

Hacia un modelo de intervención integrada en el Hospital San Juan Bautista y la Dirección Provincial de Emergencias Médicas de la Provincia de Catamarca

Por Lic. Petrona Isolina Segovia y A. T. Cristina Alicia Vildoza

Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Catamarca, Argentina

Introducción

Desde nuestra experiencia como Trabajadores Sociales del Hospital Interzonal “San Juan Bautista” de la ciudad Capital de Catamarca y de la Dirección Provincial de Emergencias Médicas anexa a él (Guardia de Emergencias), podemos dar cuenta de la existencia en Catamarca –a partir de los últimos años- de nuevas problemáticas sociales emergentes, tales como: Suicidio, Drogadependencia, Violencia Social y Familiar y Accidentes de Tránsito entre otras, vinculadas estrechamente con la salud de la población en general y por ende con la utilización de los servicios disponibles en ambas estructuras asistenciales

¿De qué manera tomamos contacto con estas problemáticas, cómo las abordamos y en última instancia qué y cómo hacemos para orientar su posible solución?

Son los interrogantes que trataremos de responder en este trabajo. Es preciso aclarar que siempre han existido emergencias en los campos citados previamente (Suicidio, Drogadependencia, Violencia y Accidentes de Tránsito), pero a partir de los últimos diez años aproximadamente, han tomado una complejidad y dimensión social de tal envergadura que ameritan la categoría de problemáticas, superando el tradicional enfoque de “problema social” y más estrictamente de “caso social”.

De allí también la noción de “emergentes” ya que irrumpen en un momento socio-histórico de la Provincia que por larga data tenían en estos campos experiencias aisladas, mas bien esporádicas y circunscriptas a ciertos ámbitos particulares, posiblemente debido a características singulares de una sociedad con fuerte arraigo tradicional. En nuestro recorrido intentaremos ir de lo particular a lo general para luego regresar al punto de partida, teniendo como anhelo que al final del mismo podamos encontrar propuestas superadoras que permitan cualificar los conocimientos y las intervenciones en el marco del Trabajo Social y de otras disciplinas íntimamente ligadas a su desempeño y actuación.

Las problemáticas

Suicidio

De acuerdo con datos extraoficiales, durante la década de 1990 los suicidios en Catamarca no superaban los 15 casos anuales como promedio sobre una población aproximada de 321.000 habitantes siendo mucho menor el número en décadas anteriores (1960, 1970,1980). Los datos oficiales emanados de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia

disponibles a partir del año 2000 muestran los siguientes guarismos:

Suicidio	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Intentos	40	41	18	41	42	54	101	106	82
Capital	13	12	7	20	8	28	69	76	47
Interior	27	29	11	21	34	26	32	30	35
Tasa	12	12,3	5,4	12,2	12,5	16,1	27,1	27,8	21,1
Casos	16	14	58	42	40	41	33	49	58
Capital	2	3	14	18	12	13	6	30	27
Interior	14	11	44	24	28	28	27	19	31
Tasa	4,8	4,2	17,3	12,5	11,9	12,2	8,8	12,9	14,9

Tasa promedio anual de intentos periodo 2000-2008 , 16,28 por mil y la de casos consumados periodo 2000-2008 , 11,05 por mil ubicando a la Provincia como una de las más altas del país.

Durante el año 2009 se mantiene esta tendencia y en lo que va del 2010 los casos consumados ascienden a 43.

Drogadependencia

De acuerdo con datos oficiales publicados por la SEDRONAR sobre la base de la Segunda Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media año 2005, Catamarca presenta el siguiente panorama en tendencia y consumo con respecto a otras provincias del NOA (Se toman solo tres sustancias ilegales):

Prevalencia de año	Catca	Tucumán	Salta	Sgo del Estero	Jujuy
Marihuana	2,7	2,1	4,4	1,6	3,5
Pasta de coca	1,7	0,9	1,2	0,7	1,5
Cocaína	1,4	0,9	1,7	0,9	1,3

Como puede verse Catamarca (en prevalencia de año) ocupa el primer lugar en consumo de Pasta de Coca, segundo lugar en Cocaína y tercer lugar en Marihuana en la región NOA.

Prevalencia de mes	Catca.	Tucumán	Salta	Sgo del estero	Jujuy
Marihuana	1,7	1,2	2,5	1,1	1,9
Pasta de coca	1,0	0,6	0,7	0,6	1,0
Cocaína	1,3	0,6	1,1	0,7	0,7

En este cuadro, Catamarca se ubica primera en consumo de Cocaína, primera en Pasta de Coca y tercera en consumo de Marihuana.

Como panorama general puede afirmarse que Catamarca se ubica en la Región NOA como la de más alta propensión al consumo de sustancias ilegales como Cocaína, Pasta de Coca y Marihuana y existe una tendencia ascendente para el consumo de esas sustancias.

También existe un alto consumo de sustancias legales como alcohol, inhalantes, estimulantes y tranquilizantes (muchos se expenden sin receta archivada) que completan un panorama francamente desalentador en esta materia.

Violencia Familiar y Social

De acuerdo con fuentes extraoficiales en Catamarca se mantiene un promedio de 6 llamadas diarias por actos de violencia generalmente contra las mujeres. Esto suma una cifra cercana a los 2 mil al año. En un informe del Departamento de Investigaciones Judiciales de la Policía de la Provincia que trascendió a través de la prensa se da cuenta que en el año 2006 se registraron 858 casos de violencia, cifra que asciende a más de 930 en 2007, 1058 en 2008, 1224 en 2009 y alrededor de 1.500 en lo que va del 2010. Es un fenómeno en constante crecimiento y se agudiza año tras año.

El Departamento de Asistencia a la Víctima informó que en el 90 por ciento de los casos la víctima es la mujer y que en la mayoría es el esposo o pareja el autor de la agresión. La Dirección de Derechos Humanos ofrece cifras igualmente preocupantes al dar cuenta de más de 700 consultas por violencia doméstica. Según especialistas el 72 por ciento de los delitos contra las personas son por violencia doméstica. En Catamarca existe la Ley N° 4943/98 que aborda la violencia familiar pero aún no fue reglamentada.

Accidentes de Tránsito

Los accidentes de Tránsito se han constituido en una de las problemáticas de mayor incidencia social en los últimos años superando en víctimas fatales a las muertes por suicidio. Según el Consejo Provincial de Seguridad Vial en los últimos tres años han ido en aumento al igual que el número de víctimas fatales. En 2008 se registraron un total 85 muertes por accidentes de tránsito, en 2009 hubo 66 y son más de 70 en lo que va del 2010. Los principales accidentados son motociclistas y las principales causas están centradas en la no utilización de casco, exceso de velocidad e ingesta de bebidas alcohólicas, cuestiones relacionadas a factores sociales.

Estructura y Función Operativa

La Guardia de Emergencia

Funciona como una estructura anexa al Hospital y ocupa parte de sus instalaciones. Administrativamente depende de la Dirección Provincial de Emergencias Médicas aunque la dotación profesional, administrativa, auxiliares y servicios en general se desempeña alternativamente en la Guardia y en el H.I.S.J.B. La Guardia es un servicio que funciona las 24 horas los 365 días del año y podría decirse que es interdisciplinaria ya que la integran Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Auxiliares, Chóferes, Administrativos, Seguridad y Mantenimiento. Una de las principales falencias en su recurso humano es la ausencia de médico Psiquiatra, fundamental para el abordaje de las patologías que nos ocupan.

Sector de Internados

Junto a Consultorios Externos, Quirófanos, Laboratorios, Administración y Servicios constituye la totalidad de la estructura del H.I.S.J.B. Esta área posee salas para diferentes patologías como Clínica Médica, Infectología, Neonatología, Traumatología, Cirugía, Neurología, Del quemado y Oncología. Administrativamente constituye una unidad independiente con su respectivo Director y Jefes de Servicios y Departamentos.

El Servicio Social es una jefatura que depende de esta unidad y sus integrantes prestan servicio alternativamente en el hospital y en guardia de emergencia por turnos rotativos diarios. Al

igual que la Emergencia el equipo profesional está integrado por Médicos, Psicólogos, Psiquiatras (únicamente en consultorio externo), Trabajadores Sociales, Auxiliares, Administrativos y Personal de Servicios Generales. No solo se reciben pacientes de la ciudad Capital y su zona de influencia sino también del interior provincial y de provincias vecinas como Tucumán, Sgo del Estero norte de Córdoba y noroeste de la Rioja.

Intervención en Suicidio

Como afirmamos precedentemente la mayoría de los casos de intentos de suicidio que se producen en la Capital llegan a la Guardia de emergencias.

Las personas dañadas presentan diferentes cuadros según el tipo de lesión producida o el grado de daño efectuado. Estos varían entre intentos de ahorcamiento, heridas cortantes, intoxicación por ingesta de medicamentos, heridas con arma de fuego, envenenamiento entre otros. Lo que prima es la intervención del cuerpo médico en primera instancia con el objeto de salvar la vida del paciente ingresado.

En segunda instancia interviene la psicóloga de guardia si el paciente está en condiciones de poder mantener una comunicación coherente. También puede atender a personas que lo acompañan en tanto se desarrolla la crisis.

A la Trabajadora Social se le solicita su intervención en el caso de que el paciente ingrese sin acompañante o familiar y lo hace con el objeto de ubicar algún responsable. En el caso de menores de edad sin familiares responsables la T.S. da participación al Juez de Menores en Turno y también en el caso de mayores de edad N.N. Otra intervención de la T.S. se da cuando se requieren estudios de alta complejidad o derivación a otros centros en cuyo caso debe gestionar los recursos para dichas urgencias. Finalmente interviene si se produce fallecimiento de la persona afectada en la búsqueda de recursos para brindarle la cobertura de servicio de sepelio.

En Síntesis, primeramente se trabaja sobre la emergencia clínica, luego sobre la crisis en el plano psicológico y familiar, luego en la búsqueda de recursos que demanda la situación. Después de toda esta intervención no se da participación ninguna instancia externa sea institucional o sociofamiliar a no ser la participación que se le da al Juez interviniente.

Se aclara que el paciente puede permanecer algunos días en internación según la indicación del médico tratante por lo cual pasa al Sector de Internados donde se continúa el abordaje con la intervención de otro cuerpo de profesionales de planta. Una vez de alta el paciente el caso se registra en la Historia clínica pero no se tiene banco de datos específicos en relación a la problemática por lo que no se anota como intento de suicidio específicamente sino según el daño que presenta.

Intervención en Drogadependencia

En este caso los pacientes ingresan por tres vertientes:

- a) porque los trae la Policía (los encuentran en la vía pública o vienen con orden judicial),
- b) por que lo trae algún familiar, amigo o conocido y
- c) por su propio medio y voluntad.

Como de costumbre la primera intervención es la del médico de guardia quien evalúa su estado de salud generalmente le efectúa los estudios de rutina. El propósito inmediato es compensar su estado clínico. Luego interviene la Psicóloga manteniendo una entrevista con el paciente o

familiares o personas responsables. La T.S. interviene cuando el paciente viene solo, cuando no puede ser identificado, cuando es menor de edad o cuando el paciente necesita ser derivado a algún centro o entidad para el tratamiento de la adicción. En caso de que el médico aconseje una internación prolongada o la intervención del psiquiatra, el paciente queda internado hasta que se resuelva su situación de traslado.

En algunos casos se da participación al centro local de tratamiento de las adicciones “Humaraya” para que el paciente pueda concurrir a ese centro de día y continuar su tratamiento. Una vez compensado el paciente y realizado los trámites pertinentes finaliza nuestra intervención.

Intervención en Violencia (familiar y social)

Las personas pueden llegar dañadas por riñas callejeras, por golpes propinados por algún miembro de la familia (esposo, padre, hijo) o bien en estado de crisis como consecuencia de un hecho violento. En algunos casos llegan personas con daños muy importantes en su integridad: heridas de armas blancas, quemaduras, heridas de armas de fuego, golpes con elementos contundentes.

El esquema de intervención es similar a los descriptos anteriormente, actuando sobre la emergencia por parte del médico, psicóloga. La T. S. en algunos casos da participación a la policía del radio del H.I.S.J.B, a la Comisaría de la mujer y el menor, al Juez de Menores y al Juez de Instrucción en turno según cada caso.

Esto se amerita en el marco de brindar protección a la víctima, resguardo de la integridad de menores en el domicilio y a las comisarías para el posible control del agresor. En caso de que el paciente ingrese al Servicio de Terapia Intensiva y requiera estudios de alta complejidad y derivación a otros centros la T.S. interviene buscando los recursos necesarios. En caso de fallecimiento de la víctima se le brinda el servicio de sepelio por vía de subsidio o por gestión en la obra social.

Intervención en Accidentes de Tránsito

La intervención en estos casos guarda la misma modalidad descrita anteriormente. Primeramente actúa el cuerpo médico, en este caso con cada especialidad: traumatólogo, neurólogo, cirujano etc. Los cuadros son muy diversos y dependen de la característica de los accidentes. Según estadísticas hospitalarias la mayoría producidos por motociclistas y en el casco de la ciudad, en menor medida en rutas cercanas o del interior provincial. En este caso la T.S. es quien acompaña al cuerpo médico ya que se requiere de una celeridad muy alta para que la tramitación de estudios, prótesis, traslados a centros de esta ciudad o de otras Provincias como Tucumán, Córdoba o Buenos Aires.

Paralelo a esto trabaja en ubicación de familiares o responsables. En caso de menores o N.N. se da participación al Juez También se da participación al médico de policía en caso de fallecimiento y luego al juez en turno. Una vez compensado el paciente en sus primeras atenciones según el caso es dado de alta o bien trasladado a los otros servicios de internados del H.I.S.J.B. donde se continua con la atención del caso.

En casos muy especiales interviene la psicóloga de guardia para la contención de familiares. En última instancia interviene la psicóloga de guardia para compensación de familiares. En caso de fallecimiento la T.S gestiona el servicio de sepelio o acompaña orientando a familiares.

Análisis crítico estratégico

¿Cuándo hablamos de intervención?

Una vez descripta la realidad en la que intervenimos son pertinentes las afirmaciones que en este sentido expresa Marilda Yamamoto en el sentido de que “uno de los desafíos actuales por los que atraviesa el trabajo social es desarrollar una capacidad de lectura de la realidad, para que a partir de ello sea posible desarrollar propuestas de trabajo reales y creativas., teniendo esta lectura como base la “cuestión social” o sea “el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura.”.

En síntesis la intervención se plantea como desafío y resistencia. Ahora bien, partiendo de este reconocimiento de la cuestión social como elemento indispensable es pertinente reconocer la necesidad de nuestra intervención. ¿Cómo? En primer término, siguiendo a Carballeda, debemos reconocer que toda intervención supone enfrentarse a una realidad caracterizada por un alto nivel de complejidad. *“La intervención también implica la elucidación de los datos complejos de una situación o acontecimiento en tanto aproximación desde un marco comprensivo explicativo de esa situación...”*

Y luego. *“Qué debe hacerse desde la intervención en especial desde las expectativas sociales que esta genera? La intervención supone alguna forma de búsqueda de respuestas a interrogantes eminentemente sociales.”*

Intervenir significa en su etimología “estar adentro” “mirar por dentro” algo muy diferente de lo que se hace ya que en el caso que nos ocupa la actuación de cada profesional es de rutina, cada uno por su lado y con la sensación de actuar desde afuera y no inmerso en la realidad abordada.

Intervención en lo social

Carballeda plantea un escenario que denomina “Problemáticas Sociales Complejas” asumiendo que éstas surgen de una tensión entre necesidades, derechos, expectativas sociales, dificultades para resolverlas en un marco de incertidumbre, desigualdad y desafiación, entre otras.

En este sentido, Carballeda considera a la intervención en lo social como interpelación, es decir como instrumento útil para direccionar la intervención en lo social, las políticas sociales y en la investigación. La intervención en lo social se transforma en constructora de conocimiento haciendo visible aquello que la agenda pública no registra. Si bien actuamos en el área de salud no hay ninguna duda que las problemáticas señaladas tienen un alto componente de factores socio ambientales, ligados a conductas, culturas, situaciones y circunstancias que dan cuenta de lo social.

Algunas de ellas pueden vincularse entre otros factores a la pobreza y la cultura (violencia) otras a una particular concepción acerca de la vida y de la muerte (suicidio), otras como emergentes de situaciones vinculadas no resueltas, marginación o exclusión (drogodependencia) y otra de escasa ligazón a las normas sociales, pautas de vida ciudadana y conductas de riesgo autodestructivas (accidentes de tránsito).

Puede verse la génesis de estas problemáticas y su emergencia en el sistema de salud es solo la aparición de su aspecto más visible pero las causas y factores que las originan deben bucearse en lo profundo de la cuestión social catamarqueña.

Intervención en Salud

Uno de los aspectos trascendentes es el reconocimiento de que las problemáticas sociales emergentes descritas en tanto “problemáticas sociales complejas”, asumen la forma de “patologías sociales emergentes”. Es decir, nuevas patologías que la institución debe afrontar sumadas a las que habitualmente venía abordando en forma cotidiana. Esta característica de “patología social” pone al Trabajador Social en una posición de gran trascendencia en el recorrido tendiente a dar una solución, aunque sea pasajera, a dicha emergencia. Pero a la vez lo pone en situación de orientar los recursos, y los demás colegas y profesionales intervinientes, deben ser tomados como tales, con el objeto de mitigar y brindar soluciones duraderas e incluso definitivas en los casos planteados. Al respecto son pertinentes las expresiones de la organización Panamericana de Salud en relación al Modelo Social de Prácticas de Salud (MSPS) cuando lo define “como conjunto de prácticas, hábitos, conductas e intereses que instalados en la sociedad tienen una influencia decisiva en la salud de la población y los individuos que incluyendo al componente formal del sistema de salud lo exceden conformando una realidad más compleja, que jerarquiza caminos alternativos y complementarios a los tradicionales para cuidar, recuperar y promover la salud”.

La posición del sistema de salud en la etapa de crisis es inmejorable para orientar una intervención mucho más amplia con lo que estaríamos ubicándonos en una ruptura conceptual acerca de lo que tradicionalmente se entiende por salud.

La implicancia social de la salud cobra una dimensión de grandes proporciones y el particular rol del T.S se agiganta frente al desafío que implica abordar territorios y actores tan diversos en cantidad y características socioculturales. De ser un mero auxiliar el T.S tiene la posibilidad de generar un espacio inmejorable para el abordaje interdisciplinario. En suma una Intervención Institucional (organización y recursos), Interdisciplinaria (magnitud y multicausalidad) y Consensuada (conurrencia de diferentes saberes, horizontalidad de las decisiones).

Campos de intervención y demarcación de territorios

Dada la situación que analizamos se hace necesario demarcar y proponer campos (áreas) y territorios de intervención:

Campos:

a) Clínico.

Responde a los presupuestos de acción demarcados por la situación de emergencia y crisis fundamentalmente en lo referido a la integridad física del usuario. Implica los diagnósticos diferenciados, tratamientos y compensación del cuadro clínico general. Incluye los estudios, normas, procedimientos y recursos necesarios para superar la urgencia.

b) Psicopatológico y Psicosocial.

Avanza sobre los posibles factores de orden psicológico desencadenantes de la crisis, situación de emergencia y determinación de la urgencia. Evaluación de los factores psicosociales en los casos que son pertinentes y la vinculación de estos factores con la situación de abordaje. Se evalúan aspectos vinculantes del paciente con su familia, entorno comunitario y social.

c) Epidemiológico.

Aborda los aspectos que tienen que ver con el entorno de vida del paciente, su grado de integración, grupos de convivencia, posible grado de hacinamiento y/o promiscuidad relacionado

con la crisis que se aborda. Se establecen categorías para determinar el comportamiento de la problemática en el entorno próximo del paciente y si esta afecta o podría afectar en el futuro a otros y de que manera el paciente es afectado por otros.

d) Social, cultural y comunitario.

Comprende las diferentes variables que tienen que ver con la situación social en general del paciente, su grupo familiar, su entorno próximo comunitario y los rasgos culturales característicos que tienen relación con la crisis que se aborda. Comprende `propiamente la relación el paciente con los elementos relevantes de la “cuestión social” puesta en juego en un lugar y tiempo determinados.

e) Determinación de factores de riesgo.

Comprende la totalidad de factores detectado en todo el recorrido y que son predisponentes a la crisis planteada y que intervienen en la generación y persistencia de la problemática abordada. Constituyen todos los factores de orden individual, vinculares, socio-comunitarios y ambientales predisponentes de la situación abordada.

f) Generación de factores protectores.

Constituyen todos los recursos de orden positivo que presenta la situación tendiente a atenuar y erradicar los efectos nocivos de la problemática abordada. Constituye un inventario del patrimonio disponible para posibilitar la superación de la crisis y la instauración de un nuevo orden vivencial en el presente y para el futuro. Son todos aquellos elementos que contribuyen a la superación de la crisis y al cambio cualitativo de las condiciones generales de vida. Incluye los recursos disponibles y la capacidad para generarlos y usarlos.

Territorios

1) Primer territorio.

Emergencias Médicas, Reanimación, Unidad de Terapia Intensiva, Quirófanos, Laboratorios y Servicios de Alta Complejidad.

2) Segundo territorio.

Internados (diferentes salas), Consultorios Externos, Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS-APS)

3) Tercer territorio.

Minihospitales, Hospitales Zonales, Centros de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Epidemiología.

4) Cuarto territorio.

Hogar, Sector, Barrio, Comunidad, Pueblo o Ciudad.

5) Quinto territorio.

Instituciones o estructuras formales y no formales de la sociedad y comunidad. Públicas y privadas.

6) Sexto territorio.

Instituciones gubernamentales, no gubernamentales, formales e informales, Comunidad y Sociedad en general.

Hacia una modalidad de intervención integrada (institucional, interdisciplinaria y consensuada)

CAMPO	TERRITORIO	INTERVENCION
Clínico	Primer territorio	Diagnóstico, tratamiento ,compensación Preeminencia: Cuerpo médico Psicólogo y Trabajador Social: primer Contacto con la crisis, abordaje de Elementos emergentes. Contención Familiar.
Psicopatológica y Psicosocial	Segundo territorio	Abordaje en profundidad de aspectos psicológicos y psicosociales. Desencadenantes de la crisis. Preeminencia: Psicólogo-Psiquiatra Trabajador Social: abordaje Familiar en profundidad, primer contacto con la realidad sociocultural pertinente Médico: Control, recuperación
Epidemiológico	Tercer territorio	Determinación de condiciones de vida incidentes en la problemática, hábitat, comunidad, grupos de pares, formas de vida, costumbres. Preeminencia: APS Médico Comunitario, Trabajador Social, Agente Sanitario. Médico: Control Psicólogo: Terapia
Social, cultural, comunitario	Cuarto territorio	Abordaje en profundidad de la cuestión social en relación a la problemática, al paciente y su entorno familiar y comunitario. Aspectos sociales que intervienen en la generación y mantenimiento de la problemática. Preeminencia: Trabajador Social Médico: Control Psicólogo: Terapia familiar
Factores de riesgo	Quinto territorio	Detección de todos los factores de riesgo predisponentes: Preeminencia: Equipo Interdisciplinario. Recurso de Instituciones y estructuras formales y no formales Reevaluación del riesgo
Factores protectores	Sexto territorio	Generación de factores atenuantes de la crisis y de la problemática. Recursos Institucionales, Familia, Comunidad y Sociedad en general. Preeminencia: Equipo interdisciplinario e Instituciones Gubernamentales. Estrategias de inclusión y reintegración social.

Conclusiones

Existen en Catamarca nuevas problemáticas sociales emergentes que se inscriben en el contexto de “Problemáticas Sociales Complejas” como expresiones visibles de la cuestión social en los últimos diez años.

Las problemáticas en cuestión, Suicidio, Drogadependencia, Violencia (familiar –social) y Accidentes de tránsito adquieren la característica de nuevas patologías sociales con fuerte incidencia en el conjunto de la sociedad.

El sistema de Salud en general toma contacto directo y se ve impactado por dichas proble-

máticas debiendo adecuar sus recursos y organización para un abordaje acorde a la creciente demanda que se presenta

El Hospital Interzonal San Juan Bautista y la Dirección Provincial de Emergencias Médicas constituyen las estructuras donde se hace visible la emergencia de dichas problemáticas generalmente con la característica de crisis presentándose como oportunidad a veces única para el abordaje en profundidad de dichas problemáticas.

Tanto la Emergencia médica como el Hospital abordan las crisis bajo el principio de inmediatez, focalizando sus esfuerzos y recursos en mitigar sus consecuencias más visibles en el más corto lazo posible y sin continuidad mas halla del tiempo de permanencia de los pacientes.

La intervención obedece a un modelo estrictamente clínico es decir cerrado desde cada uno de los ámbitos de intervención: los Médicos por su lado, los psicólogos por el suyo, los trabajadores sociales por el otro con la concurrencia conjunta que le imprime la propia dinámica de actuación en cada caso. Se consensúan algunas acciones sobre la marcha, se asiste pero no se “interviene” en el sentido estricto que este término implica. La interdisciplinar es una utopía y se actúa como si se estuviera afuera de la situación mas que adentro de la misma y solo se orientan esfuerzos y recursos para superar la crisis lo antes y de la mejor manera posible.

El modelo de abordaje es incompatible con el grado de complejidad que presentan las problemáticas que hacen emergencia en el H:IS:J:B y la Dirección de Emergencias Médicas.

Propuestas

1.- Instrumentar en la Guardia de Emergencia y en el Hospital San Juan Bautista una Modalidad de Intervención Integrada: Institucional, Interdisciplinaria y Consensuada

Institucional porque se hacen necesarios grande recursos que solo las Instituciones pueden aportar. El Hospital y la Guardia de Emergencias se constituyen en un eslabón importante con Organización y Recursos para el abordaje.

Interdisciplinaria. Porque así lo establece para este tipo de problemáticas la Organización Mundial de la Salud como estrategia más efectiva y porque se trata de problemáticas multicausales que requieren ser analizadas desde diferentes puntos de vista.

Consensuada porque se trata de poner en valor los mejores saberes para la obtención de objetivos y propósitos trazados. No es posible la solución desde un solo ámbito. Por otro lado es necesario que las decisiones se tomen horizontalmente con importante grado de participación de los actores involucrados y en igualdad de condiciones.

2.- Establecer instrumentos de referencias y contrarreferencias que permitan no solo el seguimiento de cada situación sino la reconstrucción fiel de historias de vida enmarcadas en contextos familiares, comunitarios y sociales concretos y que den cuenta de los rasgos culturales imperantes en cada uno de los abordajes realizados.

3.- Detectar factores de riesgo y generar factores protectores concretos con el concurso de Instituciones públicas y privadas, organizaciones formales e informales de la comunidad.

4.- Consensuar instrumentos de intervención, posibles protocolos, métodos y procedimientos que contribuyan a la generación de nuevos conocimientos, experiencias y saberes que puedan ser aplicadas en el futuro.

Bibliografía

Bello Julio y Martin de Lellis. Modelo Social de Prácticas de Salud

Carballeda Alfredo Juan Manuel La Intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Paidós.

Carballeda, Alfredo Juan Manuel La Intervención en lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas. Paidós. Bs. As. 2002

Carballeda, Alfredo Juan Manuel. La Intervención en espacios microsociales. Mimeo 2006.

Carballeda Alfredo Juan Manuel. Contexto Social Económico y Político en la Argentina. La Intervención en lo Social y las nuevas formas del padecimiento. Revista Escenario N° 8 Año 2004.

Corsi Jorge. “Manual de Capacitación y Recursos para la Prevención de la Violencia Familiar” 1998.

Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Posvención del Suicidio “Fortaleciéndonos”. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca. Año 2008

Rodríguez Cesar Cornelio. “Análisis de datos oficiales sobre consumo de sustancias ilegales. Maestría de Drogadependencia UNC Marzo de 2008

Rodríguez César Cornelio “Hacia un Modelo de Intervención Diacro-Sincrónico en el abordaje de las adicciones” Maestría de Drogadependencia UNC 2008.

Rozas Pagazza Margarita: “Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social” 1998.

Rozas Pagazza Margarita: Tendencias teórico-epistemológicas y metodológicas en la formación profesional. 2008

Sedronar: “Segunda Encuesta de Estudiantes de Educación Media sobre consumo de sustancias ilegales” Buenos Aires Año 2005.