

margen N° 76 - marzo 2015

El proceso de solicitud de interconsulta. El desafío del encuentro

Por Ileana Cetrángolo, Lorena Schiavone, Luciano Forti e Ingrid Karina Rodríguez Balbis

Residencia de Trabajo Social. Hospital Interzonal General de Agudos “Petrona Villegas de Cordero”, San Fernando, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Un poco de historia

El siguiente artículo surge a partir de la necesidad de poner de manifiesto algunas acciones llevadas a cabo por parte de Trabajadores Sociales en el marco de la Residencia en Salud en el Hospital Interzonal General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires (“Petrona Villegas de Cordero” de la localidad de San Fernando). Cabe aclarar que la Residencia de Trabajo Social en Salud constituye *“una modalidad de formación dentro de las políticas de desarrollo de recursos humanos en el ámbito de la salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (...) El propósito es la de garantizar la formación de profesionales del equipo de salud, en función de las reales necesidades de la población de la provincia.”-1-*

Resulta importante aclarar que la Sala de Asistencia Social (en adelante SAS) es una Sala Interconsultora dentro del Hospital, esto quiere decir que no cuenta con Trabajadores Sociales referentes permanentes en todas las Unidades, Salas y Servicios del Hospital, sino que se los convoca a fin de solicitarles evaluar/intervenir en determinadas oportunidades, a través de una Interconsulta -2- (en adelante IC). En el marco de la Residencia entonces, durante el año 2012, y a partir del desarrollo de los distintos espacios de formación académica y de supervisión de la tarea, surgió la necesidad de analizar el proceso a través del cual el resto de las Salas y Servicios realizaba IC a la SAS.

Sintéticamente puede decirse que existía una alta confusión por parte del mismo equipo de salud, respecto a los motivos por los cuales el Trabajador Social debería desarrollar algún tipo de evaluación/Intervención. En la mayoría de los casos, las IC eran solicitadas de manera informal. Muchas de ellas se requerían de manera oral y casual e incluso en los casos en que la solicitud era realizada por escrito, no se especificaba el motivo, o por el contrario, directamente se indicaba una técnica a realizar propia de la disciplina. Ej: “Solicito IC por Informe Socio Ambiental” / “Solicito IC para Visita Domiciliaria”.

Por otra parte, en reiteradas oportunidades se observaba que la IC era realizada por parte de los profesionales intervinientes (médicos) luego de considerar que los pacientes no requerirían de su intervención en contexto de internación. Se advertía que esta dinámica lograba que el resto de los profesionales pudieran “desligarse” del paciente, ubicando en la SAS la responsabilidad para su egreso tras comprender que el alta institucional se corresponde una vez tratado el cuadro clínico, traumatológico, neurológico, psiquiátrico, etc., en casos en los que cada disciplina considere que ya

ha cumplido con los objetivos propuestos para ese paciente. Y aún así, el mismo no egresaba en los términos esperados, permanecía en la internación y se los homologaba con el mote de “pacientes sociales”. Ejemplo: IC solicitadas con dos días previos a que el paciente cuente con Alta Clínica, luego de una internación de más de 60 días.

Esta modalidad repercutía e incidía de forma negativa en la organización de la demanda de los profesionales de la SAS, ya que generaba alteraciones e irrumpía contra lo planificado. En este contexto resultaba difícil, a la vez que tedioso, realizar evaluaciones/intervenciones devenidas del análisis y la reflexión.

En este sentido, el carácter particular de urgencia que el resto de las disciplinas le imprimía a la demanda dejaba desdibujado el espacio para el análisis disciplinario propio respecto a criterios de urgencia y/o importancia. Sin duda, los parámetros de exigencia, gravedad e incluso necesidad con los que otros disciplinas analizaban una demanda de intervención, no siempre coincidían con los que desde el Trabajo Social podíamos valorar para la misma situación.

La dinámica hasta aquí descrita, y en apariencia instituida, generó en la Residencia algunas preguntas respecto a la especificidad del rol profesional en el encuadre institucional (Ámbito Hospitalario). De esta forma, nos preguntarnos:

¿Ante qué situaciones el resto de los profesionales nos convocaba como “saber especializado”?

¿Qué mecanismos y/o sentidos operaban en el resto de los profesionales para convocarnos a intervenir?

¿Qué representaciones de la profesión se perciben en el imaginario hospitalario?

¿Era la solicitud de IC indefectiblemente el inicio de un proceso de intervención?

¿Existía detrás de cada IC una demanda de intervención?

¿Detrás de la demanda de otro profesional, existía ineludiblemente una demanda de intervención?

¿Era acaso esta demanda, una demanda del usuario, del profesional que la solicitaba?

En síntesis, ¿Cuáles elementos formaban parte en la constitución de esa realidad (diagnosticada)?

¿Quién define que una situación sea problemática y por efecto, quién dictaminaría su resolución?

En este sentido, se elucidan tensiones –permanentes- entre los profesionales de las diferentes disciplinas que conforman a este equipo de salud.

Asimismo, esta serie de interrogantes implicó que, como profesionales, nos preguntásemos si acaso nosotros éramos capaces de definir y estipular cuáles eran “esas” situaciones por las cuales deberían convocarnos. ¿Cuándo estaríamos de acuerdo en que otro profesional nos convoque? ¿Con qué plazos? ¿De qué forma? Y en todo caso, ¿cómo se debería entonces operativizar a dicho proceso a fin de cumplir con nuestros requisitos?

Revisando algunos conceptos en relación a la IC a la SAS en el ámbito Hospitalario

Con el objetivo dar arribo a las preguntas ya planteadas, consideramos ineludible la instancia de explicitar aquellas categorías analítica de las que nos tomaremos a efectos de dar con el propósito

inicial de este trabajo, es decir, lograr una sucesiva aproximación a la(s) realidad(es) compleja(s) con la(s) que, como equipo de salud, evaluamos/intervenimos a diario. Por tal motivo, se considero elucidar: Nuestra acción cotidiana, ¿A qué matrices, ideas, paradigmas de salud se ligaba directa o indirectamente?

En esta dirección, desde la residencia se decidió tomar posición en relación a este punto y fundamentar la intervención profesional, entendiendo el proceso de Salud- Enfermedad- Atención en los términos en que lo hace Floreal Ferrara. Para el mismo *“la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad” -3-*. Dicho proceso entonces, trasciende claramente los límites biológicos y se ubica como un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos y en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí; es decir los que trabajan y viven en circunstancias históricamente determinadas *-4-*.

Otro ejercicio dado por la residencia fue el reflexionar e indagar respecto a cuales de los aspectos que históricamente han atravesado nuestra profesión, se encuentran mediando en esta (diferente) metodología de trabajo.

De tal reflexión, surge que históricamente el Trabajo Social dentro del ámbito hospitalario ha sido convocado cuando algo del orden de lo que se “supone” que debería suceder de determinada manera no sucede, no funciona; es decir cuando aquello de lo que se supone dado, obvio, evidente, no acontece como tal. Cuando, consecuentemente, los profesionales de otras disciplinas advierten dificultades en “lo social”, creídos de que esta dimensión resulta autónoma, con peso específico y escindida de la esfera política y económica. A partir de esto, se solicita intervención con *“(…) poblaciones con NBI, ‘pobres’, o que presentan obstáculos para su reproducción social, y la necesidad de hacerse cargo de ellas (...)” -5-*.

En relación a la Inter Consulta, desde la Residencia se la conceptualizó en, primer lugar, como un espacio de encuentro, ya que, independientemente de las diferentes formas que puedan adoptar según las diferentes disciplinas, se relacionan para la obtención de un objetivo común: *la resolución de determinada cuestión*. Lo significativo de las interconsultas que llegan a la SAS es que, sin lugar a dudas, son mediadas por la mirada (subjetiva, emocional) de otro profesional. Esto implica que la “demanda para la intervención de un TS” está motivada en primer lugar por aquel otro profesional que, ante determinada situación, considera que debe convocarnos.

Bibiana Travi *-6-* plantea que la intervención en Trabajo Social siempre tendrá lugar a partir de una demanda, es decir una solicitud, la cual por lo general viene asociada a un problema que debe ser atendido. Sin embargo, explica la autora, los problemas no tienen “vida propia”, ya que siempre van a existir en tanto exista un sujeto que lo perciba y lo defina de determinada manera; o bien sea un analista quien lo construya de determinada manera. De hecho es sabido que para momento socio histórico particular la sociedad ha nombrado como problema a distinto tipo de situaciones, desarrollando incluso posibles explicaciones y respuestas para cada uno de ellos.

El desarrollo de estos conceptos nos permitió establecer al interior de la Residencia un punto de inicio con algunas cuestiones mínimas. En primer lugar, se consideró entonces que la solicitud de una IC, no constituía a priori e indefectiblemente una demanda de intervención. Recuperando las palabras de Margarita Rozas Pagaza, el sujeto - objeto de intervención es una construcción, *“(…) es un proceso teórico-práctico, en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear dichos conceptos en la realidad social” -7-*.

Una propuesta para la solicitud de IC

Al momento de reflexionar sobre el diseño de la herramienta para la solicitud de IC, se definió que la misma cumpliera con algunas precisiones. Estuvimos de acuerdo en que al menos debía:

- Ser de utilidad para todos las Salas y /o Servicios.
- Poder ser utilizada para IC por pacientes tanto internados como ambulatorios.
- Contemplar las posibles situaciones por las cuales deberían consultarnos.
- Comprender la fecha de la solicitud de la IC.

Una vez establecidos dichos criterios, se prosiguió con la constitución de los indicadores que, a nuestro entender, darían cuenta de los motivos para dar comienzo con la evaluación/intervención. A continuación se detallan:

- ✓ Paciente NN y/o sin documentación;
- ✓ Paciente en situación de abandono y/o mal nutrición y/o en situación de calle;
- ✓ Paciente con signos de abuso y/o violencia;
- ✓ Paciente sin red de contención aparente (familiar, amigos, etc);
- ✓ Paciente sin domicilio fijo;
- ✓ Paciente con problemática de adicción Paciente con dificultad en la adherencia al tratamiento;
- ✓ Paciente sin recursos para solventar gastos del tratamiento y/o tratamiento prolongado;
- ✓ Paciente menor de edad (0 a 18 años);
- ✓ Paciente mayor de 70 años sin cobertura médica (obra social);
- ✓ Paciente que refiere atenderse por consultorio externo en la Sala de Servicio Social y/o programas que articula (PROEPI- PRODIABA- TBC- etc.).

Cabe destacar que se consideró que dichos criterios no fueran considerados excluyentes entre sí, motivo por el cual la existencia de al menos uno de ellos era motivo suficiente para solicitar la IC con el SAS.

Se adjunta modelo de la herramienta:

Sello y firma del profesional

Fecha de IC

Repercusiones / resonancias de la implementación

En primer lugar resulta importante aclarar que la implementación del instrumento es un proceso que aún se continúa expandiendo a la vez que evaluando y redefiniendo.

En la mayoría de los casos se observó que la implementación de la ficha fuera exitosa, resultaba necesario detallar desde la SAS, los aspectos favorables de la misma y la importancia de que lo hagan en los términos propuestos. Al respecto, se percibió una gran resistencia por parte de quienes nos interconsultaban. Podrían resaltarse dos aspectos: Por un lado, acusaban que completar la ficha les demandaba un tiempo que debían restárselo a otras tareas y, por el otro, se percibió que les resultaba difícil precisar el motivo a partir del cual consideraban necesario la evaluación/intervención de la SAS. Se advirtió que en los casos que la IC quedaba asociada a la necesidad de gestionar recursos asistenciales, el completado de la ficha se logaba precisar sin dificultad alguna. Ejemplo de ellos son: asesoramiento al paciente y/o acompañantes para gestionar, tramitar D.N.I., pensiones no contributivas, jubilaciones, adherencia a obras sociales. Sin embargo en los casos en que la IC era realizada por aspectos no materiales, por ejemplo, escasa presencia de red de contención, con baja o nula adherencia a las prescripciones, o en casos en que el paciente no aceptara los términos propuesto por el profesional interviniente, resulta muy dificultoso para el profesional solicitante determinar por qué código solicitar la intervención.

En este sentido, podría inducirse que la profesión cobra una identidad con alta capacidad de gestionar y agenciar recursos, principalmente materiales y organizacionales.

Respecto a las resistencias en la implementación de la ficha, se ha observado que los nuevos integrantes de casa sala y servicio (principalmente los residentes) son más receptivos y comprensivos que los jefes y trabajadores de planta. Se infiere que esto podría deberse a la conformidad de los resultados obtenidos con la metodología histórica, siendo la ficha dudosa de capacidad en la superación de la modalidad sostenida, sea por desconocida, porque demanda mayor reflexión y mayor tiempo.

A saber, la SAS ha tenido una serie de dificultades en la implementación y sostenimiento de esta nueva propuesta metodológica. Parte del equipo de esta Sala, los no residentes, continuaban interviniendo sostenidos como históricamente lo habían hecho, basado en la vieja usanza de recibir el pedido en recetarios, sin motivos claros, sin advertencia de solicitud en la HC. Esta generó la necesidad de generar acuerdos y de ser consecuentes a estos entre los integrantes de esta Sala.

Algunas Conclusiones

Habiendo pasado más de dos años de la implementación de la ficha, se puede percibir tangiblemente la asunción y repercusión de este instrumento, de esta modalidad. En oportunidades donde las intervenciones llevadas a cabo por los equipos intervinientes dan cuenta de acciones inconsistentes y con cierto grado de negligencia, la ficha de IC logra dar claridad y disuadir la duda respecto de la existencia de la intervención de los profesionales de la SAS.

La implementación de la ficha para la solicitud de IC colaboro en varios aspectos. En primer lugar, hecho luz ante el resto de las salas y servicios, sobre motivos por los cuales la SAS considera que debe ser convocada. Si bien esto puede aparentar poca cosa, sirvió como el punto de inicio que permitió que sucedan otras cosas. Creemos que fue gracias ese esclarecimiento que se pudieron armar estrategias de abordaje conjunto que tuvieran mayor claridad respecto a los límites de responsabilidad de cada disciplina, corriendo el rol profesional de lugares a los que históricamente se nos ha relacionado y para los cuales no nos hemos formado.

Asumida con esta entidad, la ficha de IC le brinda calidad a la asistencia y otorga cierto grado de resguardo a los integrantes de la SAS. En este sentido, podría afirmarse que la metodología propuesta por la SAS, se va instituyendo de forma lenta y con las tensiones explicitadas.

Actualmente estamos en condiciones de afirmar que al momento de pensar el escenario de intervención, de cómo llevar a cabo las prescripciones consideradas posibles y convenientes para los pacientes, nuestra intervención para tal fin, si así lo considera quienes nos solicitan, es en los términos propuestos.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente sobre el rol del trabajador social en el ámbito de salud, se puede observar que la implementación de esta herramienta ha traído aparejado también la posibilidad de comenzar a poner en marcha algunas dinámicas con tinte interdisciplinario. Si bien la interdisciplina implica un trabajo cooperativo de gran construcción, podemos afirmar que la utilización de la herramienta, permitió, al menos, establecer un claro punto de partida desde el cual encontramos con otros.

Por último queremos destacar que esto fue posible, en gran medida, debido a disponer del tiempo y del espacio adecuado para el análisis y la reflexión de nuestra tarea, arrojando saldos favorables respecto al desarrollo de esta tarea y, consecuentemente, transformar cualitativamente el servicio que prestamos.

Notas

-1- Decreto N° 2557/01. www.ms.gba.gov.ar

-2- Entendida como todo pedido de evaluación/intervención que se le solicita a los profesionales de la Sala de Asistencia Social por parte de las distintas Unidades, Salas, Servicios y Consultorios del Hospital.

-3- Floreal ferrara: “Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud”. Editorial Catálogos. Año 1985. 1ª edición: Buenos Aires.

-4- Rojas Soriano: “Capitalismo y enfermedad”. Editorial Plaza y Valdez. SA de CV. México, edición 1983.

-5- Cazañiga, Susana: “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud” .

-6- Travi, Bibiana: “La Dimensión técnico instrumental en Trabajo Social” Espacio. Buenos Aires. 2006

-7- Rozas Margarita., “La actual cuestión social y la intervención en Trabajo Social” en “una Perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social”, Ed. Espacio, Bs As, 1998

Bibliografía

- Decreto N° 2557/01. “Reglamento de Residencias de La Provincia de Buenos Aires www.ms.gba.gov.ar
- Floreal ferrara: “Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud”. Editorial catálogos. Año 1985. 1ª edición: lugar buenos aires.
- Rojas Soriuano: “Capitalismo y enfermedad”. Editorial Plaza y Valdez. SA de CV. México, edición 1983.
- Cazañiga, Susana: “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”
- Travi, Bibiana: “La Dimensión t{técnico instrumental en Trabajo Social” Espacio. Buenos Aires. 2006
- Rozas Margarita., “La actual cuestión social y la intervención en Trabajo Social” en “una Perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social”,
Ed. Espacio, Bs As, 1998