

La intervención en la guardia desde un enclave comunitario

Por Natalia Bianchini

Natalia Bianchini. Trabajadora Social. Residente de Trabajo Social del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El presente ensayo se enmarca en la experiencia como residente de tercer año de Trabajo Social en el Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna” ubicado en el barrio Parque Patricios, zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA). Dicha rotación fue desarrollada en el último período del tercer nivel de la Residencia de Servicio Social (junio-agosto de 2023), tal como lo establece el Programa General de dicho proceso de formación en servicio.

Este trabajo pretende realizar un análisis de la intervención del equipo de salud mental inserto en la guardia general de los días lunes, a partir de la observación y reflexión sobre las distintas situaciones que fueron abordadas durante el período de rotación. En adelante se hablará en términos generales del equipo de guardia del Hospital “Dr. J. M. Penna” para hacer referencia al equipo de los días lunes.

A lo largo del documento se procura realizar una lectura de la dinámica del equipo de trabajo, su vinculación con el equipo de salud más amplio, así como también una revisión de las principales situaciones problemáticas atendidas. Para concluir se esbozan algunas reflexiones vinculadas a ciertos interrogantes que fueron presentándose en la intervención.

Sobre el equipo de salud mental interdisciplinario

La Ley de Salud Mental N° 448 de CABA (2000) reconoce la complejidad de la problemática, propicia la integralidad e interdisciplina en la atención y establece que en las guardias de los hospitales generales atenderán equipos de salud mental conformados por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. La incorporación de los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISM) en las guardias de los Hospitales Generales de Agudos de CABA tuvo lugar en el año 2008 en el marco de la reglamentación de la Ley N° 448. Hasta entonces, tanto los psicólogos como trabajadores sociales y psiquiatras trabajaban con la guardia general a partir de interconsultas.

La creación de los equipos se vincula al concepto de salud mental planteado en la normativa en concordancia con la Ley Básica de Salud de CABA (1999), proponiendo un viraje en el paradigma de atención desde un modelo hospitalo-céntrico -basado en la manicomialización como estrategia de intervención por excelencia- hacia otro fundado en la necesidad de diseñar distintos dispositivos intermedios para mantener el vínculo del sujeto con su comunidad, quedando la internación como último recurso terapéutico cuando no han funcionado los abordajes ambulatorios.

Sin embargo, cabe señalar que el marco normativo y la conformación de EISM no necesariamente modifican automáticamente los procesos de atención de la salud mental y de inclusión social, sino que se trata de un cambio paradigmático a nivel social y hacia dentro del campo de la salud mental (Retamal, 2014). En la práctica, los profesionales se incorporan a un equipo de salud constituido que trabaja en el ámbito de la guardia general en la que el predominio de las ciencias médicas instala discursos, prácticas y dinámicas de atención vinculadas a un modelo biologicista y ahistórico de la salud.

Actualmente, el equipo de salud mental del día lunes trabaja de manera interdisciplinaria llevando en conjunto las entrevistas y pensando las estrategias de intervención y externación de las personas que acuden a la guardia. En cuanto al resto de los profesionales que forman parte del equipo de salud de la guardia, la articulación se produce principalmente para solicitar información sobre el estado de salud de los usuarios y conocer los tiempos y necesidades particulares de la persona al momento de la externación. Esto suele desencadenar tensiones debido a que no siempre el alta médica de esa persona coincide con las posibilidades de externación en condiciones dignas. Aquí resulta fundamental atender los criterios socio-afectivos, culturales, políticos y económicos que desde la profesión utilizamos para argumentar la suspensión del alta hospitalaria hasta que estén dadas las condiciones. Los obstáculos con los que nos enfrentamos son los déficits en las políticas sociales y sanitarias a nivel local y nacional así como la escasa o nula existencia de redes socio-afectivas; por ejemplo, demoras en las derivaciones realizadas por PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), los efectores de salud en los que poseen la capita las personas que asisten a la guardia, falta de camas para salud mental, demoras del SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias), falta de cupos para derivación por tercer nivel, entre otros.

Motivos de intervención del equipo de salud mental

Las principales situaciones problemáticas en las que se interviene como equipo de salud mental son:

- Consumo problemático de sustancias
- Violencia hacia adultos y niños
- Delitos contra la integridad sexual (ASI, violación)
- Emergencia habitacional/Situación de calle
- Personas sin documentación / NN
- Accesibilidad a los servicios de salud (continuidad de atención en el hospital y referencia con otros efectores de salud y/o instituciones)
- Patologías psiquiátricas (intento de suicidio, excitación psicomotriz, angustia, crisis de conversión)
- Abandono/desorientación

Estos casos pueden ingresar por: consultorio externo de guardia, ambulancia o mediante derivación proveniente de otros servicios del hospital (pediatría y ginecología). El equipo suele ser notificado por personal de seguridad, familiares o por interconsulta de otros profesionales de la

salud. Una vez detectada la situación, el equipo procede a realizar una primera entrevista de evaluación, considerando que la persona no se encuentre bajo efectos de medicación psiquiátrica o requiera de intervención farmacológica imposibilitando el establecimiento de un encuadre. En esta instancia se busca conocer la situación y así efectuar la evaluación correspondiente para determinar una estrategia de intervención. Si se identifica la existencia de riesgo cierto o inminente para la vida de la persona o de terceras/os -tal como lo establece la Ley de Salud Mental N° 448- la normativa establece como opción terapéutica la internación por salud mental, entendiéndola como uno más de los recursos en salud, siempre y cuando no sea posible un abordaje ambulatorio/comunitario.

En este caso, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) establece que las internaciones deben realizarse en las salas de internación de hospitales generales de agudos (y no en instituciones monovalentes); no obstante ello, sólo algunos los efectores han incorporado este lineamiento al interior de su dinámica institucional. En particular, en el Hospital General de Agudos Dr. José María Penna no se ha habilitado una unidad de internación de salud mental ni se reservan camas en internación de clínica médica, tampoco estarían dadas las condiciones para garantizar la internación en el espacio de la guardia general.

Ahora bien, resulta fundamental conocer la población que acude a la guardia, les cuales son usuaries atravesades por un contexto socio-económico, cultural, político y geográfico que habilita/obstaculiza diferentes estrategias de intervención posibles en el marco de una guardia hospitalaria. Por ende, conocer donde vive la persona, con qué redes socio-afectivas cuenta, qué espacios colectivos, comunitarios e instituciones tienen incidencia en esa comunidad, qué posibilidades de movilidad posee, entre otros aspectos vinculados al territorio y sus condiciones objetivas y subjetivas de vida, son fundamentales para el abordaje de lo social desde una perspectiva crítica y situada de las problemáticas.

Tal como refiere Carballeda (2012), pensar lo social en la intervención implica poner en diálogo al sujeto con el territorio donde se lleva a cabo la reproducción de su vida cotidiana y elaborar diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. A continuación interesa reflexionar en torno al sentido de nuestra intervención profesional de Trabajo Social a partir de una situación que surgió durante la rotación. De allí es que emergieron las siguientes preguntas: ¿es posible pensar la guardia de Trabajo Social en la urgencia desde una perspectiva de salud colectiva?, ¿es viable construir estrategias de abordaje territorial-comunitario?

- "En el pasillo... pasillo de la muerte", dijo el pibe, esposado a la camilla del consultorio 1 de la guardia.

Ahí estaba, desde el domingo... sin comunicación con su familia.

- ¿Hablaste con alguien?

- No

- ¿Comiste?

- Tampoco.

Así, sus frías y contundentes afirmaciones me convencían cada vez más de la frialdad con la que esta sociedad lo (des)trató toda su vida.

Difícil ser un pibe, más aún de la Villa 21-24 -1-.

Le preguntamos por su familia e inmediatamente hizo referencia a su mamá y hermano mayor. No recordaba ningún teléfono, así que empezamos a comunicarnos con las instituciones y referentes del barrio. Contactamos a colegas del CeSAC -2-, promotoras de salud y militantes de organizaciones sociales. A los 10 minutos, las compañeras estaban caminando la Villa, entendiendo la importancia de hablar en forma urgente con algún familiar. No dudaron en salir y recorrer hasta encontrar a alguien que lo conociera. Y lo lograron.

Dos compañeras vinieron hasta el hospital para reconocerlo. De inmediato supieron quién era. Localizaron a su madre, estaba en un corte de calle, “laburando con la orga”. Le pidieron un taxi para que llegara lo antes posible a la guardia del hospital. Una compañera la acompañaba por teléfono para orientarla y garantizar que llegara. Yo la esperaba en la puerta. Al rato, una mujer apareció por el pasillo. Se la veía inquieta y perdida. Me acerqué, me miró fijo, como desesperada. Le pregunté si era la familiar del pibe. Lo confirmó con el alivio de quien sabe que llega, pero con la incertidumbre de no saber con qué se encontraría del otro lado de esa puerta blanca de la Guardia del Penna.

- "Desde ayer que lo estamos buscando", dijo apenada, culposa y llorando.
- Tranquila, ya estás acá, el pibe está bien. Vení. Vamos a verlo.

Esta situación contrasta con ciertas ideas que permean el sentido común, vinculadas a la imposibilidad de pensar la intervención en la guardia de un hospital general en clave comunitaria. Cabe señalar que desde la perspectiva de Salud Comunitaria (SC), las condiciones de vida, el territorio y las redes socio-afectivas, familiares y comunitarias son fundamentales para pensar las estrategias de los Procesos de Salud, Enfermedad, Atención y Cuidados (PSEAC), debido a que la salud está atravesada por dimensiones sociohistóricas, políticas y culturales que se interrelacionan y configuran diferentes PSEAC, según el sector poblacional (López Arellano, 2017). Por ende, los modos en los que se desarrolla la vida configuran los PSEAC situados témporo-espacialmente. Así, el territorio es un patrimonio en el cual se va construyendo la vida cultural e identitaria. No sólo es un espacio geográfico o físico sino también cultural, lingüístico, espiritual y social. Incluir al territorio es fundamental para comprender las desigualdades en los procesos de salud enfermedad y muerte, es decir, las diferencias en las formas de vivir, de sufrir y en las posibilidades de bienestar. Estos procesos constituyen la base de la determinación social que establece los perfiles salud-enfermedad-muerte de las poblaciones que lo habitan (Borde y Torres-Tovar, 2017).

Retomando nuevamente los aportes de Carballada (2012), pensar lo social implica considerar la trama social en la cual se reproduce la cotidianidad de ese sujeto. Lo social en términos de intervención puede ser pensado en tres órdenes:

- el primer orden corresponde a la acción interventiva de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión.
- el segundo orden corresponde a los aspectos intrínsecos del Trabajo Social. Se vincula con los diferentes dispositivos de protección social de una sociedad. Son instituciones, políticas, planes e intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales pueden ser entendidas desde

una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. De esta manera, la intervención en lo social transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto sociedad y cultura en cada circunstancia singular.

- El tercer orden termina de delimitar “lo social” del campo del Trabajo Social, remite a la relación gestada con mayor intensidad en estas últimas décadas entre la noción de necesidad social y problema social.

En ese sentido, el Trabajo Social en el ámbito hospitalario en el Servicio de Urgencias recibe diversas situaciones problemáticas sobre las cuales se puede intervenir apelando a la trama social del sujeto como principal (y en algunos casos, único) recurso para la estrategia de intervención. Es a partir del conocimiento e intercambio con las redes socio-afectivas que se puede pensar en intervenciones situadas, sentidas y cercanas a las realidades -siempre- complejas que se presentan en el cotidiano de nuestro ejercicio profesional. Sucede que el desmembramiento de estos lazos sociales, sumado a la temporalidad institucional impuesta por la guardia suele reducir/condicionar/coartar las posibilidad de conocer y recuperar esas redes sociales, comunitarias, institucionales que pueden ser significativas en el sentido que orienta las estrategias.

Por ende, sin la presencia de la madre-progenitora del usuario -traído a la guardia por la consigna policial para la evaluación de su salud mental por sospecha de delito- no hubiera sido lo mismo su tratamiento dentro del hospital y en el Centro de Admisión y Derivación para adolescentes en conflicto con la ley penal. Encontrar este referente adulto significativo en la vida del joven fue posible gracias a las redes sociocomunitarias instaladas en el territorio en el que residen tanto el usuario como su progenitora. Fueron integrantes de las organizaciones sociales quienes recorrieron las calles y se comunicaron con diferentes vecinos hasta encontrar a ese adulto.

De allí que la entrevista inicial resultó clave para comenzar la pesquisa, si bien el usuario no demostró amplia predisposición para brindar información, habilitó a que nos comunicáramos con “alguien”. La entrevista, considerada como una instancia de encuentro, espacio dialógico, debe propiciar la emergencia de las necesidades del sujeto, poniendo en primer plano sus intereses desde un lugar protagónico y autónomo. Escuchar, para conocer e interpretar la complejidad de su realidad socio-económica, familiar, afectiva y cultural es clave para construir estrategias de intervención situadas. Por ende, durante la entrevista se intentó también indagar en torno a su trayectoria de vida, a la red socio-afectiva existente y las instituciones con las que tuvo contacto.

En muchos de los casos que se presentan en la Guardia, dicha red es débil o inexistente, por lo que cobra relevancia conocer las instituciones y organizaciones sociales de referencia del sujeto. Desde nuestra profesión debemos abonar a la comprensión de procesos de producción de subjetividad a partir de las condiciones de vida; a su vez, visibilizar los procesos de inclusión-exclusión de las prácticas cotidianas, la patologización de la pobreza, la criminalización de las juventudes, disputando por nuevos sentidos y concepciones de la salud que reconozcan la complejidad de los contextos y sujetos. Aportamos problemas, conflictos y tensiones al interior de nuestros equipos y escenarios de trabajo, de lo contrario quedamos relegados a “ayudar” a los profesionales de las ciencias médicas bajo su enfoque biomédico de la salud altamente destituyente de la condición humana (Retamal, 2014).

Aproximaciones finales

La experiencia de rotación por la guardia general del Hospital permitió una aproximación a las prácticas de atención de salud en la urgencia a partir del abordaje desde un equipo interdisciplinario de salud mental. En ese sentido, el proceso de formación atravesado posibilitó un primer acercamiento, tanto a la temática como a la modalidad de intervención en guardia.

El planteo del presente trabajo se centró en analizar las características que asume esa intervención en un equipo de salud de la guardia (día lunes) del hospital, considerando las condiciones institucionales y el marco normativo que encuadra su accionar. También se caracterizó brevemente la demanda que llega al equipo de salud mental y la población atendida.

Por último, se propuso profundizar el debate en torno al sentido de las estrategias profesionales de trabajo social y, a partir de una situación sucedida durante la rotación, se planteó la importancia de recuperar el territorio en el abordaje de las problemáticas.

Notas

-1- La Villa 21–24 (NHT Zavaleta) es una villa miseria que abarca sectores de los barrios de Barracas y Nueva Pompeya, en la Comuna 4 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es el asentamiento precario más grande y con más población de la capital argentina, superando a la Villa 31. En Argentina se le da el nombre de villas miseria (o de emergencia) a los asentamientos informales caracterizados por la densidad de viviendas precarias instaladas en tierras que originariamente no fueron propiedad de sus ocupantes.

-2- Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) son una red pública y gratuita compuesta por más de cuarenta Centros de Atención Primaria de la Salud que funcionan bajo la órbita del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Bibliografía

Borde, Elis y Torres-Tovar, Mauricio (2017). *El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública*. Saúde Debate, 41 (2), 264-275. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Elis-Borde/publication/319089349_El_territorio_como_categoria_fundamental_para_el_campo_de_la_salud_publica/links/59970fb6aca272e41d2c41bf/El-territorio-como-categoria-fundamental-para-el-campo-de-la-salud-publica.pdf

Carballeda, A. (2012). *Hacia la conformación de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental*. Revista Hospital Niños Buenos Aires Junio 2012; vol 54, número 245 81.

Madeira, S; Fernandez Vecchio, M; Grondona, C; Ismach, S; Rique, D. (2011). *El trabajo social en los servicios de urgencia: una experiencia en el hospital P. Piñero*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Hospital Parmenio Piñero, Ciudad de Buenos Aires.

Retamal, P. (2014). *Salud mental: Aportes para pensar la inclusión social a partir de las prácticas profesionales en guardia hospitalaria*. En trabajos seleccionados V Encuentro

Internacional de Trabajo Social “Debates en torno a la construcción de institucionalidad. Aportes para la reconstrucción de lo público”. Cap. 20. Carrera de Trabajo Social, UBA, Buenos Aires.

Legislación y disposiciones

Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448 (2000). Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina, 27 de julio de 2000. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2017/10/10/aa34efd69390bb0071d38857e01cd741d4b2c0f4.pdf>

Decreto N° 635/2004 Reglamentario de la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_a.php?id=946&id2=694&id3=40&idanexo=28

Ley N° 153. Ley Básica de Salud CABA (1999). Disponible en: <https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/ley-153-ley-basica-de-salud/#:~:text=La%20presente%20norma%20tiene%20por,acciones%20conducentes%20a%20tal%20fin.>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre de 2010. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2017/10/10/5af02ac90c29c4e3ce1689b637230d28decb5125.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2013). Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000294cnt-2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf