mediante la participación de*

²⁴ Najmanovich, Denis. El juego de los vínculos. subjetividad y redes: figuras en mutación. ED. Biblos. Pág. 70-71.

*los sujetos como constructores históricos de la sociedad...*²⁵; Pero cuál es el rol del Trabajador Social dentro de estas instituciones y cual es este rol en relación a la persona. Tomando palabras de San Giacomo Parodi nos encontramos con el rol profesional, dice este autor, *“El Trabajador Social se inserta, como instrumento mediador, en los esfuerzos de transformación social de la actividad humana, a fin de impulsar cambios progresivos.”* Esta acción mediadora se realiza entre la personas y/o personas o grupos y las diferentes instituciones.

Unos de los objetivos de esta acción mediadora es generar los canales de comunicación entre ambos actores pero siempre buscando al autonomía de la persona/personas, buscando la autonomía de sujeto.

Las instituciones donde el Trabajador Social se encuentran insertos y ejercen su profesión, son la respuesta de la sociedad a la problemáticas de sus ciudadanos, y es por ser parte misma de la institución que el profesional puede verse rodeado de vicios institucionales o con tintes asistencialistas en relación a la problemática de las personas, pero este profesional no debe perder su mirada puesta en la persona y en la búsqueda de cambios favorables para este, respetando su autonomía y su diversidad cultural.

3-Cultura Organizacional

La cultura en su sentido original es una producción que resulta de la interacción social. Este concepto de cultura, según Jorge Etkin, refiere a “los conocimientos, creencias y valores que tienen, construyen y comparten los integrantes de una organización en sus relaciones cotidianas. Los saberes,

²⁵ San Giácomo Parodi, O. “El trabajo social y conocimiento objetivo”. Equipo EIEM. UNMdP.

ideas y creencias son transmitidos en forma continuada a través de la educación y la interacción social en la organización. La cultura incluye estas formas de educación, socialización o herencia social”.²⁶

Este autor, dirá también, que “el concepto de cultura incluye elementos explícitos e implícitos. En lo manifiesto: los conocimientos y tecnologías que comparten los integrantes de la organización, como los modos de operar en el quirófano de un hospital o los métodos pedagógicos en una escuela. En lo implícito: las imágenes y representaciones compartidas, los mitos y leyendas”.²⁷

Siguiendo al mismo autor, es importante resaltar que “la cultura no es externa a los participantes, no es impuesta desde afuera... la cultura se construye en la interacción cotidiana y desde allí influye en los comportamientos”.²⁸ Además, “la cultura puede considerarse un rasgo de la organización en lo que tiene de reconocida y compartida, bajo la forma de creencias, premisas, suposiciones, convenciones y otras pautas que influyen en las relaciones”.²⁹

Es importante resaltar que la cultura, para Jorge Etkin, “tiene un papel activo sobre la realidad: orienta a los participantes sobre el modo en que deben entenderse y hacerse las tareas”.³⁰

Etimológicamente, podemos afirmar que la cultura de la organización es un concepto derivado de la intersección de dos teorías: la de la cultura como conjunto compartido de creencias y símbolos, y la de organización como red de

²⁶ Etkin, Jorge. Política, Gobierno y Gerencia de las Organizaciones. ED. Parson Educación. Argentina. Pág. 221.

²⁷ Idem 26 (Etkin).

²⁸ Idem 26 (Etkin).

²⁹ Idem 26 (Etkin).

³⁰ Idem 26 (Etkin).

significados e imágenes más o menos compartidas por el personal de la institución.

La cultura organizacional en sistemas de salud es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales (Teodoro Carrada Bravo, 2002).

Lo más característico de los sistemas de salud es su enorme complejidad estructural, y la coexistencia de varios grupos o equipos de trabajo profesional (subculturas) cuya meta común es producir servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los usuarios y las expectativas de la sociedad.

4-Hospital

Los hospitales son el producto de un esfuerzo de sentido social, en virtud del cual la asistencia que reclama el necesitado es un derecho que refluye socialmente en un deber.

Dentro de los conceptos de justicia social corresponde llegar al ideal contemporáneo, en virtud del cual la caridad que en el medioevo exigía la Iglesia y en la actualidad ejerce el Estado en gran escala bajo la concepción de servicio público, debe fundarse en lo único que es compatible con la dignidad humana: la previsión social.

“Estoy decidido a que, Dios mediante, los hospitales argentinos no sean solo casas de enfermedad, sino casas de salud, de acuerdo con la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a

vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando este es fácilmente curable”.³¹

5-Emergencia Hospitalaria

El sistema de emergencia hospitalaria, tiene como objetivo fundamental lograr que en todo el hospital se pueda enfrentar una situación de emergencia en forma rápida y eficaz. Ofrece tratamiento inicial a pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales son potencialmente mortales y requieren atención inmediata.

Se define como emergencia hospitalaria aquella situación que de inmediato coloca en peligro la vida de un paciente, familiar o visitante o trabajador del hospital.

Un sistema de emergencia hospitalaria debe sustentarse sobre las siguientes bases:

- Entrenamiento en los procedimientos de atención a la emergencia.
- Recursos materiales³².

La dinámica de las salas de emergencia hospitalaria requiere de una armonía entre su estructura física, el equipamiento médico, el sistema de información y un sólido entrenamiento y trabajo en equipo de todo el personal.

Los cuidados médicos a los pacientes deben suministrarse rápidamente, con gran exactitud y con un alto nivel de actividad diagnóstica. Por ello el desarrollo de la tecnología debe ayudar a los profesionales a aplicar con

³¹ Ramón Carrillo, “Teoría de un Hospital” Obras Completas 1 Eudeba Bs As. 1951.

³² Dr. Parellada Blanco y Dra Angela Olda Hidalgo Sanchez. Revista cubana de medicina intensiva y emergencia. “Sistema de Atención a la Emergencia Hospitalaria”.

seguridad todos los principios contenidos en las diferentes guías terapéuticas de los colegios médicos y las instituciones.

De allí que las salas de espera y la recepción de los pacientes requieren de equipamientos que faciliten la identificación de los pacientes y el monitoreo rápido de las constantes vitales.

Las Áreas de Observación dentro del servicio de urgencia, llamadas en este caso Cuadrilátero, constituyen una forma de organización de la asistencia urgente disponiendo de forma determinada la prestación de los servicios. Se trata del área donde se define el destino del paciente, y donde realizamos nuestras practica.

“La urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud, de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de un sujeto que la sufre o de su familiar”³³.

Podemos definir la unidad de urgencia hospitalaria como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar ubicada en un área específica del hospital, que cumpla requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantiza condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y a la emergencia³⁴.

³³ OMS Organización mundial de la salud.

³⁴ Unidad de urgencias hospitalarias. Estandartes y recomendaciones. Informes, estudios de investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social

Segunda Parte

Marco Contextual

SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE GRAL PUEYRREDON

1-Regionalización de los Sistemas de Salud

El sistema Público de salud de la Provincia de Buenos Aires esta organizado a través de lo reglamentado por la ley de Regionalización 7016, que establece en su art. 1 que el “ El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, realizará la Regionalización Sanitaria de la provincia de Buenos Aires, coordinando y ordenando las instituciones sanitarias en un conjunto orgánico y articulado, con el fin de lograr el abastecimiento integral planificado y suficiente de los servicios sanitarios en cada región .

Determina que la provincia se dividirá en regiones sanitarias, fijando los límites de las mismas de acuerdo a: - factores demográficos; -medios y/o vías de comunicación y transporte; -especialización por servicios o establecimientos; - y cualquier otro factor que haga incidencia preponderante desde el punto de vista técnico sanitario.

Esta regionalización tiene como criterio racionalizar los recursos, permitir un mayor rendimiento de los servicios y evitar al mismo tiempo la superposición de las diferentes instituciones de salud, y de sus recursos.

La Regionalización Sanitaria, a cargo de una Coordinación Sanitaria, configura una estructura administrativo- operativo de decisión descentralizada y una concentración de recursos acorde con la problemática, las necesidades y la demanda regional. Tiene como función coordinar todos los programas

sanitarios de la región, brindar asesoría técnica, investigar y colaborar con los organismos existentes en la región.

Cada región sanitaria consta de niveles jerárquicos de prestaciones de salud a saber:

a) Nivel Regional: Los establecimientos que integran este nivel deben encontrarse en condiciones técnicas de prevenir, diagnosticar y tratar todas las enfermedades, como así mismo realizar enseñanza e investigación con carácter obligatoria y permanente.

b) Nivel Subregional: debe asegurar la existencia y/o creación de los siguientes servicios -clínica medica, clínica quirúrgica obstétrica y ginecología y pediatría, considerados como básicos, además de los servicios especializados y auxiliares comunes.

c) Nivel local: Incluye los servicios considerados anteriormente, como así mismo servicios auxiliares de radiología y laboratorio.

La regionalización tiene como objetivo fomentar la equidad, mejorar la calidad de la atención, aumentar la eficiencia, asegurar la sostenibilidad e impulsar la participación social.

La *regionalización de los servicios de salud* es un proceso de organización de la red de servicios de salud a nivel territorial o local mediante la descentralización de las áreas geográficas determinadas, así como la concentración de las acciones de salud bajo un mando único y un mismo programa, con el fin de alcanzar condiciones superiores de salud al brindar la completa accesibilidad y total cobertura a la comunidad recabando de ella su imprescindible participación.

Uno de los objetivos fundamentales de todo ejercicio de regionalización es mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, entendida esta como la posibilidad de acceder a los servicios de salud sin que existan barreras geográficas, culturales, mediáticas, legales o financieras.

La *descentralización* es un proceso imprescindible para lograr la regionalización de los servicios de salud, y se ejecuta mediante la delegación efectiva de autoridad y la asignación consecuente de los recursos humanos.

Tanto la descentralización como la desconcentración, son aspectos que resultan clave para el desarrollo de los servicios de salud y el mejoramiento de la salud de las poblaciones.

La *descentralización* es un proceso de transferencia de la capacidad de decisión sobre recursos financieros, materiales, humanos y técnicos, necesarios para cumplir los objetivos que se enmarcan en el propio ejercicio de la autoridad otorgada, mientras que la *desconcentración* es un proceso de transferencia de funciones, acciones y unidades, manteniéndose la capacidad de decisión en el nivel central del sistema en cuestión.

La *descentralización en salud* es un proceso que se enmarca en la sociedad como un todo y en el cual se realizan transferencias de autoridad desde los niveles superiores hacia los periféricos, vinculado a los procesos de democratización y participación popular, y para los cuales se requiere de autoridad para identificar problemas, tomar decisiones y manejar herramientas técnico-administrativas para la correcta administración de los presupuestos, el personal, los abastecimientos, la información y las tecnologías.

Los procesos de *regionalización* favorecen la capacidad de resolver problemas de los servicios de salud a partir de la aplicación consecuente de los

principios básicos de la *descentralización* como un largo proceso que permite ofrecer niveles apropiados de atención para todos, mejorar la calidad de los servicios, incrementar la satisfacción de la población y alcanzar niveles óptimos de la relación costo-beneficio.

2-Accesibilidad al Sistema De Salud Pública en el Municipio de Gral Pueyrredón

El sistema de salud público de la ciudad de Mar del Plata, cabecera del distrito de Gral. Pueyrredón, cuenta con un modelo de organización en salud que contempla los tres niveles de Atención.

El primero, denominado de **atención primaria**, brindado por postas sanitarias y unidades sanitarias. Los equipamientos de este nivel son los consultorios, las unidades de salud mental o los centros de profilaxis obstétrica, radiología, odontología, laboratorio y los servicios de enfermería para el suministro de primeros auxilios. Aquí están incluidos el médico de cabecera, el pediatra, la asistencia social y las urgencias. Es importante aclarar que cada posta sanitaria se encuentra bajo la supervisión de un centro de salud perteneciente a su zona de influencia, que será el lugar de derivación ante cuestiones que requieran mayor complejidad en la atención

Los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad, para que todos puedan contar con un Centro de Atención cercano a su domicilio. Para acceder a la atención médica gratuita, sólo es necesario dirigirse al Centro de Salud más cercano y solicitar turno.

El segundo nivel, llamado de **atención secundaria y terciaria**, consiste en la provisión de los servicios que requieren significativo nivel de

especialización, un equipamiento con mayor nivel de complejidad y dotación de infraestructura para la internación y de profesionales idóneos. En este estrato, se incluyen los hospitales generales y especiales. La **atención secundaria** incluye operaciones sencillas y tratamientos que implican una corta hospitalización, mientras que la **atención terciaria** atiende afecciones que requieren hospitalización con cuidado especializado y de avanzada tecnología. Las dos instituciones que corresponden a esta jerarquía sanitaria son: el Hospital Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" y el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. O. Alende", localizados en Mar del Plata. Ambos son centros de recepción de pacientes provenientes de la ciudad cabecera y del resto del Partido de General Pueyrredon, así como también desde la jurisdicción de la Región Sanitaria VIII (General Lavalle, Maipú, partido de La Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea, San Cayetano).

3-Oficinas de Referencia y Contrarreferencia Municipal HIGA e HIEMI

Para poder atender todas las demandas de la población en materia de salud, el gobierno Municipal ha firmado convenios con el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil y con el Hospital Interzonal General de Agudos, cuya organización se encuentra en el Sistema de Regionalización de la Provincia de Buenos Aires. Así a través de las oficinas de Referencia y Contrarreferencia que funcionan con personal municipal, se posibilita la atención gratuita de los pacientes de los centros de salud municipales.

La ciudad de Mar del Plata cuenta con los siguientes establecimientos sanitarios dependientes del sector público:

➤ Dependencia Nacional:

- I.N.E. Instituto Nacional de Epidemiología. “Dr. Juan H. Jara.”
- I.NA.RE.P.S. Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur.

➤ Dependencia Provincial:

- H.I.E.M.I. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”.
- H.I.G.A. Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Allende”.
- Hospital Local “Casa del Niño”.
- Centro Regional de Hemoterapia.

➤ Dependencia Municipal:

- Conformado por 3 Centros de Referencia; 24 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), y 5 Postas Sanitarias dependientes de la Secretaria de Salud de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. Los mismos son:

Centros de referencia: I.R.E.M.I, Centro de Salud N°1, Centro de Salud N°2, y Estacion Chapadmalal.

Caps: Newbery, Parque Hermoso, Santa Rita, Libertad, Ameguiño, A.P.A.N.D., Belgrano, Las Américas, La Peregrina, Playas del

Sur, Faro Norte, 2 de Abril, Batan, Alto Camet, 9 de Julio, C. de Meyrelles,
Martillo, Centenario, Aeroparque, y Belisario Roldan.

Postas Sanitarias: Santa Paula, Parque Palermo, Felix U Camet,
Coronel Dorrego, San Cayetano.

MARCO INSTITUCIONAL

1-Hospital Interzonal General de Agudos

Como ya expresamos, el Sistema Público de Salud de Mar del Plata esta conformado por dos efectores de alta complejidad, que son el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” y el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Alende”. Este ultimo destinado a la atención de pacientes a partir de los 15 años de edad.

Este nosocomio fue creado por el doctor Ramón Carrillo que lo concibió para que sirviera a la población carenciada de la región.

Estuvo casi terminado a mediados de 1955, sin embargo luego del golpe militar se detuvo la obra que se reinició durante el gobierno de Arturo Frondizi.

Es así que el hospital formo parte del proyecto Carrillo el cual contemplaba dos principios fundamentales de planificación: la centralización normativa y la descentralización ejecutiva.

En la centralización normativa fueron detallados, las formas y medios para implementar todos los procedimientos y acciones técnicas y administrativas de la Secretaria de Salud Pública de la Nación. Desde el punto de vista administrativo obligó a la unificación de definiciones, criterios, regimenes de trabajo, normas sobre administración de fondos, las contrataciones del personal, etc. Esto se enmarcaba en la concepción de

Carrillo y del partido justicialista respecto a que la salud era mas un problema Social que Medico.

El denominado Hospital Regional no fue habilitado por el gobierno Nacional quien lo transfirió totalmente equipado al de la Provincia de Bs. As. en el año 1960, y se habilito para la atención del publico en diciembre de 1961.

Se trata del único efector de alta complejidad de la Región Sanitaria VIII

Pertenece al ámbito de la provincia de Buenos Aires, por lo cual el principal aporte económico para el mantenimiento es proveniente del presupuesto del Ministerio de Salud de esta provincia sumado a derogaciones de obras sociales (SAMO).

Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, se trata de un nosocomio de complejidad 8, como tal cuenta con una alta gama de especialidades: Área Tercera Edad. Cardiología y Cirugía cardiovascular; Clínica Medica; Ginecología; Infectología; Nefrología; Neurología; Odontología; Oftalmología; Oncológica; Ortopedia y traumatología; Reumatología; Salud Mental; Terapia Intensiva e Intermedia; Unidad de Prevención cardiovascular, y Urología.

Se desarrollan los siguientes programas: Cucaiba; H.I.V.; Internación Domiciliaria; Prodiaba, y Tuberculosis.

Los Hospitales así categorizados se encuentran en grandes centros urbanos, y como es el caso del HIGA, se trata de un centro de docencia e investigación.

Existen también tres grupos de voluntariados; "*Las damas rosadas*": "*Las damas lilas*" y "*Las señoras del ARCEC*", que trabajan con los pacientes que padecen de cáncer, y un grupo de voluntarios. En el cuarto piso del Hospital

funciona el “**Centro Educativo de Nivel Secundario N° 452**”. Y el “**Equipo Regional de Capacitación y Técnica Superior en Enfermería**”. Además, el “**Programa de Educación para pacientes con diabetes. Grupo de mejoramiento de la calidad de vida**” y Alcohólicos Anónimos “**Grupo Volver a Vivir**”.

2-Servicio Social del Hospital Interzonal “Oscar H. Alende”

La intervención del Servicio Social en el segundo nivel de atención, se vincula con las problemáticas de pacientes internados o que concurren a consultar al hospital. Dicha intervención responde a ciertos objetivos y funciones que rigen el accionar del equipo de Servicio Social.

Estructura y Organización.

El Servicio Social se encuentra ubicado inmediatamente de la puerta principal, permitiendo el rápido acceso de las demanda a través de la “ventanilla” lugar al cual recurren los pacientes para tomar contacto con el servicio social de manera espontánea. En esta oficina se reciben además, las interconsultas y se realizan entrevistas. En otro sector cuenta con una oficina de reunión y trabajo.

El Servicio Social esta compuesto por; una jefa y ocho profesionales de planta permanente; tres profesionales en espera de su nombramiento incluidos una Licenciada en Psicología; una becaria; una jefa de residentes; seis residentes de posgrado; tres residentes de pre grado y dos administrativas.

Cada uno de estos profesionales desarrolla sus actividades en servicios y/o programas específicos del hospital que se exponen a continuación:

Salud Mental.

Terapia.

Terapia Intermedia.

Clínica Médica: Infectología; Cardiología; Nefrología; Unidad Coronaria; Neumonología.

Consultorios Externos: Neurología; Infectología; Neumonología; Diálisis; Internación Domiciliaria; Guardia Médica; Salud Mental; Tercera Edad; Cardiología; y, Oftalmología.

A su vez los profesionales rotan en días y horarios en la guardia del Servicio Social, como así también los residentes de posgrado rotan por diferentes áreas del hospital durante su formación.

Objetivos

- Trabajar para el mejoramiento de la salud de la población asistida, a partir de un concepto integral de salud, el cual considera a la persona como sujeto social y protagonista en su proceso vital.
- Organizar la práctica profesional dentro del Servicio, estimulando el establecimiento de vínculos interpersonales, basados en relaciones de cooperación y compromiso con la tarea.
- Estimular la participación de todos los miembros en un proyecto interno de servicio, en el cual se identifiquen en sus objetivos y sea desarrollado a partir de un sentimiento de pertenencia al mismo.

- Considerar a la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza el compromiso que da contenido y sentido a la tarea.
- Generar un espacio de capacitación y actualización teórica metodológica que retroalimenta la practica cotidiana.
- Formar parte del equipo de salud, con intervenciones superadoras sustentadas teórica y metodológicamente.
- Trabajar en la implementación de la Residencia de Servicio Social, a fin de lograr nuevos aportes desde el área de salud a la profesión, teniendo en cuenta que el hospital es también un ámbito de investigación y aprendizaje.
- Establecer una adecuada inter-relación con la red de recursos institucionales de la ciudad.

Funciones

- Gestionar y aplicar los recursos existentes.
- Coordinar las acciones intra e inter institucionales.
- Mediatizar los intereses de la Institución de los pacientes y su grupo familiar.
- Participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas implementados en la institución.
- Formar parte de la red institucional de la comunidad.

3-Servicio de Emergencia Hospitalaria

Nuestra experiencia se desarrolló en el Hospital Interzonal general de Agudos en el área de la guardia de emergencia.

La unidad de urgencia hospitalaria esta físicamente diferenciada del resto de las áreas asistenciales del hospital. Dispone de espacios de acceso, recepción y calificación de los pacientes, que precisan atención urgente, espera, consulta, exploración y tratamiento.

Posee áreas para los pacientes con diversos niveles de gravedad o tipos de enfermedad. Debe tener en cuenta las necesidades de todos los usuarios de la unidad, y algunas condiciones específicas como son la ubicación acceso, y circulación así como también la relación con otras unidades (cuidados intensivos, internación, quirófano, laboratorio, diagnóstico por imagen, etc.), seguridad y los requerimientos de los sistemas de información³⁵.

El servicio de emergencia cuenta con dos accesos, uno es directo donde ingresan los pacientes con urgencias, y también hay acceso a partir de los consultorios de guardia. Otro acceso se conecta con el hospital, que posibilita el traslado de pacientes, ya sea por internación o realización de estudios.

Entendemos que el servicio de guardia es a menudo el primer contacto de las personas con el hospital, es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día los 365 días del año a pacientes que demandan atención inmediata.

El servicio de emergencia del HIGA consta de una infraestructura compuesta un Shock Room (4 camas), donde se asiste al paciente en estado crítico en forma intensiva, dos quirófanos de guardia: que en el momento de

³⁵ Unidad de urgencia hospitalaria. "Estándares y recomendaciones" informes, estudios de investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

nuestra intervención, funcionaban como salas de aislamiento para pacientes; una sala de observación para pacientes estabilizados que aguardan su posterior internación o externación según su evolución (Cuadrilatero 8 camillas); una sala de procedimientos en la cual se lleva a cabo cualquier tipo de intervención menor; una sala de yeso; 10 consultorios de atención externa de diferentes especialidades; “la pecera” (oficina del personal); Sala de descanso para profesionales; destacamento policial, sala de espera, y sanitarios para pacientes internados dentro de la guardia y fuera de la misma.

Este servicio técnicamente está dotado de rayos x, un tomógrafo y un ecógrafo.

Tercera Parte

La Sistematización-Metodología

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS

1-Estructura y funciones

El plantel profesional del servicio de emergencia esta conformado por una Jefa de Emergencia, un Jefe de día, un Jefe de Enfermería, una supervisora de Enfermería, una jefa de área programática, una jefa de estadística y una coordinadora de guardia.

Médicos: 1 (clasificador, médico generalista), 4 (Clínica Médica), 3 (Cirugía), 2 (OyT), 1 (ginecología). (Composición: médicos de planta y residentes). Los médicos residentes dependen de las Jefaturas de Residentes y a partir de las 17 hs. del jefe de día de la guardia. Especialidades con guardia pasiva: Neurocirugía, Oftalmología, Cirugía Vascular, Infectología, Neurología, Nefrología. Por interconsulta Servicio Social, en horario en atención.

Enfermería: 34 enfermeros (distribuidos en turnos de 8 hrs.). A la fecha de la entrevista se encontraban 5 enfermeros con carpeta médica y 2 enfermeros de vacaciones. Modalidad de trabajo: 2 enfermeros en shock Room, 1 en cuadrilátero, 1 en procedimientos y sala de yesos, 1 en la pecera (oficina de enfermería) y 1 en consultorio externo. 1 Voluntario.

Área de Estadística de Guardia: 10 agentes (distribuidos en guardias de 24 y 12hs., 1 agente con un régimen de 8 hs. diarias).

Área Técnica y Administrativa: Rayos guardia: TAC (1), Técnicos (2), Ecografía (1).

Intendencia: Intendente. Camilleros: mañana (2) tarde (1) noche (1).

Servicios terciarizados: Vigilancia: 2 personas Limpieza: 4 personas Cocina: Camareras.

Destacamento Policial: 2 agentes.

Cuadrilátero: Como se desarrollo en la primera parte de esta tesis, “el cuadrilátero” es una sala de observación, control y tratamiento para pacientes que aguardan su posterior internación o externacion. Se trata del área donde realizamos nuestras intervenciones, ya que aquí es donde se define el destino del paciente.

Las áreas de observación dentro del servicio de urgencias constituyen una forma de organización de la asistencia urgente disponiendo de forma determinada la prestación de los servicios, para adaptarse mejor a las necesidades de los pacientes, atendiendo a sus características y problemas clínicos de carácter urgente.³⁶

2- Características de los pacientes que demandan atención en el Servicio de Emergencia del HIGA en el periodo 2009-2010

A rasgos generales, podemos delimitar a la población recepcionada en el área de emergencia como, aquella población adulta, entendiéndose como tal a los mayores de 15 años de edad provenientes de los 16 partidos de la costa.

Con el objetivo de conocer el perfil poblacional de los pacientes que acuden a la guardia de emergencia nos propusimos realizar un trabajo de investigación. El mismo se realizo durante el primer semestre del año 2010 con

³⁶ Ferrer Tarres JM, Prat Marin A, Tomas Vecina S. "Revisión de la utilización de las áreas de observación de las áreas hospitalarias" 2003.

una muestra de 190 personas. Para tal fin analizamos las siguientes dimensiones y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- **Sexo:** No se verifica una diferencia relevante entre hombres y mujeres: Femenino 45,3 % y Masculino 54,7 %.
- **Localidad:** La mayoría de los pacientes residen en el partido de General Pueyrredón, y en menor medida de otras localidades. : Partido de General Pueyrredón el 82,6 %, en Capital Federal 3,1 %, en localidades de la Región VIII el 7,8 % y en otras localidades el 6,5%.
- **Nacionalidad:** La mayor parte son de nacionalidad Argentina, ingresando al área de emergencia un número muy reducido de inmigrantes de países limítrofes: Argentina 91,6 %, Paraguaya 2.1 %, Peruana 0.5 %, Chilena 2.1 %, otros 3.6 %.
- **Obra social:** Se pudo observar que más de la mitad de los pacientes no poseen obra social y de estos muy pocos contaban con la posibilidad de afiliación: No posee 64.7 %, Posee 35.3 %. Dentro de los que no poseen Obra Social el 9 % tiene posibilidad de afiliación constituyendo un total de 44.2% de personas con posibilidad de cobertura.

- **Acceso a la medicación:** Un porcentaje menor (45%) refiere tener acceso a la medicación, ya sea en farmacias privadas, de gremios, del hospital y de las salas de salud.
- **Ingreso a la guardia de emergencia:** En su gran mayoría estos pacientes asisten a la institución acompañados: Con amigos 5.3%; cónyuge 25.8%, hermano 5.3%; hijo 13.9%; madre o padre 12.6%; otro 12,7%.
- **Permanencia:** El 83.2%, o sea 159 pacientes; permanecieron en el cuadrilátero un total de 3314 horas resultando un total de 19 horas promedio por paciente.- Permanecieron menos de 6 horas el 8,80% entre 6 y 12 horas el 19,3 %, entre 12 y 24 horas el 27,9%.- Entre 24 y 48 horas el 21.6% y más de 48 horas el 5.5%.
 - **Destino:** Se obtuvo este dato en el 90% de la población encuestada: el 39% fue dado de alta del cuadrilátero.- El 4.2 % fue derivado a otras Instituciones. El 44.2% se internó en las diferentes salas de éste Hospital. El 0.5 % en Terapia Intermedia.
 - **Causas de permanencia en el cuadrilátero:** Desintoxicación 2,6%.- Falta de cama 34.7 %.- Observación 42.1 %.- tratamiento 17,9%.- Pacientes Sociales 1.1%.-³⁷

³⁷ Una mirada a través del cuadrilátero. Caracterización de las personas que demandan atención en el servicio de emergencia del HIGA. Dr. Oscar Alende. Año 2010.

En cuanto al movimiento de la guardia, los siguientes datos son brindados por la oficina central de estadística del HIGA año 2009.³⁸

Indicadores meses	Paciente Día.	Camas disponibles.	% de ocupac	Egresos.	Día de estadía	defunciones	Giro cama
1 semestre	4530	4530	100	2367	2591	116	94.18
2 semestre	4973	4973	100	2557	2792	115	94.61

3-Inserción y Actuación del Servicio Social en el Área de Emergencia

A comienzos del año de nuestra inserción, se inicia un modelo de actuación profesional desde el Servicio Social del HIGA en el área de la guardia, ya que se considera de gran importancia la intervención del Trabajador Social en este sector desde el ingreso del paciente hasta su externación, posibilitando un proceso de resolución de problemas mas ágil y eficiente programando su egreso y evitando la permanencia innecesaria dentro del hospital.

El Servicio Social no formaba parte del plantel profesional que ocupa el área de emergencia. Con nuestro trabajo se inicia el proceso de inserción del Trabajador Social como integrante de este dispositivo de atención en este sector, siendo nuestra primera función construir ese espacio de interacción entre los diferentes profesionales.

³⁸ Oficina Central Estadística HIGA "Dr. Oscar Alende". Rendimiento Hospitalario. Servicio guardia año 2009.

Con nuestra práctica se instala un proceso de inserción con una rutina de trabajo que se incorpora a la rutina de trabajo propia del conjunto del Servicio Social.

La inserción implica las siguientes etapas:

a) Reconocimiento del lugar físico

En un comienzo, junto al equipo de Servicio Social, efectuamos un recorrido por toda la institución hospitalaria a fin de conocer la estructura y las áreas del nosocomio. Identificados los distintos sectores y especialidades procedimos a observar las oficinas del Servicio Social a fin de poder utilizar los distintos instrumentos de trabajo así como también ubicarnos en el espacio físico.

Una vez que realizamos estos pasos procedimos a explorar el área de emergencia a fin de poder tener una comprensión de la estructura del sector, de sus diversas áreas, sean estas destinadas a la atención de los pacientes, lugar de descanso del personal de salud, estadística, consultorios, etc.

Esta actividad resultó de vital importancia para lograr un desenvolvimiento adecuado y autónomo dentro del nosocomio y de la guardia en especial.

b) Actuación del grupo profesional en la dinámica de la atención

En un comienzo y una vez que realizamos el reconocimiento del espacio físico, se hizo necesario considerar la dinámica de trabajo de los profesionales de Servicio Social, ya sea en sus actuaciones profesionales individuales como así también el trabajo conjunto en el tratamiento de pacientes. Esta tarea consistió en la observación participante y no participante

del accionar de cada uno de los profesionales en sus actividades relativas a sus áreas específicas de trabajo como así también en la “ventanilla” del Servicio Social.

Esta actividad hace referencia a la atención de consultas, tramites en general, y una variada solicitud de actuaciones profesionales, tarea para la cual se requiere conocimiento de los recursos institucionales, Programas Nacionales, Provinciales Municipales, etc.

Se hizo necesario, así también, observar y comprender la actuación y dinámica del trabajo efectuado en la guardia no solo por los profesionales de Servicio Social, sino del conjunto de los distintos profesionales cada uno con su especialidad particular. Esta actividad tuvo como objetivo adecuar nuestra labor sin interferir y obstaculizar la atención de lo inmediato y de lo urgente.

La rutina de actuación que se diseña puede ser distinguida en diversas dimensiones:

Dimensión inserción

4-Elaboración de las estrategias de inserción

Observación de las demandas prevalecientes

Para conocer las demandas que se presentan en esta institución hospitalaria procedimos a realizar observaciones en la “ventanilla”. En este sector se reciben todo tipo de demandas y el equipo de Servicio Social brinda respuestas y posibles caminos a seguir. Esta observación nos permitió tener un conocimiento amplio acerca de las demandas atinentes al área de Servicio Social. Una vez que comenzamos a trabajar en el sector de la guardia ya teníamos conocimiento con respecto a las posibles demandas.

Entrevistas y presentación con los diferentes actores para conocer funciones.

Para ello nos presentamos al equipo de enfermeros, médicos y personal administrativo. Especificamos y clarificamos nuestra función y explicamos la dinámica de trabajo a los profesionales. Diseñamos preguntas a fin de obtener información sobre la función de los diferentes actores.

Estas acciones fueron necesarias para lograr un proceso de inserción eficaz.

El accionar del equipo de Servicio Social no se encontraba contemplada en la cotidianeidad de la tarea que se realiza en la guardia no solo por la ausencia de los profesionales si no también por la distancia existente entre la oficina de Servicio Social y la guardia, siendo la comunicación entre estas áreas muy escasa. Esta tarea se considera como un acto fundacional, ya que instituye la incorporación del saber social interpelando la hegemonía biológica dominante de esta área específica.

Dimensión actuación

5-Planificación de la actuación profesional

Dispositivo de concurrencia

Asistimos al hospital de lunes a viernes y la intervención se inicia a partir de las nueve de la mañana hasta las tres de la tarde.

Se concurre al área de la guardia en reiteradas oportunidades durante el día a fin de detectar posibles situaciones problema.

Dispositivo para identificar situaciones problema

El primer contacto en la guardia es con el personal de enfermería quien informa al Servicio Social, posibles demandas, según su percepción.

También, realizamos un recorrido por la guardia abarcando su totalidad facilitando las interconsultas por parte de los médicos de guardia y el personal administrativo así como de los propios pacientes y sus familiares. De esta forma mostramos la presencia del Servicio Social en esta área posibilitando el acceso de todos los actores presentes en la unidad de emergencia a realizar consultas o solicitudes.

Dispositivo de abordaje

En primera instancia, la herramienta que utilizamos como estrategia de actuación profesional es la entrevista, la cual se constituye como primer contacto con el paciente.

Una vez que tomamos conocimiento de los casos procedemos a la lectura de las historias clínicas. En donde se observa, los datos personales del paciente, su ingreso al hospital, el motivo de su internación, los profesionales que intervienen en el caso, y su historial. En caso de ser necesario se consulta a los profesionales que intervienen con la persona afectada abriendo espacios para realizar un trabajo multidisciplinario.

A partir del trabajo realizado, se hizo necesario fortalecer los circuitos de comunicación entre las diferentes áreas a fin de diversificar la oferta y conseguir un mejor seguimiento del tratamiento integral de los pacientes.

Se creó un dispositivo grupal para el tratamiento de pacientes alcohólicos en conjunto con los psicólogos de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo. En el mismo participan pacientes, familiares de los pacientes, médicos de la unidad, además de los psicólogos y

trabajadores sociales. La creación de este dispositivo nos permite brindar asistencia a un mayor número de pacientes de una manera integral.

Se favoreció la reconstrucción de redes sociales y familiares de los sujetos asistidos y se generaron estrategias para permitir el acceso a recursos ya existentes. Es decir, la estrategia de trabajo consistió en:

- Búsqueda de la red familiar y red familiar ampliada, algún otro tipo de relaciones sociales (por ejemplo amigos, conocidos, etc.)
- Recursos institucionales comunitarios que pudieran brindar sostén.

Durante este periodo también se elaboró un protocolo de intervención, con la orientación de profesionales del Servicio Social, con el objetivo de poner contar con un instrumento de trabajo que guíe el accionar de los profesionales que se desempeñen en este sector.

Dispositivo de registro en historias clínicas

Durante nuestra intervención pre profesional y para lograr un adecuado abordaje de las situaciones problema realizamos un registro de nuestras actuaciones profesionales en las historias clínicas al igual que las que realizan los profesionales de enfermería y médicos en general. Esta tarea es relevante para dejar constancia de la actuación profesional no solo para los demás profesionales sino para el mismo Servicio Social ya que da cuenta de los miembros del equipo que participaron en determinada situación problema y cuales fueron los mecanismos que se aplicaron para arribar a una posible solución. También permite identificar por parte de los colegas a los actuantes

en esta situación problema. En este registro siempre tenemos en cuenta no brindar detalles innecesarios sobre situaciones puntuales de los pacientes.

Dimensión de registro

6-Registro de la actuación profesional en el Servicio Social

Como se señaló anteriormente y con el propósito de tener un registro de actuación profesional utilizamos como herramienta la encuesta. La misma permite tener una base de datos de uso exclusivo del Servicio Social que sentara precedente, ya que no se cuenta con este tipo de instrumento para identificar pacientes. Nos permitió tener una base de datos de pacientes que solicitan atención del Servicio Social, y así poder identificar características de la demanda y posibles re-internaciones. Esto posibilitó realizar estrategias de intervención adecuadas a la demanda.

Creamos una ficha de los pacientes que asisten al dispositivo grupal psicoterapéutico de alcoholismo a fin de tener un registro sobre su concurrencia al grupo, sus datos personales y de interés y finalmente las acciones realizadas por los profesionales del Servicio Social para cada caso particular y las instituciones con las que se ha trabajado conjuntamente.

CONCLUSIONES

Obstáculos y facilitadores

A partir de nuestra inserción comenzamos a indagar sobre el tema y las modalidades de intervención encontrándonos con el **obstáculo** de no hallar material teórico que de cuenta de este proceso y la experiencia de profesionales de Servicio Social dentro de esta área. A pesar de realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva fue escasa la información relevante para el desarrollo de nuestra tesis.

Es de destacar, el hecho de que la intervención que se realiza con los pacientes del hospital en su gran mayoría no se realiza desde el servicio de guardia, sino cuando este se encuentra ya hospitalizado. Consideramos ello una dificultad ya que ese mecanismo no permite poder conocer y comprender como fue el ingreso del paciente y poder elaborar el proceso de alta junto con el mismo, desde su ingreso a la institución, con el fin de evitar internaciones inoportunas.

Aparece otro obstáculo en nuestra intervención profesional que consiste en incorporarse a un dispositivo institucional donde la hegemonía médica siempre ha reinado. Es decir, que se trata de una institución donde el modelo medico hegemónico concibe al hombre desde una posición biologista, a histórica

Se constituye de esta forma en un ambiente de trabajo que se encuentra constituido, organizado y adaptado para dar respuesta eficaz y rápida a los

problemas que se presentan y donde el accionar del Servicio Social no solo se ve acotado a esta dinámica de trabajo sino que también se ve afectado por la propia dinámica de la profesión. (ej tramitación de documentos, ingreso en instituciones geriátricas, tramitación de pensiones, etc.). Donde la urgencia desde nuestra profesión no implica dar respuestas “ya”, sino tomarse el tiempo de escuchar cómo a cada sujeto le impacta esa situación de urgencia, poder construir con el otro esa forma particular de entender la realidad que lo atraviesa y evaluar las posibilidades de reducir su padecimiento.

El proceso de inserción, como especificamos anteriormente se inicia en un espacio de trabajo que no formaba parte del accionar profesional siendo la presencia del equipo de Servicio Social en la guardia de emergencia escasa y extraña para la cotidianeidad del trabajo de la guardia.

Se trataba de un espacio a construir con los otros, ya que al momento de la inserción el cuestionamiento recurrente era cual era nuestra función, el no comprender qué situaciones se nos podían derivar y qué puede hacer una Trabajadora Social en la guardia.

También consideramos que es un obstáculo no contar con un espacio físico dentro del servicio, que sería de vital importancia para la realización de entrevistas.

Concluimos que las áreas de observación fueron diseñadas como áreas de tratamiento y evaluación, deberían ser una zona donde resolver incertidumbres diagnósticas, tratar procesos agudos de resolución rápida, y evitar ingresos hospitalarios innecesarios. Sin embargo la realidad que se vive a diario dista de estas funciones, los retrasos en el ingreso hospitalario han convertido las áreas observación en plantas de hospitalización, con periodos de

espera de ingresos superiores a 24 horas. Los enfermos con indudables criterios de ingreso convencional son inadecuados para esta área hospitalaria y refleja una mala utilización de las mismas.³⁹

Los estándares internacionales indican que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias debe ser entre 2 y 6 horas de acuerdo al sistema establecido en cada unidad médica; no obstante se considera que hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro del mismo.

El paciente que amerita observación de más de 6 horas., representa un problema real ya que satura los servicios de urgencias y repercute directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incremento en consumo de recursos.⁴⁰

Como **facilitadores** destacamos la respuesta positiva por parte del equipo de enfermería así como de otros profesionales y la buena disposición a realizar un trabajo conjunto, demostrando la necesidad de la presencia del Servicio Social en esta área y el deseo y la necesidad de encontrar respuesta a problemas que exceden su accionar. Se ha avanzado en la valorización del rol profesional y en la construcción de la necesidad de demandas a nuestra profesión.

Otro facilitador es el fácil acceso a la lectura de historia clínicas así como también la posibilidad de ingresar en las distintas áreas del servicio.

Se destaca la buena predisposición de pacientes y profesionales a responder las entrevistas efectuadas, a pesar de que no se contaba con un espacio físico concreto.

³⁹ Angel Stella, Luis Perez-Bello Fontañiña, Jose Ignacio Sanchez Angulo; Maria Dolores Toledo Coello; David Del Aguila Quiros. "Actividad asistencial en la Unidad de Observación de un Hospital de segundo nivel": Hospital de Jerez; Cadiz, España. 2008.

⁴⁰ Dr. Jorge Loría-Castellanos y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz. "Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel de la ciudad de México".

Durante nuestra practica en el hospital se pudo observar la respuesta favorable de los profesionales de esta área y otras en la realización de proyectos conjuntos, donde se pueda conocer la dinámica del servicio, la demanda, los recursos existentes, a fin de brindar un mejor servicio y dar respuestas eficaces a la demanda.

Propuesta de Intervención

PROTOCOLO DE INTERVENCION

Objetivo General

- Promover el bienestar integral del paciente y su familia en el proceso salud-enfermedad-atención y la optimización de los recursos sanitarios y socio-familiares en el Servicio de Emergencia del HIGA Dr. Oscar Alende.

Objetivos Específicos

- Agilizar el proceso salud-enfermedad-atención por medio de la detección precoz de los factores de riesgo social.
- Coordinar los recursos socio-sanitarios a fin de garantizar el uso racional de los mismos y la continuidad asistencial.
- Promover el alta hospitalaria a través de la integración de el alta médica y del alta social efectivizando la inserción activa del Servicio Social en el equipo de salud del Servicio de Emergencia.

Funciones

- Evaluación diagnóstica social de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (cuadrilátero y shock room) y recibir interconsulta por los pacientes de consultorio externo de emergencia.
- Planificar la intervención social ante determinadas situaciones de riesgo de emergencia de forma que, ante la eventualidad, posibilite una respuesta organizada, inmediata y de resolución favorable para los afectados.
- Evaluar y aplicar los recursos disponibles según las necesidades sociales (acompañamiento, alojamiento, alimento, medicación, etc.) que se puedan derivar de la atención en el servicio de emergencia tanto para los pacientes como sus familiares y/o allegados.
- Estudiar los factores y problemas sociales en relación con las atenciones de emergencia tales como violencia de género y urbana, intentos de suicidio, abuso de sustancias, abandono social, accidentología, etc.; contribuyendo a una mejor “intervención en crisis”.
- Contención emocional, acompañamiento, información, asesoramiento a los pacientes y sus familiares y/o allegados.

- Evaluación, sistematización y actualización de recursos comunitarios disponibles.

- Coordinación interinstitucional.

- Formación y supervisión del voluntariado en coordinación con el Servicio de Enfermería de emergencia.

- Participación en simulacros y otras actividades de formación que facilite la intervención en situaciones de emergencia.

- Elaboración de instrumentos de investigación, sistematización y registro de Servicio Social orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz que facilite también la evaluación de procesos y resultados.

- Participación en el diseño, desarrollo y evaluación de proyectos de investigación en el Servicio de Emergencia.

- Articular con el Servicio de Área Programática la derivación de pacientes a otros efectores de salud (al lugar de origen, por cobertura de obra social, etc.)

- Contribuir en la detección precoz de patologías clínicas “cronificantes” vinculando al paciente y/o familiares con los recursos disponibles intra y extra hospitalarios.

- Intervenir en la resolución y/o disminución de los obstáculos socio-sanitarios que producen las reinternaciones en pacientes con patologías crónicas.
- Realizar actividades de docencia en el pregrado y posgrado en el área.

Actividades

- Localización de familiares y/o allegados de personas que ingresan al servicio de emergencia.
- Entrevista a pacientes y/o familiares- allegados
- Identificación de pacientes N.N por medio de la articulación interinstitucional, visita domiciliaria, etc.
- Aportar la actualización de los datos personales del paciente para su ingreso en el sistema de cómputos (por ejemplo afiliación o posibilidad de afiliación a obras sociales) que surjan en la entrevista social.
- Registro en la historia clínica del paciente
- Visita domiciliaria e institucionales según criterio profesional.

- Vincular al paciente con instituciones que respondan a sus problemáticas socio- sanitarias (CPA, Unidades Sanitarias, Centro de Promoción Social, Servicio Sociales Comunitarios, Centro de Atención a la Víctima, Comisaría de la mujer, obras sociales y/o pre pagas, etc)
- Gestión de recursos socio- sanitarios
- Realización de informes sociales

BIBLIOGRAFIA

- Angel Stella, Luis Perez-Bello Fontaiña, Jose Ignacio Sanchez Angulo; Maria Dolores Toledo Coello; David Del Aguila Quiros. “Actividad asistencial en la Unidad de Observación de un Hospital de segundo nivel”: Hospital de Jerez; Cadiz, España. 2008
- Carballeda J.M. “Escuchar las practicas”. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social. Ed. Espacio. 2007
- Carballeda Alfredo, Mario Barberena. “Trabajo Social, Política Social y Salud”. Portal Margen. www.margen.org
- Dr. Parellada Blanco y Dra Angela Olda Hidalgo Sanchez. Revista cubana de medicina intensiva y emergencia. “Sistema de Atención a la Emergencia Hospitalaria”
- Elena Luz González Bazán. Conversaciones con Floreal Ferrara. (Villa Crespo digital).
- Etkin, Jorge. “Política, Gobierno Y Gerencia de las Organizaciones”. ED. Parson Educación. Argentina. Pág. 221.
- Hugo Spinelli. Salud Colectiva:”Cultura Instituciones y Subjetividad” Epidemiología, gestión y políticas. Ed. Lugar. 2004.
- Kisnerman, N. “Salud Pública y Trabajo Social”. Ed. Humanitas, Bs. As. 1981.
- Maitena M Fidalgo. Adiós al Derecho a la Salud. El desarrollo de la medicina prepaga. Ed Espacio. 2008.
- Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es Medicina Tradicional? *Revista Alteridades* nº 7
- Najmanovich, Denis. “El juego de los vínculos”. Subjetividad y redes: Figuras en mutación. ED. Biblos. Pág. 70-71

- Oscar Jara H. “Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias”, CEP Centro de estudios y Publicaciones Alforja
- OMS Organización Mundial de la Salud.
- Posgrado en salud social y comunitaria. Programa médicos comunitarios. Modulo 1 “Salud y Sociedad”
- Ramon Carrilo, “Teoría de un Hospital” Obras Completas 1 Eudeba Bs As 1951
- Restrepo Olga, “Reconfigurando el Trabajo Social”. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Ed Espacio. 2003
- Resolución nª 482/02. Expediente 1-2002-15573-99/8. Normas de organización y funcionamiento del área de Servicio Social de los establecimientos asistenciales.
- Sandoval Avila. “Propuesta metodologica para el Trabajo Social”.
- San Giácomo Parodi, O. “El trabajo social y conocimiento objetivo”. Equipo EIEM. UNMdP.
- Unidad de urgencias hospitalarias. Estandartes y recomendaciones. Informes, estudios de investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

ANEXO

FICHA INSTITUCIONAL

Grupo psicoterapéutico de alcoholismo

DATOS PERSONALES

Nombre:.....Edad:.....

Domicilio:.....Telefono.....

N de documento:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Ocupación:.....

Estado civil:.....

Obra social:.....Acompañante.....

Referente familiar

Nombre	vínculo	convive o no convive	teléfono

Antecedentes de la patología. Años de abuso de sustancias

.....
.....

Estrategia de solución previa: Si No

¿Realizo tratamiento previo? ¿Donde?

.....
.....

¿Abandono el tratamiento con anterioridad? ¿Por que?

.....
.....

¿Que tipo de tratamiento considera necesario?.....

.....

Lugar de atención (Salita teléfono, grupo, etc.)

.....
.....

Actividades de la vida diaria, intereses.

.....
.....
.....
.....

Reseña social (Situación familiar, habitacional, laboral, económica)

.....
.....
.....
.....

Existe contención familiar:	Si	No
Existe conciencia de enfermedad:	Si	No
Hay uso concomitante de Drogas:	Si	No

El Problema es de conducta o hay otras patologías:

.....

.....

Si hay otras alteraciones psiquiatricas, primarias o secundarias al habito alcohólico.....

.....

Diagnostico Clínico:.....

.....

Plan de acción, estrategias

.....

.....

.....

.....

Encuesta en cuadrilátero

Fecha de la encuesta: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Dirección: _____ teléfono: _____

Localidad: _____ Años de residencia en la localidad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Antigüedad de residencia: _____

Radicación: (SI) (NO)

Obra Social: _____ Posibilidad de afiliación: _____

Reg: (SI) (NO)

=====

1- Fecha de ingreso:

2-Hora de ingreso:

3- Origen: (local) (turista) (CAP) (Zona VIII)

4- Vez: (Primera _____) (ulterior _____) (por la misma causa) días (_____)

5- Diagnostico del problema actual: (Aun no determinado _____)

(Determinado: _____)

6- Especialidad: (se trata de la especialidad a cargo del paciente)

(CM) (GNC) (UTI) (TYO) (CRJ) (UC) (SM) (SS)

7- fecha de egreso:

8- Hora de egreso:

9- Destino:

9-1 (unidad de terapia intensiva) 9-2 (unidad de terapia intermedia)

9-3 (piso: S C) 9-3 (domicilio)

9-5(otro servicios de salud como asilo, etc.:)

9-6 (internación en otra institución, clínica etc.:)

10- Motivo de permanencia en el cuadrilátero

10-1 (Observación)

10-2 (Tratamiento)

10-3 (falta de cama)

10-4 (Problema social)

10-5 (Desintoxicación por abuso de sustancias)

10-6 (Otros)

11- Consulta por servicios del Hospital:

Reciente: (antes de un año_____)

Tardía: (después de un año_____)

12- Intento de consulta en el último año:

NO() SI, CON ÉXITO () SI, CON FRACASO ()

Por distancia () Por falta de dinero () Por razones de trabajo() Por burocracia ()

Por turno muy alejado () Por imposibilidad de comunicación telefonica () otro motivo ()

13- Fact. Riesgo (médicos)

13-1 diabetes () 13-2 hipertensión () 13-3 (colesterol) 13-4 (ant. PS)

13-5 Tabaquismo ()

Nº de cigarrillos () numero de años () cuantos años hace q no fuma ().

13-6 Alcoholismo () 13-7 otras sustancias ()

Aspectos sociales

14- Acompañante: SI () NO () Quien ()

15- Como llega al hospital: (_____)

16- Actividad:

Ama/o de casa () Estudiante ()

Independiente con monotributo () sin monotributo ()

En relación de dependencia: en blanco () en negro ()

Beneficiario de un plan: con prestación () sin prestación ()

Jubilado: si () no ()

17- Nivel de educación: Alfabeto () Analfabeto ()

Oficio: ()

Prim. () Comp () Inc ()

Sec. () Comp () Inc ()

Univer. () Comp () Inc ()

18- Grupo familiar conviviente:(_____)

19- Red social: (_____)

20- Vivienda: 22-1 Urbana () rural ()

22-2 Propia () alquilada () cedida () ocupada()

21- Servicios: luz () gás () água corriente () cloaca ()

22- Lugar de atención:(SI) (NO) Donde:(_____)

23-Servicio social de referencia: (_____)

24- Acceso a la medicación: (SI) (NO) Donde: (_____)

25- Satisfacción con la atención: (SI) (NO)

26- Sugerencia: