

2014

# Percepciones de la comunidad del HIEMI : acerca de las intervenciones del clown hospitalario en dicha institución

Bonatto, Ana María

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/436>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository





























































































































En conclusión, este subsistema surge en un contexto histórico donde en nuestro país comienza a implementarse las políticas neoliberales comenzándose a visualizarse en la descentralización de los hospitales públicos, recortes en el presupuesto nacional y fuerte entrada de capitales extranjeros. Posibilitando la aparición del sector privado como asegurador de la atención médica como otra alternativa de mayor calidad y eficiencia frente a la situación que presentaba el subsistema público.

Es necesario tener en cuenta para comprender dicha situación que el Estado ha delegado en parte su rol asegurador, regulador del sistema de salud. Este aspecto ha variado en los últimos años, en base a los objetivos del actual gobierno, instalando la presencia del estado como regulador.

#### Subsistema de seguridad social

Para analizar este subsistema de Seguridad Social, continuamos con la línea argumentativa que nos aporta Carlos Acuña, donde señala que está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte fue y es obligatorio, otra de las características es que se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. O sea este subsistema se encuentra conformado por obras sociales nacionales y provinciales y por el Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Las obras sociales nacionales se consolidaron en 1970 a través de una ley que hizo obligatoria la afiliación y las contribuciones para todos los empleados del sector privado y del gobierno nacional cubiertos por un convenio colectivo de trabajo.

Las Obras sociales se encuentran organizadas por ocupación o rama de industria (trabajadores de la construcción, trabajadores del comercio,

Dentro de este subsector como indicamos anteriormente también se encuentra conformado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) seguro social de jubilación que provee el Ministerio de Salud de la Nación que emergió en el contexto de regulación de las obras sociales sindicales, creándose en el año 1971 mediante el Decreto Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. Así se instrumentó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

Como señala el autor mencionado el PAMI “cubre al 91% de la población mayor a 65 años”. Este es financiado a través de impuestos sobre los salarios y sobre los ingresos de los jubilados además de subsidios de emergencia realizados por el gobierno.

Los servicios son provistos por medio de proveedores capitados que tienen contratos con el PAMI, para proveer atención primaria, especializada y cuidado hospitalario. Existen contratos separados para otro tipo de servicios (provisión de medicamentos, asistencia odontológica y salud mental etc.).

En cuanto a la población cubierta por el PAMI debe destacarse que ésta no ha sido siempre la misma, sino que se han ido incorporando nuevos sectores, al conjunto de jubilados y pensionados, se sumó mediando el Decreto 28/74 los beneficiarios de pensiones por vejez, invalidez y leyes especiales.

En 1988 se sancionó la Ley 23.569 que estableció la incorporación a la nómina de beneficiarios del INSSJP de toda persona mayor de 70 años que no fuera titular o adherente a otra obra social. En la actualidad la población beneficiaria está compuesta mayoritariamente por jubilados, pensionados y sus familiares, además de discapacitados y veteranos de guerra.

Muchos beneficiarios tienen doble cobertura con las obras sociales o con las prepagas. Se estima que el 5 por ciento de los beneficiarios tienen alguna otra cobertura de obra social. Por ejemplo, uno de los esposos puede ser beneficiario del PAMI y otro de una obra social. Cada uno de ellos puede designar al otro como dependiente por lo que lo puede agregar a la cobertura sin costo adicional.

## Niveles de atención en salud :

Balliro en su libro “Organizaciones de la atención de la salud” refiere que el nivel 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, por otra parte el de menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta diseñada para satisfacer esa necesidad” (BALLIRO N.2011:8 – 9)

De acuerdo a su matriz conceptual, 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.

Su aplicación en la programación y organización de servicios toma en cuenta, igualmente la mayor o menor frecuencia de las situaciones de salud en una población dada.

En los grupos poblacionales ciertas enfermedades son más frecuentes que otras, dependen del tiempo, lugar, edad, situaciones socioeconómicas y del ambiente en que esos grupos viven.

Los diferentes grupos poblacionales comparten necesidades de atención no necesariamente ligados al estado de enfermedad, tales como: educación sanitaria, atención prioritaria de la madre y el niño, cuidado de los ancianos, control de situaciones ambientales específicas, inadecuación de las viviendas, etc.

La disponibilidad sanitaria debe estar en estrecha relación con el derecho que tiene cada miembro de la comunidad de recibir atención oportuna y suficiente. Balderas Pedrero señala que se debe plantear la necesidad de diseñar esquemas de organización que permitan ofrecer una base amplia de “entrada”, es decir facilitar la iniciación del servicio y condicionar la continuación del mismo a un proceso selectivo de modo que se pueda regular la utilización de las diferentes combinaciones de recursos puestos a disposición por el sistema. Para garantizar la accesibilidad a los servicios no basta con ubicarlos geográficamente, sino que es necesario remover las barreras de orden social,

## Segundo nivel de atención: la unidad Hospitalaria

La Atención Especializada representa el segundo nivel asistencial de los sistemas sanitarios y se orienta al diagnóstico o tratamiento de aquellos procesos que a causa de su complejidad, no pueden ser asistidos en la modalidad asistencial de Atención Primaria.

Renna define a los hospitales como “las instituciones sanitarias encargadas de desarrollar las funciones de la Atención Especializada, por su cuantiosa actividad, por las características de su personal, como por la multiplicidad de sus funciones que desarrollan y por los enormes costos económicos.” (RENNA, O; 2009: 1)

En esta institución parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia mdico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial.

Sus Funciones principales son:

### Prevención:

Abarca la detección de enfermedades, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la protección específica de enfermedades.

Se incluye los programas de control de la salud, el saneamiento ambiental, la vigilancia del crecimiento del niño y del adolescente, control de enfermedades, nutrición, prevención de invalidez física, educación sanitaria e higiene del trabajo.

Si bien la prevención en primer nivel corresponde a establecimiento que no cuenta con hospital, la prevención secundaria y terciaria se efectúa en los hospitales.

## Perspectiva Histórica del Hospital:

Es relevante tratar la temática como proceso histórico para señalar el desarrollo del hospital.

En la edad media surge el primer modelo de hospital de características benéficas cuya función social, consistía en brindar una respuesta a la enfermedad de los más pobres.

Según plantea Foucault en su libro el nacimiento de la clínica “el hospital, en su forma más general, no lleva sino los estigmas de la miseria, aparece en el ámbito local como una indispensable medida de protección. Protección de la gente sana contra la enfermedad, protección de los enfermos contra las prácticas de la gente ignorante”. En algunos casos se trataba de una verdadera reclusión ya que la mayor parte de las patologías atendidas eran infectocontagiosas.

Es importante destacar el aporte de Rossi y Rubilar en este periodo en el cual, el hospital estaba íntimamente vinculado a la Iglesia, su misión era esencialmente espiritual e incluso en las construcciones hospitalarias se reservaba un lugar preferencial a la capilla. El personal del hospital era religioso y su motivación era altruista, no existía remuneración alguna por los servicios de salud. En la era del absolutismo monárquico surgen hospitales dentro de la esfera pública estatal.

Es a partir de entonces que el médico se convierte en la figura central. El médico aparece con el Estado, indisociablemente vinculado a otro tipo de poder que no era clerical, con funciones delegadas por la autoridad pública. Pasa a ser su competencia exclusiva el examinar, internar, prescribir y dar de alta.

Sin embargo en las colonias, como fue el caso de América Latina la presencia del Estado en el desarrollo hospitalario resultó mucho más modesta. La iniciativa de construir, dirigir y sustentar los hospitales fue asumida por la propia comunidad. En casi todos los países una parte de los establecimientos asistenciales públicos surgieron como iniciativa vecinal o comunitaria y en algunos casos, luego fueron estatizados.

El modelo neoliberal muestra que, ninguno de los niveles en los que se desenvolvían la acción del estado en materia de salud había quedado exento del desmantelamiento.

En los años 90 se profundiza la reducción en el sector salud, su objetivo apuntaba a producir cambios microeconómicos profundos, por ejemplo: la incorporación de nuevos sectores (aseguradoras) y la creciente aparición de nuevos intermediarios, como así también de formas de contratación que redimensionan las relaciones con el sector privado, mostrando así la inequidad en el acceso a la salud.

Este subsector aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del sector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la construcción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales.

En esta década, la medicina de alta complejidad no tuvo el mismo grado de desarrollo en el sector público que en el privado. Esto generó una brecha en el acceso a la alta tecnología médica, entre los que se atendían en el sector privado respecto de los que lo hacían en el sector público.

Como ya describimos en diciembre del 2001 nuestro país estalló en una atroz crisis económica que hizo deteriorar la credibilidad y legitimidad del poder político. Poniendo en evidencia las graves consecuencias, que habían dejado el rumbo de las políticas implementadas en esas últimas décadas en la Argentina, que se hicieron visibles en los indicadores de desocupación, desnutrición y caída de los salarios entre otros.

Con el modelo Nacional y Popular en el año 2003 se retoma la función del Estado como garante de los derechos.

Modelo autogestionado de los hospitales públicos

Está inscripto en el decreto de descentralización, para que esta práctica se lleve a cabo requiere, que cada hospital disponga de una asignación y de la consiguiente responsabilidad de administrarla.

De este modo cada hospital debe elaborar y ejecutar su propio presupuesto, la atención médica gratuita queda así, dirigida a los sectores que manifiesten no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado.

La descentralización se consolidó hacia 1991, la medida más relevante fue la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93) derogado por el actual decreto 939/2000.

De dicho decreto nos parece importante mencionar los siguientes artículos:

Art. 5° — Los hospitales públicos de gestión descentralizada deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.

Art. 7° — El hospital público de gestión descentralizada guiará su accionar a través de los siguientes lineamientos:

- a) Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud.
- b) Orientar un cambio del modelo de Atención de la Salud en todos sus niveles en el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 455/00.
- c) Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.
- d) Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.
- e) Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.

Art. 8° — El hospital público de gestión descentralizada podrá:

- a) Realizar convenios, a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente, o por sí en caso de poseer personería jurídica, con entidades de la seguridad social comprendidas en la Ley N°23.660 y sus modificatorias, en relación con las prestaciones que las mismas están obligadas a brindar a sus beneficiarios.

servicios. Este subsector de seguros privados encuentra su principal cartera de clientes en los estratos medios y altos de la población. Debido a la afiliación obligatoria a la obra social respectiva de cada rama de actividad para los trabajadores que no son de dirección existe una parte significativa de la población cubierta por seguros privados que mantiene el aporte a su obra social (aproximadamente el 4 por ciento de los beneficiarios).

Este subsector reconoce antecedentes en alguna de las formas de “prestación privada” que se habían desarrollado históricamente a través de los hospitales de comunidad en la Argentina, pero la rápida expansión en los últimos años se verifica en empresas que captan demanda de aseguramiento voluntario en el mercado. Dentro de este panorama el menú de alternativas es amplio: planes de salud ofrecidos por hospitales de comunidades o entidades, con o sin fines de lucro, programas a cargo de asociaciones intermedias de prestadores o empresas, entre otras variantes; sin embargo el desarrollo más importante ha correspondido a las empresas de medicina prepaga.

En un comienzo la rápida expansión de este sector habría obedecido a las deficiencias que presentaban tanto el sector público como, especialmente, la seguridad social. En los últimos años cobró nuevo impulso como consecuencia de los contextos económicos nacionales e internacionales, que promovieron una fuerte entrada de capitales extranjeros en el sector mediante la compra de diversos prepagas nacionales.

Dicho modelo coordina sus actividades para conseguir los objetivos de participación e innovación en el mercado, de responsabilidad social, de rentabilidad, de productividad, de gestión y de formación, mediante la utilización de recursos humanos y materiales, con el fin de satisfacer una necesidad, produciendo un bien u ofreciendo un servicio.

Para seguir analizando dicho modelo es importante hacer hincapié en la clasificación que realizó Mugarza en su artículo “ El sector sanitario privado” en donde menciona que este se basa en:

- Conjunto de elementos humanos y materiales.
- Actividades coordinadas
- Organización adecuada.
- Asistencia médica: ofrece un servicio.



El Modelo Nacional y Popular a través del Ministerio Nacional de salud, menciona objetivos, misiones y metas, para lograr la calidad de los servicios de salud. Enfatizando dicho modelo.

#### Modelo de Atención Integral

La implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos del Ministerio de Salud de Perú “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”

Si bien ha existido una serie de avances en implementar la Atención Integral y definir modelos de alcance regional, es necesario precisar que a partir de la decisión política actual se ha iniciado un proceso de implementación a nivel nacional.

Permitiendo no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad.

“El modelo de atención integral, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado” (M.S.P.; 1997:17)

Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

El objetivo principal del modelo de atención integral es la preocupación de la salud de la persona enfatizando en la prevención y promoción como actividades centrales en el proceso de atención e incorporar a la comunidad como entidad participante en la atención de salud.

X La instancia de lo no consiente es decir, las relaciones y actividades derivadas de ansiedades, ilusiones, fantasías de los integrantes volcadas en sus actividades grupales.

También se debe tener presente la existencia de una estructura formal y una informal en cualquier organización. En cuanto la primera es el aspecto más importante de la gestión eficaz, la estructura de la organización constituye el marco formal dentro del cual tiene lugar el proceso de gestión. La estructura organizativa debe proporcionar un sistema de trabajo eficaz, una red de comunicaciones y una identidad a las personas, la organización en su conjunto, por lo tanto, debe contribuir a la satisfacción laboral y profesional. La estructura informal “funciona como un control social del comportamiento de las personas que interactúan en la organización” (TOMEY M. A; 2009: 285). Este control puede ser interno o externo. Si existe presión para que un miembro se comporte de acuerdo con lo que el grupo espera, estamos ante un control interno. El control externo se produce cuando el intento de controlar la conducta de una persona procede del exterior del grupo.

La estructura informal “dispone de sus propios canales de comunicación. En algunos casos, estos canales pueden extender la información con mas rapidez y amplitud que el sistema formal de comunicación”. (TOMEY M. A; 2009: 285.)

Acorde a los elementos que componen toda organización surge la cultura que le es propia. Según el autor mencionado mas arriba la cultura organizacional son “los modos de pensar, creer y hacer cosas en el sistema. Se encuentren o no formalizados. Estos modos sociales de acción están establecidos y son aplicados por los participantes mientras pertenecen a los grupos de trabajo, incluyendo formas de interacción comunicativa trasmitida y mantenida en el grupo, tales como lenguaje propio del sistema, liderazgos internos o preferencias compartidas. La cultura es un marco de referencia compartido, son valores aceptados por el grupo de trabajo que indican cual es el modo esperado de pensar y actuar frente a situaciones concretas”. (TOMEY M. A; 2009: 286.)

En conclusión, es importante tomar todos estos elementos para analizar las organizaciones no solo hospitalarias, si no de cualquier otro tipo de

espera, consulta, exploración y tratamiento, observación, área de personal y apoyos.

- x El programa funcional de la UUH debe tener en cuenta las necesidades de todos los usuarios de la unidad, así como algunas condiciones específicas de la misma como son la ubicación y acceso, circulación y relación con otras unidades (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen y laboratorio; etc.), seguridad y los requerimientos de los sistemas de información.

Caracterizándola a la Unidad de Urgencia Hospitalaria como:

- Funcionamiento durante las veinticuatro horas del día, todos los días del año.
- La protocolización del funcionamiento del equipo en la resucitación cardiopulmonar.
- La protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos / realizados en la UUH.
- El cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente.
- Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y seguridad de la atención.
- A todo paciente asistido se le proporciona un informe de alta firmado que permita identificar al responsable de la asistencia.
- La UUH debe disponer de un médico responsable de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias
- La UUH debe disponer de un responsable del personal de enfermería de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias.

Los estándares de gestión y calidad asociados a un menor riesgo de saturación de urgencias son:

- El 90% de los pacientes debería ser dado de alta en la UUH, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un período de cuatro horas.

## Origen y Expansión del trabajo social

Es necesario tener en cuenta que el surgimiento de la profesión de trabajo social, obedece a determinadas condiciones histórico -sociales.

Con la llegada de la revolución industrial en la segunda mitad del siglo XVIII y la división internacional del trabajo, la asistencia social asumió nuevas formas. La asistencia pública fue organizada entonces con el objetivo de remediar los problemas causados, por la explotación manteniendo y reproduciendo la mano de obra necesaria para el desarrollo capitalista.

Es así que a través de esta transformación la asistencia social en Europa dependió en su mayor parte, de la grandeza de los terrateniente y miembros de la nobleza, o de la iglesia, a la cual acudían tradicionalmente los enfermos y necesitados.

Sin embargo, la mayoría de las iglesias eran pequeñas y su asistencia limitada. No obstante, mantuvo un gran número de servicios para los pobres, los enfermos, los viudos y huérfanos que no escaparon al deterioro que caracterizó la sociedad en general.

A partir de los aportes que realiza María Casanova en su artículo titulado "Historia de la Asistencia Social en Europa", donde señala que la caridad se especializó en varios aspectos junto con otras fases de la vida social. Se fundaron hosterías para viajeros y para el alojamiento temporal de los menesterosos. Se otorgaron facilidades especiales para los enfermos graves sin hogar, se establecieron hogares para huérfanos e incapacitados, casi siempre bajo la dirección de la iglesia.

A mediados del siglo XIX en Inglaterra era notoria las crisis económicas, la situación socio-económica de los trabajadores era cada vez más grave. Tanto los hospitales, asilos y hospicios prestaban un servicio lamentable. En este periodo de pleno auge del capitalismo, aparecen las opciones parches para los problemas sociales que se multiplicaban y para la pobreza que se hace ostensible, especialmente en las ciudades.

Las formas de ayuda al necesitado eran muy variadas y caóticas, comenzaron a darse dos líneas principales de acción: una legislación de tipo social promovida por el gobierno y actividades de asistencia social.

## Trabajo Social en Argentina

Al interior de nuestro país, los primeros antecedentes del trabajo social datan del siglo XIX, cuando se desarrollaron en el terreno de la asistencia y de los problemas sociales, diversas prácticas e intervenciones.

Dentro de ellas se encuentran la Sociedad de Beneficencia y los Médicos Higienistas. Una de las particularidades de estas acciones e intervenciones, en el plano de la ayuda a los necesitados se encuentra vinculada a que las mismas se caracterizaron, por ser actividades concretas y sistemáticas de enfrentamiento a la cuestión social.

La Sociedad de Beneficencia fue la primera institución dedicada a brindar intervención en lo social. Según Norberto Alayon en su libro "Historia del Trabajo Social en Argentina" destaca que "su actividad se extendió desde 1823, cuando el gobierno acuerda autorización para establecer una sociedad de damas bajo la denominación de Sociedad de Beneficencia, con la finalidad de sustituir la acción de las ordenes religiosas en este aspecto social."(ALAYON, N.; 1992: 9)

Dicho autor indica que la misma desde sus orígenes tenía a su cargo:

- La dirección e inspección de las escuelas de niñas.
- La dirección e inspección de la casa de expósitos, de la casa de partos públicos y ocultos, hospitales de mujeres, colegio de huérfanas y de todo establecimiento público dirigido al bien de los individuos de este sexo.

Una de las características fundamentales, de la Sociedad de Beneficencia fue su carácter eminentemente femenino y su principal acción desarrollada, se expuso anteriormente, hacia la educación de las niñas pobres.

Por otro lado, durante la última mitad del siglo XIX encontramos el antecedente de los Médicos Higienistas. Fueron ellos uno de los primeros grupos en advertir, las consecuencias ocasionadas por la cuestión social en el país, proponiendo ante ello medidas concretas que pretendían dar respuesta a las diferentes problemáticas existentes. Desarrollaron así una intensa actividad tanto en el campo sanitario como social, basado en un amplio programa de

Desde la Fundación Eva Perón, se toma la iniciativa de mejorar los servicios vinculados a la salud y comienzan a construirse varios hospitales, maternidades, policlínicos, un tren sanitario comenzó a recorrer las provincias ofreciendo asistencia médica general y medicamentos en forma gratuita, se organizan campañas preventivas acercando los servicios de salud a poblaciones que carecían del acceso a dichas prestaciones.

Dichos acontecimientos evidencian la necesidad de tecnificar la administración del sistema sanitario, generando la creación de un ambiente propicio, para el desarrollo de las profesiones que se vinculaba a dicho ámbito. Dentro de las cuales se encontraba también el Trabajo Social, volviéndose el ámbito de la salud un espacio ocupacional privilegiado para la profesión, incorporando las tareas de prevención de la salud y acción comunitaria.

Avanzando en el tiempo e instalada ya la década del los `60, comienza a problematizarse acerca de los métodos y técnicas implementados por los Trabajadores Sociales. Los cuales se consideraban que hasta el momento habían sido copias, sin tener en cuenta que el Trabajo Social norteamericano era parte y producto de un contexto determinado, diferente a las condiciones que presentaban la realidad de nuestro país.

En dichos años en Argentina, se instala como mencionamos anteriormente en el apartado titulado "sistema de salud en Argentina" el modelo desarrollista. Marcado por una gran influencia externa, tanto en lo económico como en lo social, se puede señalar en este caso a la CEPAL como una de las más relevantes. En este contexto, crece el interés por los programas de organización y desarrollo de la comunidad. A manera de ilustración, la Organización de Servicio Social de la OEA realiza acciones tendientes a influenciar la formación y la práctica de Trabajo Social impulsando el desarrollo comunitario.

El propósito de esta nueva tendencia, es vincular la población de una manera "activa y consciente" en los planes y proyectos específicos de desarrollo hacia la eliminación de las causas del subdesarrollo.

Frente a esta marcada influencia externa surge como menciona Gustavo Parra en 1965 lo que se denominó movimiento de reconceptualización del Trabajo Social, el cual "es considerado como un momento de ruptura,

Estos cambios mencionados han planteado como menciona Vega “una serie de modificaciones a la acción del Estado sobre lo social, desde la restricción del gasto público y especialmente del gasto social, hasta la presencia de nuevos actores que poco a poco han penetrado en la cuestión social, ante las dificultades para que el Estado atienda todas las demandas sociales que emergen de la sociedad, y en especial de los sectores populares más deteriorados” (VEGA, M. 1997:7-8).

Estas circunstancias obligan a la redefinición de la acción sobre lo social, en los ámbitos oficiales y no oficiales. Se impone, por tanto, una nueva racionalidad para la participación en programas sociales que no puede sustraerse a los imperativos de eficiencia y competitividad que maximicen la capacidad financiera, técnica y administrativa.

A estos imperativos socio-políticos, se le adicionan al Trabajo Social otros de carácter epistémico referidos a diferentes modelos y énfasis en el abordaje cognoscitivo de lo social desarrollados en las ciencias humanas y sociales, los cuales, a su vez, tienen consecuencias en los procesos de intervención profesional.

Al respecto, cabe mencionar, “los enfoques sistémicos y holísticos que se constituyen en herramientas para abordar el problema de la complejidad, además de las lecturas de corte hermenéutico que, al retomar la tradición weberiana, enfatizan en la comprensión de los elementos subjetivos de la acción, de tal manera que los sentidos y los significados socialmente constituidos se vinculan entrañablemente con la acción humana y con las interacciones sociales” (CIFUENTES, R.; GARTNER, L; 2003:7-8).

En este momento se incorporan en Trabajo Social, la cuestión de la ética y la de ciudadanía. Que como indica Susana Cazzaniga en su texto titulado “Reflexiones sobre la Ideología, la Ética y la Política en Trabajo Social” esta primera cuestión es incorporada a partir de la conformación en 1995 del Comité MERCOSUR de Organizaciones Profesionales de Servicio Social o Trabajo Social integrado por Argentina (FAAPSS), Brasil (CFESS), Uruguay (ADASU) y luego Paraguay (Asociación de Asistentes Sociales), y con la firma un año después del Protocolo de Intención donde se decide adherir y trabajar guiados por principios filosóficos e ideales éticos, humanísticos y democráticos.

complejidad de las problemáticas sociales que se han ido analizando en el transcurso de la inserción profesional.

- Planificación: Tiene un significado articulador de las acciones del profesional a nivel general y en el ámbito particular, es la explicitación técnica de objetivos y actividades que viabilizan la intervención profesional. La planificación no presenta rigidez en su formulación, sino que la misma sufre modificaciones constantes debido a que es un proceso que se ve afectado por una realidad en la que los actores involucrados complejizan la operatividad técnica de un proyecto siendo necesario evaluar frecuentemente las condiciones de esa operatividad.

Resulta pertinente mencionar que para la consecución de los objetivos propuestos en cada una de las intervenciones que realiza el Trabajador Social se utilizan diversas estrategias que desarrollaremos mas adelante, las cuales hacen referencia a combinación, coordinación, distribución y aplicación de acciones o medidas.



Estas articulaciones se vincula con entrevistas telefónicas (derivaciones, otras consultas, comunicación con referentes familiares, citaciones, confección de informes y envío de los mismos, accesibilidad a los recursos).

Esto se sustenta en la importancia de esta técnica como la herramienta más apropiada para poder acceder al mundo de sentido del sujeto, teniendo en cuenta que la palabra y la escucha son los elementos fundamentales en las intervenciones sociales, para el acercamiento y acompañamiento de las personas con las que trabajamos.

Otra técnica implementada en el proceso de intervención es el registro en historias clínicas, los mismos dan cuenta de la historia de vida del sujeto, como así también del diagnóstico y el plan de acción a realizar. “el registro es parte de la intervención profesional, que no solo identifica la unidad de atención, sino que informa acerca de ella, sirviendo de control a nuestra subjetividad, permitiendo verificar y evaluar el proceso” (KISNERMAN,N;1986: 80.)

En conclusión, la intervención estratégica del trabajador social, apunta a la implementación de diferentes tácticas o técnicas como son la entrevista, la articulación intra e interinstitucional, la comunicación con referentes familiares o derivaciones a otras instituciones con el fin de concretar los objetivos planteados en la intervención.

Dado que estas articulaciones, construyen espacios concretos y flexibles entre las necesidades e intereses de los actores que participan en el mismo y los objetivos de la institución, tendiendo a la satisfacción y legitimación de los derechos humanos.

inmerso el sujeto. El cual nos permite comprender a ese otro, en la situación compleja y en la que se encuentra, su relación con su padecimiento como interpreta su enfermedad, como la vive, como enfrenta o va a enfrentar el tratamiento y como evalúa la situación.

Es por ello que coincidimos con Carballada en que “La intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese otro sobre el que se interviene. Se intervienen no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que esto genera. La intervención, muchas veces hace visible aquello que no se visualiza que se encuentra naturalizado, de este modo se sale de lo establecido. La emergencia de las problemáticas sociales complejas implica reconocer la intervención en lo social como un saber experto que trasciende los campos disciplinares dialogando con cada espacio de saber, generando nuevas preguntas que en definitiva son trasladadas desde los escenarios de la intervención donde sobresale la incertidumbre, la injusticia y el padecimiento”. (CARBALLEDA, A; 2010: 11)

La intervención es entonces una instancia legitimadora del que hacer profesional y dinamizadora de la práctica, la cual requiere la implementación de estrategias que potencian la capacidad de acción, para alcanzar los objetivos planteados en la intervención.

De esta manera, “los derechos humanos en este campo aparecían más como un discurso ético y moral que como una propuesta para la formulación de políticas, la construcción de herramientas concretas de gestión y el desarrollo de modelos de atención que permitieran cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud. En los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos han fijado obligaciones al Estado. Esto significa que ha definido aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales. En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos.” (ASE, I; BUNJOVICH, J; 2009:28-29)

En las instituciones de salud, es posible detectar la presencia respecto a estos dos paradigmas (biologicista-enfoque de derecho). En lo referente al primero se encuentra caracterizado por una verticalidad en las decisiones, los profesionales mantienen una relación asimétrica con el paciente, manteniendo el monopolio de la información. Así los pacientes son considerados como agentes pasivos, que acceden al sistema sanitario para lograr un tratamiento de sus dolencias.

Con respecto al enfoque de derecho los profesionales enlazan criterios integradores manteniendo una relación simétrica con el paciente y el equipo de salud, facilitando el ejercicio del derecho a la información y el conocimiento que deberá adquirir el sujeto para construir su propia salud, o sea considera al sujeto como activo, por lo tanto se le asigna el lugar de sujeto pensante.

Es decir el trabajador social en su accionar inter-hospitalario, debe tener en cuenta al conjunto de derechos que protegen a las personas, entre los que se pueden mencionar los derechos principalísimos del hombre, los derechos humanos universalmente reconocidos, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a no ser internado contra su voluntad, la privacidad de la historia clínica, el respeto a la intimidad, el consentimiento informado y la confidencialidad.

La categoría conceptual de sujeto es entendida según Susana Cazzaniga “como un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares. Lo universal o genericidad expresa la condición de seres humanos, con

## Capitulo N°4:

### El Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende y Hospital Privado de Comunidad

- x Descripción histórica de ambos hospitales
  
- x Modelos de gestión del Hospital Interzonal General de Agudos Hospital Privado Comunidad
  
- x Estructura y organización de la unidad de urgencias de ambos hospitales

## Descripción Histórica del Hospital Privado de Comunidad:

Alvarez y Reynoso en su libro “Médicos e Instituciones de salud” describe el nacimiento y formación del Hospital Privado de Comunidad (HPC). La fundación médica Marplatense surgió el 14 de abril de 1965 por iniciativa de un grupo de médicos que habían impulsado la reforma hospitalaria, que provenía del Hospital Interzonal de Agudos del partido de General Pueyrredon, quienes tenían como objetivo crear, mantener y desarrollar un Hospital Privado de acuerdo a normas y sistemas de elevada pauta técnico-científica, con proyección social a la comunidad en relación con esta finalidad básica, promover, apoyar, sostener, realizar y/o patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud.

En la página web de dicha institución se encuentra desarrollado los inicios y posterior formación de la institución, una fundación era la figura jurídica que permitía adquirir un inmueble contemplando ambos requisitos, no pertenecer al Estado ni perseguir fines de lucro.

Por ello se constituyó la Fundación Médica de Mar del Plata, se elaboraron los estatutos, fijándose como objetivo primordial el de crear un hospital cuya misión sería la de llevar a cabo ciertos postulados que habrían de sostenerse a través del tiempo.

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

El 31 de mayo de 1971, con el apoyo de miembros de la comunidad marplatense, Fundación Médica Mar del Plata inaugura con el nombre de Hospital Privado de Comunidad.

El mismo es un hospital de agudos de alta complejidad, el cual se caracteriza por asistencia especializada, ausencia de lucro, reinversión para el crecimiento, historia clínica única, generar programas de investigación, trabajo profesional

## Modelo de gestión del Hospital Interzonal General de Agudos y del Hospital Privado de Comunidad

### Hospital Interzonal General de Agudos

Es una institución que brinda servicios de salud ambulatorios y con internación, gratuitos al momento de la atención, dependiente del presupuesto provincial, se ajusta al marco legal, de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, así como a las distintas leyes normativas.

El modelo de gestión del hospital es el autogestionado, inscripto en el decreto 939/2000.

Desde el 16 de Octubre de 1979, el Hospital queda incorporado a la estructura del Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O), iniciando automáticamente el cobro de aranceles estipulados, a través de las obras sociales nacionales y provinciales, mutuales y seguros.

La atención médica que brinda es gratuita basándose en las necesidades y demandas de la población a partir de ejecutar el presupuesto y organizar los recursos existentes para obtener el máximo de utilización de los servicios por parte de la comunidad.

### Hospital Privado de Comunidad

El hospital se basa en un "Modelo de Gestión Empresarial", cumple un doble rol en primer lugar de asegurador y en segundo lugar como prestador de servicios. Sus principales usuarios se caracterizan por proceder de los estratos medios y altos.

Los aportes provienen, de asociaciones intermedias, prestadores o empresas, obras sociales nacionales y provinciales.

Cuenta con una variada carta de planes que se adaptan a las necesidades de la población que acude al efector. Coordina sus actividades para conseguir los objetivos de participación e innovación en el mercado, responsabilidad social, rentabilidad, productividad, gestión y formación, mediante la utilización de recursos humanos y materiales.

Ofreciendo un servicio que apunta a una administración eficaz y eficiente orientada a la maximización de la calidad. Sus pilares fundamentales son la

## Tipo de Investigación :

El presente trabajo contempla un estudio exploratorio-comparativo, fenomenológico, basado en una metodología cualitativa, utilizando como técnica la entrevista semi estructurada.

Sampieri en su texto titulado "Metodología de la investigación" menciona que un estudio exploratorio se utiliza cuando su objetivo es "examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación mas completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables".

Se ratifica el carácter exploratorio de esta investigación, ya que actualmente no abunda bibliografía respecto del área urgencia y emergencia, como ámbito de intervención del Trabajador Social, no se hallaron significativas producciones respecto a dicha temática.

Por lo tanto el modo de investigar es fenomenológico, a partir de considerar los fenómenos, tal cual son y como se muestran, basándonos en lo que realmente se experimenta a partir del análisis cognoscitivo en el cual el objeto de intervención se nos hace presente, adoptando la intuición como instrumento fundamental de conocimiento.

Las características más destacadas que aporta la investigación fenomenológicas son: "a) la primacía que otorga a la experiencia subjetiva inmediata como base del conocimiento; b) el estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos, teniendo en cuenta su marco referencial; y c) el interés por conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción". (SCHUTZ A.1995: 111).

## Unidad de Análisis

- x Servicio de Guardia de un hospital publico y un hospital privado

## Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se organizan las entrevistas a través de un esquema semiestructurado, que guiaran la visión de los profesionales frente a los objetivos propuestos.

Se efectuaron entrevistas a: jefa de médicos, jefa de enfermería, secretarias y en el caso del Hospital Interzonal de Agudos a la trabajadora social del área de guardia y en el Hospital Privado de Comunidad a la jefa del Servicio.

El objetivo de este tipo de entrevista no es recopilar informaciones o conocimientos adquiridos, sino la expresión de los sujetos como una visión más plena de la realidad. Por cuanto que el entrevistador se adecua a las respuestas del entrevistado dándole mayor libertad para conducir su discurso y profundizar en él.

Desarrollando una guía de la misma que permita al entrevistador mantener el enfoque de acuerdo a sus propósitos y objetivos; para poder reproducir y analizar las experiencias del entrevistado. Es decir, la creación de un espacio de encuentro que permita un clima de acercamiento y una comunicación real. Finalmente, como resultado del diálogo mantenido y de la escucha o lectura reflexiva de los datos emitidos en la entrevista semi estructurada basada en un estudio fenomenológico, se definirán las categorías y subcategorías que engloben la experiencia vivida del entrevistado para facilitar su análisis, tratando de integrar los datos tal cual fueron expresados por él, respetando su lenguaje, opiniones y creencias. Teniendo en cuenta que las categorías de las descripciones corresponden a las maneras diferentes de entender y la relación lógica que puede establecerse entre ellas, lo cual constituye el principal resultado de un estudio fenomenológico.

Las mismas contemplan las siguientes dimensiones:

- A) - Estructura organizacional
- B) - Cultura organizacional



	funciona uno	internados en guardia que posee agarraderas, ducha, y jabón.
Sala de Espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Una sala de estar con dos sanitarios</li> <li>- Un destacamento policial</li> <li>- Vigilancia privada (encargada de la orientación y control de las personas que ingresan)</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una sala de estar con tres sanitarios.</li> <li>- Un policía</li> <li>- Vigilancia privada (encargada de la orientación y control de las personas que ingresan)</li> <li>-Office de camilleros</li> <li>-Informe de guardia y traslados.</li> </ul>

secretaria a diferencia del ámbito privado en donde esta tarea esta asignada a una enfermera derivadora que posee formación profesional en el área.

- “si bien no somos médicos, vas y le decís, las características mas o menos, si esta blanco, si esta morado si le cuesta respirar.... Se atiende primero las emergencias” (secretaria del HIGA)

También se encuentran aquellos componentes que hacen al objeto instituido, como los procedimientos que se realizan con el paciente según su estado de salud.

-“En una situación de urgencia... Ingresa en los que ellos llaman shock room y ahí lo evalúa el medico.” (Trabajadora social del HIGA)

- “se realizan los estudios... la enfermera que le coloca el suero, la sangre que se lleva a laboratorio” (jefa de enfermería del HPC)

Con respecto a la trama de discurso de dicha área del espacio privado se puede ver que en los casos que no hay un cuadro grave de salud del paciente, no se indaga sobre el componente social.

-“Si el paciente ingresa con un cuadro de bronquitis o porque le duele la cadera no se le pregunta por lo social”(Jefa de médicos del HPC)

Otra dimensión de la “organización de la atención” es el factor organizacional donde se tienen en cuenta la atención de los pacientes respecto a los estatutos establecidos para el funcionamiento de la unidad de urgencias, indicando el tiempo estipulado de espera para recibir atención.

Se desprende de lo emitido por los entrevistados en las dos instituciones una saturación en la demanda de atención, dado que hay un ingreso de sujetos que debe ser atendido en el primer nivel del sistema de salud. Dicha situación dificulta el cumplimiento de los estándares de calidad y gestión, generando una demora en la atención en consultorio.

Según lo expresado en la unidad de urgencias del hospital privado reconocemos un mayor control de la demanda a partir de intentar cumplir con los estatutos mencionados.

-“También hay muchas demandas espontáneas, cuando es un estado gripal o algo simple los mandamos a Azcuenaga que hay consultorios”. (Secretaria del HPC)

## B. Cultura Organización

En relación a esta categoría “cultura organizacional” analizamos la dimensión comunicación donde identificamos diferentes canales de comunicación, que se establecen entre los diferentes actores que interactúan en las unidades de emergencias con el objetivo de transmitir información.

El proceso comunicacional que se produce entre la trabajadora social y los demás actores que intervienen en el área de guardia. Identificamos que hay una comunicación directa entre el plantel profesional de ambos hospitales, frente a la presencia de un sujeto con problemática social.

Consideramos que entre los profesionales de enfermería del Hospital Interzonal General de Agudos se establece una comunicación simbólica, dado que los enfermeros reconocen que el jefe de enfermería por el status del rol que ocupa, es el que debe realizar determinadas acciones. Este simbolismo produce una comunicación en dirección vertical.

-“muchas veces nosotros llamamos a la trabajadora social, han venido lo evalúan. El enfermero llama en realidad el jefe de enfermería que tiene mas contacto”. (Jefe de enfermería del HIGA)

Identificamos que la jefa de médicos del Hospital Privado de Comunidad no tiene en cuenta el registró de las intervenciones por parte de la trabajadora social en la historia clínica digitalizada, la cual es un medio de comunicación material indirecta al interior del efector.

-“Si por lo menos me lo comunicaría el servicio social, si hay un paciente solo y de repente aparece un sobrino que se haga cargo de el”. (Jefa de médicos del HPC).

Otro de los aspectos significativos con respecto a esta categoría es el proceso comunicacional que se constituye en el momento de internación de un sujeto con problemática social.

El poder de tomar la decisión de internar a un paciente es competencia del médico en ambos hospitales, aunque reconocemos que se establecen otros canales de comunicación para alcanzar dicho fin, generando una comunicación reciproca al interior de ambas instituciones, entre el medico y la trabajadora social ante la presencia de un sujeto con problemática social.

En el hospital público la adjudicación de esta mirada por parte de los profesionales del área promueve acuerdos en relación a la internación de un sujeto con problemática social.

- “comprender la situación de salud en un contexto familiar, social y ambiental, laboral, uno trata a veces hablando con los compañeros de que integren estas cuestiones... siempre defendiendo los derechos de los paciente” (trabajadora social del HIGA)

-“En la guardia deben constituirse equipos de salud, para poder ver muchas de las cuestiones de las personas que quedan internadas... pensando las herramientas adecuadas para que pueda apoderarse y enfrentar la situación.” (Jefa del servicio social del HPC)

Reconocemos que las jefas de médicos visualizan al sujeto de forma sesgada, considerando a la enfermedad como causa orgánica del problema de salud.

En el espacio público se comprende la intervención profesional dividida por el componente social a cargo de la trabajadora social y el biológico a cargo del médico de turno.

-“Los médicos trabajamos mas su parte orgánica, pero me parece que el trabajador social debería encargarse de lo estrictamente social” (Jefa de médicos del HIGA)

En el espacio privado se reconoce una mirada sectorial generada por la formación profesional que reciben los médicos.

- “No tenemos la mente preparada para interrogarlos desde ese punto de vista estaría bueno que haya una trabajadora social pero no las 24 horas” (Jefa de médicos del HPC)

mayor magnitud las pertenecientes al sub sistema de Seguridad social beneficiarios del Programa de Asistencia Medica Integral (PAMI). También se identifica una alta demanda de pacientes jóvenes producto de que en los últimos años se abrió la cápita para las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART).

En ambos ámbitos identificamos una característica en común, con respecto a la exigencia y la respuesta inmediata en la atención por parte de los sujetos de demanda y/o su familia.

- Lo que uno ve es que la gente viene desesperada, muy demandante para que lo atiendan” (jefe de enfermería del HIGA)
- “exigen sean de cualquier obra social de PAMI, humilde, no humilde quiere que se atienda a su familia.” (Jefa de enfermería del HPC)

-“En situación de riesgo de su propia salud, de riesgo de vida por el cuidado que requiere frente a esto debe ser hospitalizado no puede quedar en la calle” “Nosotros tenemos poder de internación”. (Jefa del Servicio Social del HPC)

Luego de haber analizado la categoría de “enfoque de la atención”, y sus respectivos indicadores “modelo de atención” y “enfoque”.

Llegamos a la conclusión que ambos hospitales responden a un modelo de atención de cuidados progresivos de pacientes, ya que todos los hospitales de alta complejidad utilizan este modelo estableciendo una clasificación, de acuerdo a la atención médica que se demande, favoreciendo de esta manera a la organización institucional a partir de la utilización de recursos humanos y materiales, según el tratamiento y cuidado que requiera cada paciente.

Además el Hospital privado de Comunidad por las características que presenta responde a un modelo de atención basado en la calidad, contribuyendo de esta manera a la calidad de los servicios en salud, alcanzado cobertura e impactos adecuados, con mayor rendimiento, costos acordes a la población usuaria garantizando de esta manera la accesibilidad, manteniendo metodologías y tecnologías adecuadas.

En relación al segundo indicador “enfoque” a partir de lo expresado por los informantes claves determinamos, que en el área de guardia de ambos hospitales los enfermeros/as presentan una mirada integral a partir de considerar las dimensiones del sujeto y su entorno, tomando aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ya que en su accionar profesional establecen una relación próxima con el paciente que les permite tener una mirada abarcativa sobre la situación del sujeto durante el proceso de atención.

Con respecto a las jefas de médicos tanto del espacio público como privado determinamos una contradicción en sus discursos, dado que contemplan la situación social por la que atraviesan los pacientes, pero al momento de la atención no realizan las derivaciones respectivas y en algunas oportunidades no observan al sujeto en su integridad.

Por lo tanto hay un predominio del “modelo biologicista”, donde la concepción de la medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos, técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte, teniendo como fin fundamental curar, y en esa medida centrar su preocupación alrededor de la enfermedad.

Con respecto al servicio social de uno y otro hospital, reconocemos que ambas profesionales en sus intervenciones se basan en el “enfoque de derechos” lo que les permite posicionarse como promotoras de ciudadanía a fin de

básicamente establecidas desde el recorte de los problemas sociales. De modo que el Trabajador Social debe abordar el “caso social” en busca de una solución “inmediata”, desconociendo que esta situación de vulnerabilidad social da cuenta de procesos sociales de mayor complejidad que exceden absolutamente las particularidades del momento actual, y que se traduce en demandas que interpelan a las instituciones de salud.

Por lo tanto destacamos la importancia de poder establecer este primer acercamiento con la situación integral de un sujeto, visualizándolo como una oportunidad de intervención no solo del Trabajador Social si no como parte del equipo de Salud, a través de la conformación de una guardia interdisciplinaria, con la presencia de una trabajadora social veinticuatro horas al igual que las demás profesiones, a fin de aunar conocimientos y realizar intervenciones mas integrales en beneficio del sujeto que ingresa a la guardia.



## Anexos

### Entrevista

Nombre: Maria José Ulloa

Puesto que ocupa: Trabajadora social

Institución: HIGA

Fecha de la entrevista: 2 de agosto del 2013      lugar: office de servicio social

¿Que es una unidad de emergencia?

En el caso de un hospital es un servicio complejo, que actúa justamente frente a situaciones de urgencias de salud, donde operan y confluyen varios servicios, de lo que es la estructura burocrática del hospital, que no tiene que ver con el sector mismo de emergencia, sino también con todos los otros servicios que convergen en la asistencia al paciente o en una situación de emergencia.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Ingresa en esta guardia particular como ellos llaman en forma horizontal, cuando el paciente viene en camilla, o en silla traída por una ambulancia, o en un auto particular, pero generalmente el traslado en lo que es un servicio de ambulancias por ejemplo un accidente de transito, o ingresa un paciente infartado o un corte eso es lo que se llama ingreso horizontal.

Otro ingreso es el ingreso por consultorio, es el paciente que se siente mal que va a la guardia, lo examina el medico y decide ingresarlo, a su vez esta forma de consultorio puede ser un consultorio que no tenga que ver con la guardia, que puede ser visto en endroquino, si es un paciente diabético descompensado, la forma de ingresar para evaluar si necesita internación o no, es siempre por guardia.

¿Cuál es la función que le compete?

Trabajadora social de la guardia

¿Cuáles son las consultas más recurrentes?

al hospital, cuando son personas con patologías crónicas, los evangélicos también ayudan, la noche de la caridad, cuando uno sabe que hay vecinos del barrio que duermen acá llamamos para que los incluyan, después ahora hace dos años que esta ya la oficina de Derechos Humanos, que esta una colega nuestra como asistente social asique ahora ellos trabajan con situaciones bajo programa, con lo que es trata de blancas, maltrato y abuso sexual. Entonces muchas de estas actividades son compartidas o las derivamos directamente.

¿En que cree que se diferencia el trabajo social de las demás profesiones que intervienen en esta área?

Desde la manera de mirar y comprender la situación de salud en un contexto familiar, social, ambiental, laboral, que muchas veces no se tiene en cuenta, uno trata a veces hablando con los compañeros de trabajo de que integren estas cuestiones. Pero bueno nosotros lo hacemos naturalmente, desde ese punto de vista es distinto y siempre también tendiendo a favorecer los derechos de los pacientes.

¿Qué piensa respecto a la intervención del trabajador/a social en el área de guardia?

Que es fundamental a nosotros nos allano mucho el camino, porque es la puerta de ingreso, y también es la puerta de egreso de situaciones sociales que se nos van a plantear después y que generalmente teniendo contacto desde el primer momento tenes otros datos que después se te van yendo. Por ejemplo en los casos de personas con abandono familiar, ya cuando ingresan a la guardia generalmente la familia en los primeros momentos se presenta, entonces uno puede tratar de comprometerlos. Distinto es cuando pasan tres meses de internación, que llaman porque la familia no aparece, ahí no tenes manera de contactarlos porque es mas difícil.

Después algunas cuestiones que se pueden derivar al primer nivel que podemos hacer evitando internaciones que en realidad no tienen sentido, y le evitas a la persona también todo lo que significa una internación en el hospital, para la familia, para el mismo paciente, entonces nosotros también aportamos al equipo medico con recursos de afuera que a veces no los tienen en cuenta.

emergentología de todas maneras, creemos también que lo social, si bien es un problemática urgente, por que requiere de toda una transformación relevante, se convierte en urgente cuando fluye y deja a la persona en una situación de riesgo de su propia salud, de riesgo de vida por el cuidado que requiere frente a esto, debe ser hospitalizada no puede quedar en la calle, una vez que es hospitalizada desde la internación trabajaremos desde lo emergente.

Desde lo que detectamos, son situaciones que si no quedan internados y son situaciones de fragilidad social, requiere de intervenciones puntuales que se harán desde consultorio externo y por los soportes que esa persona tenga o lo que se pueda recrear.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Cuadro desde la salud deshidratación, por bolo fecal, falta de alimento por que no tiene quien se lo prepare, quien le caliente la comida, los deterioros cognitivos.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

Todas aquellas cuestiones que en un momento determinado acontecen en la vida y le impiden el desarrollo, desenvolvimiento de su cotidianidad, que son obstáculos para sostener una calidad de vida adecuada o la que venia llevando.

Como situación problemática social en el campo de la salud puede ser la falta de personas que puedan asegúrale un cuidado determinado. Si esta con un deterioro cognitivo, quien la organice, administre la medicación, que entienda lo que esta pasando con esa persona. Para que tenga los cuidados que requiere, si identifican realmente la problemática de salud que tiene, para este tipo de cuidado. Generalmente uno de estos cuidados es el que le esta faltando, ya sea que los miembros de su red personal no se lo pueden garantizar por diversidad de cuestiones, porque no están enterados, porque creen que la persona esta bien y puede seguir manejándose solos ya sea por que respetan su independencia, autonomía y lo real es que no se han acercado para ver que esta pasando o no se lo ha manifestado el paciente.

## Entrevista

Nombre: Maistegui

Puesto que ocupa: Jefa de Médicos

Institución : HIGA

Fecha de la entrevista: 2 de agosto de 2013 lugar: un patio interno de la institución

¿Que es una unidad de emergencia?

Lo que es o lo que debería ser, una unidad de emergencia debería ser un lugar donde se atienden a los pacientes con problemas agudos, así presente un cuadro como un dolor de muela, esto es agudo cuando tiene cuarenta grados de fiebre y esta situación no lo deja dormir. O cuando es un accidente, un infarto, un paciente traumatizado, algo que pone en riesgo la vida eso si es para una unidad de emergencia.

Pero esto no es así, vienen pacientes a los consultorios de guardia que deberían ser atendidos en las zonas periféricas, donde están las salitas de primeros auxilios o en los consultorios externos del hospital. Por que son para atención primaria.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

El paciente puede ingresar de dos formas en camilla o caminando; en camilla o puede ser silla de ruedas. Puede ingresar por sus propios medios o traídos por un vecino, la ambulancia, la policía, con un estado de gravedad.

¿Cuál es la función que le compete?

La función que desarrolla un jefe de servicio de emergencia, tiene que ser aquel que coordine y permita que la guardia funcione durante las veinticuatro horas los siete días de la semana. Por lo tanto, tiene diferentes profesionales a su cargo que son los que organizan y distribuyen a los diferentes médicos que trabajan en la guardia. En casi todas las guardias hay cuatro clínicos, tres cirujanos, dos traumatólogos y un ginecólogo. Ellos son los médicos de planta fija, mas los residentes de todas esas especialidades.

¿Cual es el procedimiento ante una problemática social?

Los médicos hacemos lo que podemos, atendemos a los pacientes que realmente están enfermos, si vamos a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud todos tenemos algún problema con el medio.

Así que desde los médicos tratamos la enfermedad, una vez que nos supera la enfermedad, cuando vez que por su enfermedad ya esta en condiciones para darle el alta o ya no debería estar acá. Llamamos a la trabajadora social para que se haga cargo.

¿Quién decide la internación ante un paciente con problemática social?

La internacion de un paciente social se hace desde un lado social, la internacion siempre la decide el medico. Pero uno se pone de acuerdo con la trabajadora social, por ejemplo si hay un hombre que no hay que dejarlo internado, si lo dejas en la calle al otro día aparece peor, muerto de frió, con neumonía o con algo parecido.

No debería haber pacientes sociales, este es un Hospital Interzonal General de Agudos que debería solo atender a los pacientes agudos, del partido de General Pueyrredon y de los dieciséis partidos de la zona sanitaria octava. Pero como no hay un hospital municipal en la ciudad en Mar del Plata, nosotros atendemos todos los pacientes, crónicos, agudos.

Entonces la internacion se decide entre todos, y de acuerdo como lo podemos manejar, no lo mandamos a la calle un hombre que no tiene ropa, que esta desnudo, sin comida por que no tiene una patología clara.

¿Si no hay trabajador social y el paciente queda internado cual es el motivo y como se evalúa?

Las que se implementan son pocas, las que deberían implementarse son las entrevista, con la cual se fijan si pueden hacer algo, contactar a la familia, derivarlo a un hogar ello lleva tiempo, hay mucho sin documentos. Hay problemas que no pueden solucionar, ahí estoy a favor. Hemos tenido épocas

¿Cual es el tiempo que una persona debe esperar para ser atendida en el área de guardia?

Teóricamente las emergencias no deberían demorar más de diez minutos, tendrían que tener grados de emergencias, que no se categorizan en este hospital. Pero un paciente de mediana urgencia, esto depende de la patología que tenga, de cómo este, eso depende de los signos vitales, no debería demorar mas de media hora y un paciente que viene por una consulta banal podría esperar dos o tres horas.

Esto esta estipulado en un cronograma de atención de emergencias que se manejan en muchas partes del mundo en EEUU, en España, pero acá no lo hemos podido clasificar y estamos tratando de meterlo, es un sistema difícil. Depende de una derivación y clasificación que te hagan los enfermeros y las secretarias.

Se dividen en rojo, amarillo, verde y negro como en las guerras, el negro es para clasificar a los muertos, el rojo es para la urgencia inmediata, el amarillo para la urgencia mediata. Va a depender del amarillo y el rojo de los signos vitales, por ejemplo el dolor de pecho puede que sea rojo, amarillo y verde, cuando es un dolor de pecho que fue causa por un golpe en las costillas. Si es por tiene una taquicardia es amarillo y si es un infarto es rojo.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Las problemáticas son infartos, ACV, politraumatizados, en menor media.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

En esta guardia desde mi punto de vista lo que puedo evaluar tiene que ver con estar solo, la gran problemática social que yo noto son pacientes que tiene su familia en Buenos Aires y se han puesto viejitos y son ayudados por sus vecinos, por el portero de su edificio. Manejándose solos, hasta que les pasa algo, en ese momento que les pasa algo, no tienen de donde agarrarse.

Te encontras con pacientes que no comen bien, que no tienen quien los cuide, quien les hagan las compras.

## Entrevista

Nombre: Eduardo

Puesto que ocupa: Jefe de enfermeros

Institución : HIGA

Fecha de la entrevista: 2 de agosto del 2013 lugar: office de enfermería

¿Que es una unidad de emergencia?

Es un sector donde llegan los pacientes delicados, para compensarse y después derivarse, a donde tengan que derivarse, ya sea a una internación, a un hospital de por acá, en este caso no se puede derivar a nadie, porque este es un hospital de derivación. Llegan pacientes delicados, acá viene de todo.

¿Cómo ingresa el paciente a la guardia?

Puede ingresar en ambulancia, auto particular o caminando, si no es grave lo que tiene, pero que igual tiene que venir a la guardia, la mayoría viene en ambulancia. También mucho vienen caminado todo lo que es consultorio vienen caminado, le duele la muela, la cintura, tiene cefalea, esta descompuesto.

La urgencia viene en ambulancia si se accidento en la calle, o le pegaron un tiro, montón de cosas que si vienen en ambulancia viene de todas las zonas. Porque que pasa cuando vos hablas con la gente, yo voy a la salita y cualquier salita que tengan mas cerca, te dan turnos para quince días, te piden un laboratorio y no tienen para sacar sangre te mandan no se a donde, es muy complejo entonces prefieren venir acá, perderse tres o cuatro horas, el día entero, pero acá te sacan la placa, te sacan sangre, te hacen la ecografía, te ve alguien.

¿Cuál es la función que le compete?

Yo era el jefe de enfermería y tenia a cargo todo el servicio la parte de enfermería, 34 personas a cargo en los tres turnos, distribuía por sector, el shock room que entran los mas delicados ahí había dos enfermeros, después la parte de observación, una ves que están compensados y tiene que ir a

una buscando un cirujano, el cirujano hasta las cuatro no va a venir, lo resolverá el que esta dentro de lo que pueda. Porque yo no le puedo decir a un neurólogo que me vea un infarto, hace lo que puede y los que más esperan son los que están por subir a piso, por falta de camas, los de traumatología son los más complicados.

Hay épocas, anoche había por ejemplo 50 personas dando vueltas por la guardia, para internar o para observar y ver que pasaba. La guardia no es como un piso que se te completan las 40 camas y ya esta cerraste el piso. Acá tenes 50, capaz se te vienen 15 mas o 2 mas, se te van tres y te vuelven 5, no es como el piso que se te llena.

Todo el mundo busca cama no es que no se preocupan, busco yo, la supervisora, el medico y no hay. Eso no sucede todo el tiempo, por ahí en invierno hay mucha patología respiratoria, y en los pisos no hay muchos tubos de oxigeno como para todas las patologías que hay acá. Son diez o doce en total, por ahí no podes subir a todos los pacientes que tenes, subís los que mas podes, eso se prioriza por gravedad y por antigüedad en la guardia.

¿Cuáles son las problemáticas más relevantes que se atienden?

Hay muchos baleados, atropellados, muchos ACV, tenes distintos en el horario del día, al medio día entran dos o tres atropellados, que están por el centro, que salen de buscar los chicos o de trabajar, a la madrugada entran todos los baleados, apuñalados, después lo otra va pasando durante el día, al medio día también entran muchos con cortes por las amoladora, por accidentes del trabajo, porque están apurados para irse a comer se cortan.

En los diferentes horarios uno sabe que recibís ciertas cosas, al medio día esperas que venga el de la amoladora, tipo ocho esperas al accidentado siempre uno o dos te caen.

¿Qué entiende por problemas sociales? ¿Y cuales son los que tienen mayor incidencia?

En realidad abarca mucho, hay muchos pacientes sociales en situación de calle, muchas veces son alcohólicos que hacen convulsiones en la calle, quedan desmallados, la ambulancia los trae, pero no son pacientes para