

Miradas sobre la intervención

El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero

**Sandra Madeira, María Laura Fernández Vecchio,
Claudia Grondona, Sandra Ismach y Dolores Riqué***

Fecha de recepción: 23 de agosto de 2011
Fecha de aceptación: 26 de septiembre de 2011
Correspondencia a: Sandra Madeira
Correo electrónico: madeira_sandra@yahoo.com

* Licenciadas en Trabajo Social

Introducción

El presente artículo dará cuenta de la actuación profesional de los trabajadores sociales en el marco de la inserción de estos profesionales en el Servicio de Urgencias del Hospital P. Piñero, tomando como fuentes principales la experiencia adquirida en este nuevo espacio y la investigación llevada a cabo recientemente por el equipo de trabajadores sociales del servicio mencionado¹.

En un contexto de fragmentación social, nos encontramos diariamente con situaciones donde los lazos sociales se encuentran debilitados o destruidos. Intervenir en problemáticas complejas atendiendo lo emergente en una situación de urgencia implica cierto grado de inmediatez y conlleva a involucrarse en un proceso continuo de reflexión de las propias prácticas y de afianzamiento del trabajo con otros/as profesionales de la salud.

1. Lic. Fernández Vecchio, y otros: "La Actuación Profesional del Trabajo Social en el Servicio de Urgencias de un Hospital Público", Buenos Aires, Julio 2010.

El Trabajo Social en el Servicio de Urgencias

En principio resulta relevante destacar que los/as trabajadores/as sociales junto con los/as psicólogos/as y psiquiatras, se incorporan a los Servicios de Urgencia de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la Ley N° 448 de Salud Mental de esta ciudad². En el caso del Hospital P. Piñero el equipo de profesionales de la guardia ya contaba con psicólogos/as y psiquiatras, incorporándose los trabajadores sociales a partir de octubre de 2008.

Dicha ley propone transformar el sistema sanitario, garantizando diferentes modalidades de atención, con abordajes terapéuticos y sociales, mediante el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Se crean así Equipos de Salud Mental que se ocuparán de develar el entramado social y aljar el padecimiento subjetivo en situaciones de crisis de un sujeto y su grupo familiar, en una guardia hospitalaria.

Aparece entonces el primer desafío de nuestra intervención profesional: incorporarse a un dispositivo institucional donde la hegemonía médica siempre ha reinado, construyendo un espacio desde una lógica de intervención que apunta a impulsar:

- una mirada integral, lo que implica no escindir al sujeto de su historia, de los acontecimientos vividos y de su relación con el contexto global y las nuevas condiciones de exclusión y vulnerabilidad social, y;
- donde la urgencia 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.

La demanda proviene de sujetos que se presentan espontáneamente, la derivación de otros profesionales de la guardia o la solicitud de otros servicios de consultorios externos e internación del Hospital.

La demanda por parte del resto del equipo de profesionales de la guardia, constituye otro desafío, un espacio a construir con los otros, y si bien al momento de la inserción el cuestionamiento recurrente era el "para qué están acá", el no comprender qué situaciones se nos podían derivar y qué puede hacer un/a trabajador/ a social en la guardia, actualmente y luego de más de dos años de trabajo, se ha avanzado en la valorización del rol profesional y en la construcción de la necesidad de demandas a nuestra profesión.

Los ejes de nuestra intervención profesional son:

- Promover la participación del equipo interdisciplinario para lograr una mirada integral de la situación planteada.
- Generar un espacio de escucha y contención.
- Favorecer la reconstrucción de redes sociales y familiares de los sujetos asistidos.
- Generar estrategias que permitan el acceso a los recursos que la situación de urgencia demanda.
- Propiciar la articulación intra e interinstitucional, facilitando la continuidad de atención de acuerdo a las problemáticas sociales y de salud presentadas, en los niveles adecuados del sistema de salud.
- Viabilizar la construcción de alternativas y/o estrategias intersectoriales de intervención

Motivos de consulta³

En primer lugar resulta necesario remarcar, como ya se dijera, que la demanda al Servicio Social proviene de los distintos profesionales de otras especialidades que se desempeñan en el servicio de urgencias, de Consultorios Externos e

2. Ley sancionada en julio de 2000 y reglamentada mediante el decreto N° 1551/06.

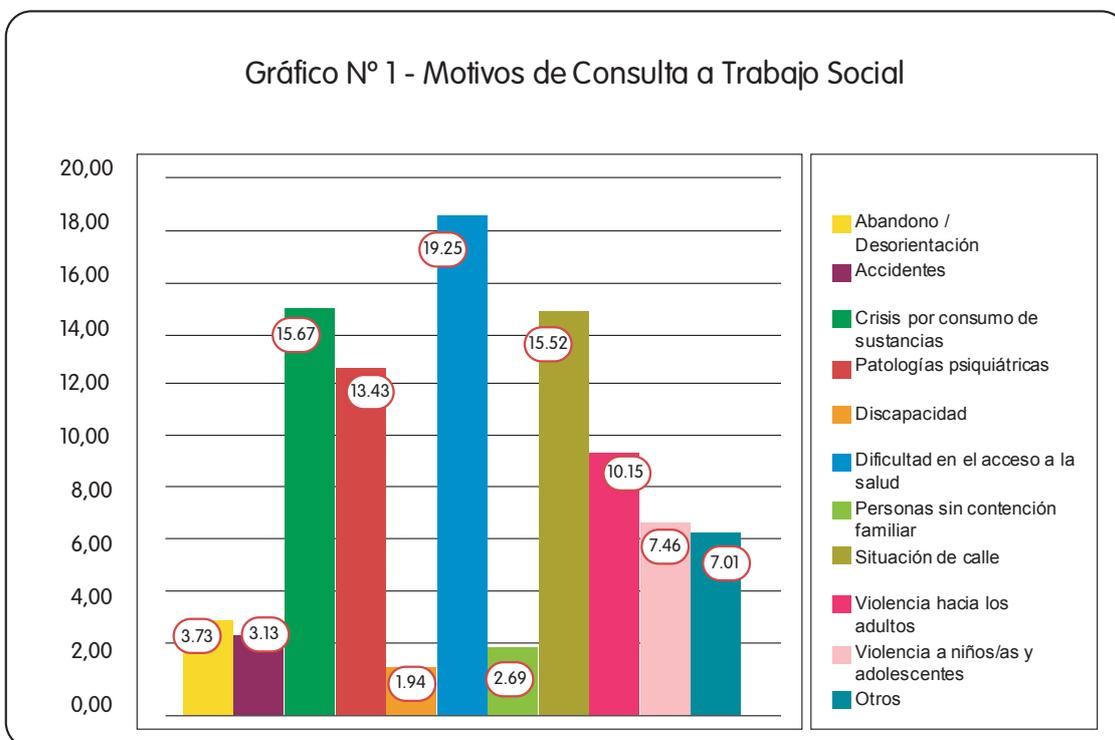
3. Op.cit: 1

Internación del Hospital, y de otras instituciones (Centros de Salud y Acción Comunitaria del Área programática, Defensorías de niños/as y adolescentes).

La clasificación de los motivos de consulta en las variables que se detallan a continuación, se vincula a lo que los sujetos con los se interviene refieren a la hora de plantear su situación, lo que no necesariamente coincide con la demanda efectuada y fue realizada por el equipo de trabajadoras sociales de este servicio.

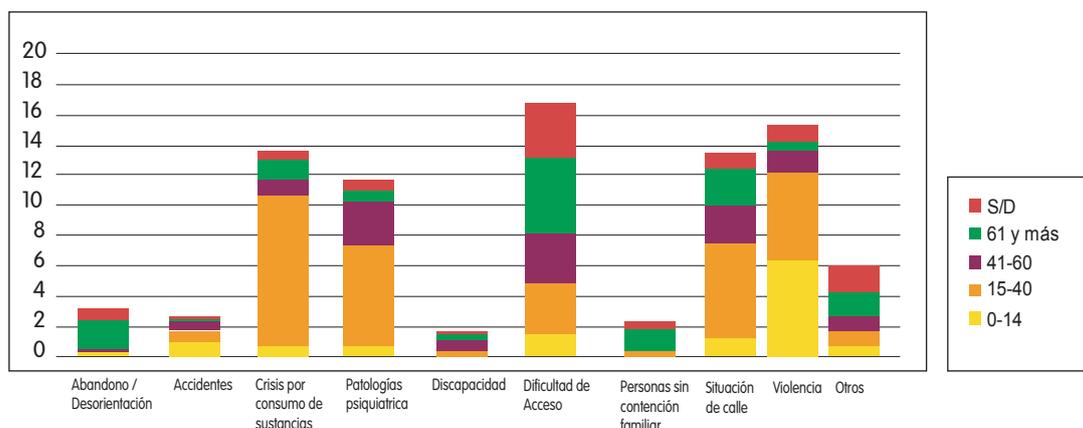
Los motivos son: patologías psiquiátricas (intento de suicidio, excitación psicomotriz, angustia, crisis de conversión), accidentes, uso problemático de drogas, abandono/ desorientación, situación de calle, personas sin contención familiar, discapacidad, violencia hacia adultos (violencia barrial, en la vía pública, violencia a adultos mayores, violencia institucional, violencia familiar), violencia hacia los/as niños/as (maltrato y abuso sexual) dificultad de acceso a los recursos. ver gráfico N° 1 y 2.

- En cuanto a los principales motivos por los que se ha demandado la intervención del Trabajo Social se destaca que el mayor porcentaje se corresponde con dificultad de acceso a los recursos (19%), esto se vio relacionado con la presencia de problemas de salud y la necesidad de acceder a determinados beneficios para viabilizar la atención de la salud de las personas que consultan, lo que hace pensar también en el trabajo en conjunto con otras profesiones y la importancia que “lo social” va adquiriendo en el espacio de la guardia. Este motivo se visualiza sobre todo en la franja comprendida entre los adultos mayores de 61 años que también integra el grupo donde se observa el mayor número de consultas por desorientación⁴ y falta de contención familiar.
- De todas maneras resulta imprescindible visualizar que no es significativa la diferencia entre dicho motivo de consulta y los que le siguen en proporción, dado que si tomamos en cuenta las situaciones de violencia en con-



4. Desorientación: se refiere a aquellas personas que por el problema que se encuentra atravesando no puede dar cuenta de sus datos personales, ni se encuentra ubicada en tiempo y espacio.

Gráfico N° 2 - Motivos de Consulta, según edad (en %)



junto (adultos y niños) las mismas alcanzan un 18%, consumo de sustancias y situación de calle llegan al 16% y 15% respectivamente, al igual que las patologías psiquiátricas, por lo que se consultó también en un 15% de las oportunidades.

- En el caso de consumo de sustancias se da una prevalencia entre la franja que abarca los 15 y 40 años, lo mismo ocurre con las situaciones de consulta por patologías psiquiátricas y personas en situación de calle, con un porcentaje mayor en personas entre 31 y 40 años.
- Continúan en importancia la categoría "otros", referidos a diversas intervenciones vinculadas con cuestiones administrativas que no implican necesariamente la específica intervención de un trabajador social. Creemos que esto se asocia con el rol tradicional que otras disciplinas han asignado a nuestra profesión y con el proceso de inserción de la misma en el servicio de urgencias, por lo que aún hay que continuar trabajando con los otros profesionales del equipo de salud en la construcción de la demanda.
- Las situaciones por las que menos se ha solicitado la intervención del servicio social son discapacidad, personas sin contención familiar y accidentes, lo que no le quita relevancia a los mismos:
- En relación a las personas con discapacidad

se ha consultado en mayor medida cuestiones que se vinculan con la inclusión en programas o tramitación de diversos recursos.

- Al referirnos a las personas sin contención familiar, aunque no es el motivo por el que más se ha demandado, es real que es sustancial la intervención del trabajador social que pueda construir redes y pensar estrategias con vecinos y amigos con el fin de atender a esa persona y dar continuidad al tratamiento que requiera en función del motivo que lo llevó a consultar e incluso ayudar a decidir cuál es el tipo de dispositivo institucional que requiere en caso de no poder regresar a su domicilio.
- Al pensar en los accidentes, es similar la cantidad de consultas en los distintos grupos etáreos, aunque la mayor cantidad se dio entre los 0 y 14 años, lo que puede vincularse por una parte, con la necesidad de contención familiar en estas situaciones traumáticas, y por otro lado, relacionado con sospecha de maltrato infantil ante la repetición de accidentes en el hogar.

Estrategias de intervención profesional

En primera instancia es necesario aclarar que la herramienta para pensar las estrategias de actuación profesional es la entrevista⁵. Es entonces a

5. Considerada como relación social que nos permite el conocimiento del universo de sentidos de las personas con las que trabajamos, lo que Guber (1991) llama "perspectiva del actor", sabiendo que esta técnica es también una instancia de observación donde opera lo no dicho, pues la verbalización es un vehículo desigual según el grupo social del que se trate, pues la mayoría de los temas abordados son cuestiones que los sujetos manejan cotidianamente, no reflexiva sino prácticamente en sus contextos específicos.

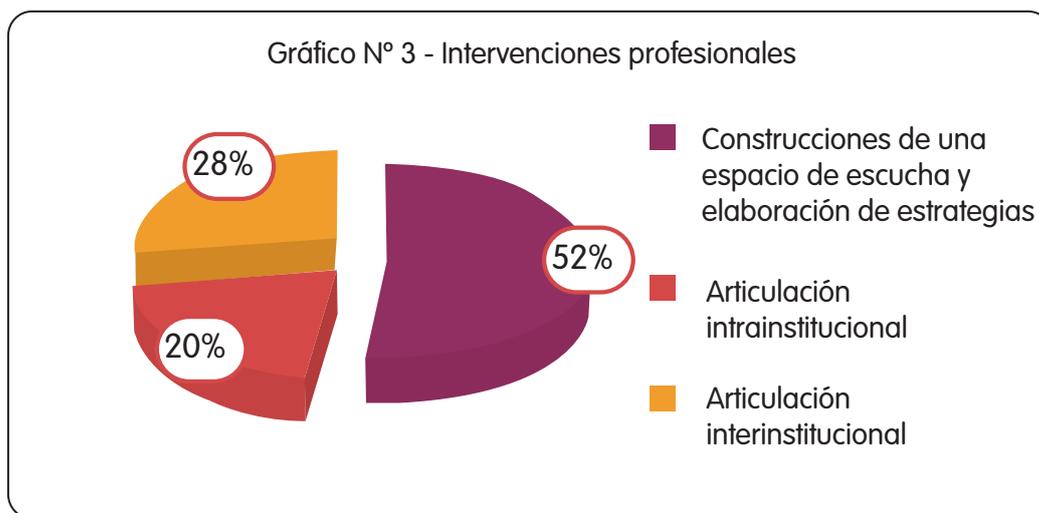
partir de la entrevista, ya sea con la persona que demanda, como con sus referentes o con otros profesionales (del hospital u otras instituciones) es que se define las estrategias de intervención que a los fines de este trabajo mencionamos de la siguiente manera:

Construcción de un espacio de escucha y elaboración de estrategias: implica la realización de entrevistas individuales y/o grupales, orientación y asesoramiento.

Articulación intrainstitucional: incluye el trabajo interdisciplinario con el resto de los profesionales de la guardia (interconsultas) y el trabajo con otros servicios para garantizar el acceso de las personas a la atención de su salud.

distribuido estas estrategias en nuestra experiencia en el Hospital Piñero:⁶ ver gráfico N°3.

La construcción de un espacio de escucha y elaboración de estrategias es la estrategia que en nuestra actuación profesional alcanza el mayor porcentaje (52%) siendo las entrevistas individuales y grupales las que se dan en un 39% de los casos y un 13% que implica también orientación y asesoramiento.⁷ 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.



Fuente: Sistematización Trabajo Social 2009. Servicio de Urgencias Hospital P. Piñero⁸

Articulación interinstitucional: se vincula con entrevistas telefónicas (derivaciones, consulta de guardia, otras consultas, comunicación con referentes familiares, citaciones, confección de informes y envío de los mismos, accesibilidad a los recursos).

A partir de la definición planteada el siguiente cuadro dará cuenta de la manera en que se han

En segundo lugar, la articulación intrainstitucional, alcanza un 20% de las intervenciones, que tiene que ver con las interconsultas y acuerdos con otros servicios del Hospital para facilitar el acceso de la población a la atención de su salud. Nos resulta imprescindible resaltar la importancia que tienen estas acciones en función de repensarlas de manera conjunta con el fin de fortalecer el trabajo interdisciplinario como una modalidad

6. Op.cit 1.

7. Op. Cit 1.

8. Op. Cit 1.

indispensable a la hora de considerar estrategias de intervención.

Consideramos que un equipo de trabajo se construye cotidianamente en un proceso dinámico, conflictivo, y supone cruzamientos, inclusiones, deserciones y aprendizajes. Esta forma de pensar un equipo de salud supone fundamentalmente el compromiso de sus miembros en la práctica cotidiana de intervención en situaciones personales, posibilitando la consulta, la coordinación de esfuerzos, y la búsqueda de otros espacios de intervención que pudieran abrir nuevas posibilidades, sosteniendo espacios de diálogo, donde cada integrante aporte desde una relación horizontal sin perder su singularidad.

Ante esto coincidimos con las dificultades que implica la conformación de equipos interdisciplinarios pero se visualiza que desde el Servicio Social no pueden pensarse proyectos ni dispositivos asistenciales sin implementarlos desde esta modalidad, como herramienta ineludible del abordaje de distintas problemáticas.

La articulación interinstitucional constituye otro eje fundamental de la intervención profesional (27%), para lo cual es necesario llevar a cabo una serie de acciones entre las que se incluyen: las entrevistas telefónicas, las articulaciones con otras instituciones, confección de informes y accesibilidad a recursos.

Reflexiones finales

Desde el punto de vista epistemológico, acordamos que los paradigmas vigentes que se ha dado la ciencia para entender la realidad y explicarla, hoy no dan cuenta de la complejidad de la misma, ni por ende de las manifestaciones que desde los servicios sociales abordamos cotidianamente (Carballeda, 2008). Los fenómenos con los que trabajamos no pueden visualizarse desde causalidades lineales, tampoco desde la simple asociación de variables. Tienen que ser abordados desde una lógica más amplia y desde la interdisciplina, lo cual resulta arduo en la práctica diaria y se lleva gran parte de la energía profesional.

De acuerdo a lo expuesto, consideramos con que los resultados presentados dan cuenta de las situaciones de complejidad que se presentan en el campo de la salud. Las mismas pueden pensarse desde las dificultades de accesibilidad, la incertidumbre con respecto a los insumos, la aparición de problemáticas emergentes relacionadas con los procesos de exclusión social, las crecientes demandas relacionadas con el uso problemático de drogas, las diferentes formas de violencia. Es decir, un contexto heterogéneo donde los viejos problemas de salud adquieren nuevas connotaciones.

Es por ello que construir nuevos espacios o nuevas modalidades de trabajo al interior de las instituciones, es estratégico, tanto desde el punto de vista de la resolución de problemas, como para el enriquecimiento del colectivo profesional, ya que "lo social" no puede considerarse una "variable asociada" más. El medio social es un campo en el que se producen y reproducen prácticas sociales, da marco, condiciona y permite la lectura de los procesos de salud -enfermedad- atención de las personas con las que se trabaja.

Como trabajadoras sociales, nos encontramos ante estas realidades variadas y complejas, intentando generar estrategias desde una concepción de la salud que comprende a la persona de manera integral, es decir considerando su historia, sus derechos, el contexto en el que viven, sus redes de contención primaria y secundarias, sus recursos personales (educación, vivienda, trabajo, capital cultural, vínculos, etc.), la relación con su cuerpo y las formas de cuidarlo, así como la relación con el sistema de salud.

Si pensamos como profesionales que la atención de la salud comienza desde el ingreso a un hospital, creyendo que sólo es el saber científico el que opera en la supuesta curación, perdemos de vista las diversas formas de atención de los padeceres que los sujetos utilizan para reducir o solucionar sus problemas, lo cual implica la necesidad de incluir los espacios cotidianos donde los sujetos se desarrollan.

En relación a lo expuesto se puede plantear que el trabajador social debe intervenir no solamente

en lo relacionado con la subsistencia material de los sujetos sino que debe incorporar aquellas variables que están relacionadas con las marcas que dejan en los mismos la degradación de la condición humana, y la particularidad que adquieren en la trama microsocioal.

Para finalizar, creemos que si bien nuestra práctica profesional la realizamos en una realidad signada por múltiples limitaciones: un presupuesto deficiente, una política de salud con un significado más abstracto que concreto, superposición y fragmentación de programas, falta de coordinación intra e intersectorial, hegemonía de la medicina, escasa participación comunitaria, entre otras, rescatamos también la existencia de equipos de salud, proyectos y experiencias que recuperan, dentro de lo posible, una mirada integral de la salud desde una perspectiva de derechos.

Bibliografía

- Aresca, V., y otros (2008) Equipos de salud mental en una guardia pediátrica. La experiencia del Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde. Revista: Psicosocial y Emergencias, N° 6, Pág. 5-8, Buenos Aires, Argentina.
- Capellini, N., Cohen, M., Wolochin, I., Escobar, A. (2010) Internación de pacientes en situación de calle: Estrategias de intervención desde el trabajo social, Revista Científica del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Volumen 11, N°1, Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2008) Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto, Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós.
- Castel, R., (1991) La Dinámica de los Procesos de marginación. Comité Científico del Primer Encuentro del espacio Institucional, apuntes de la Cátedra de Psicología Social de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Buenos Aires, Argentina.
- Castel, R., (1997) Las metamorfosis de la cuestión social, Barcelona, España, Ed. Paidós.
- Castiglia, L., Madeira, S. (2008) Trabajo social y Atención Primaria de la Salud. Trabajo presentado en el curso: “Estrategias de intervención profesional”, Servicio Social, Hospital Piñero, Buenos Aires, Argentina.
- Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2003) Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Fernández Vecchio M. L., y otros (2010): La Actuación Profesional del Trabajo Social en el Servicio de Urgencias de un Hospital Público, Buenos Aires.
- Guber, Rosana, (1991) El Salvaje Metropolitano, Ed. Legasa, Buenos Aires.
- Netto, J. P. Una mirada crítica del Trabajo Social. Reflexiones en torno a la cuestión social, ponencia presentada en la Conferencia “Nuevos escenarios y práctica profesional”, 25 de octubre de 2000, Carrera de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires.
- Montaño, C. (1998) La génesis del servicio social, en: “La naturaleza del Servicio Social”, Pág. IV, Pág. 181-187, Sao Paulo, Brasil, Editorial Cortez.
- Ravinovich, A. (2009) Uso de drogas y trabajo social. Trabajo presentado en: Curso de Postgrado Interdisciplinario de Adicciones, Hospital J. M. Penna, Dirección de Capacitación e Investigación, Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina.
- Rosas M. (2001) La intervención en relación con la cuestión social, Pág. IV, Pág. 220-240, Buenos Aires, Argentina, Editorial Espacio.
- Szasz, I. (1997) Género y Salud. Algunas reflexiones. En: IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México.

