

## Intervención del Trabajo Social e internaciones prolongadas. Un aporte para repensar la práctica profesional en al ámbito de la salud pública

Por María Sol Jasuti y Lourdes Silvana Podeley

**María Sol Jasuti.** Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales - UBA (Argentina). Residente de 2do año de Trabajo Social, HIGA Eva Perón, San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina.

**Lourdes Silvana Podeley.** Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales - UBA. Residente de 2do año de Trabajo Social – HIGA Eva Perón, San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina. 2da Vocal suplente de la Comisión Directiva del CATSPBA (Colegio Trabajadores Sociales Provincia de Buenos Aires), Distrito San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

Esta producción se presenta en el marco de la propuesta curricular docente para la formación de la Residencia de Trabajo Social, el cual tiene como objetivo “favorecer y desarrollar la investigación social en el campo de la salud, como instrumento de reflexión diagnóstica y de construcción estratégica de la práctica cotidiana” (Lescano, 2018:16).

Las residencias -como becas de posgrado de capacitación de servicio en el campo de la salud- habilitan las condiciones que permiten realizar una propuesta que se fundamente en un marco teórico, metodológico y operativo, direccionado por el Programa de Residencia de Trabajo Social dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Este trabajo es construido a partir de la rotación de Residentes de primer año, periodo 2018/2019 en el Servicio de Clínica Médica (SCM) con sede en el HIGA Eva Perón, ubicado en el municipio de General San Martín, correspondiente al primer cordón del Conurbano Bonaerense (Argentina).

La estructura de esta institución cuenta con atención y tratamientos de alta complejidad, recibiendo en mayor parte a población del partido de San Martín y el límite de Tres de Febrero, así como también llegan personas derivadas de otros partidos del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, constituyéndose en el único hospital con estas características dentro de la Región Sanitaria V, la cual abarca los municipios de Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López y Zarate. Comparativamente con otros hospitales públicos de las zonas de referencia, tiene un gran caudal de población a cargo, ya que según la proyección elaborada en base a resultados del Censo 2010, la Región Sanitaria V tiene una población de 3.432.962 personas.

El SCM se encuentra en el 2° y 3° piso del hospital y cuenta con un aproximado de 70 camas de internación para personas mayores de 16 años de edad. La particularidad de este servicio radica en la constante articulación con otros servicios como Cirugía General, Cirugía Plástica,

Fonoaudiología, Gastroenterología, Ginecología, Infectología, Kinesiología, Nefrología, Neumonología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Oncología, Salud Mental, Traumatología y Servicio Social.

El SCM, tiene una articulación constante con Trabajo Social, esto se debe a la presencia histórica y activa en dicho espacio, lo que favorece la comunicación y la intervención. La demanda puede llegar por tres canales, la interconsulta por escrito, la demanda espontánea o la captación de situaciones mediante las recorridas de sala. El Servicio Social cuenta con una presencia y trayectoria histórica en esta área gracias al trabajo de una colega quien luego asumió la Jefatura del Servicio Social. Este cargo fue asumido por una nueva incorporación en el año 2016. Ingresó con una beca posresidencia, una colega quien transitó la formación de capacitación y trabajo de esta Residencia, conformándose como referente disciplinar en tanto que es quien promueve el conocimiento de la dinámica de trabajo, facilita la lectura de actorxs, proporciona herramientas de análisis, estrategias de intervención y acompaña a las residentes en el proceso.

Durante los seis meses que constituyeron el proceso de rotación, pudo conocerse la realidad en términos de coordenadas temporo-espaciales en particular. En principio, resultó necesario leer, interpretar, explicar esta realidad que se presenta como un todo caótico (Montaño, 2014: 33), identificando cómo se construyen las dinámicas dentro de este servicio, así como también realizar un análisis conceptual como un modo de ingresar a las diversas formas de manifestación de las problemáticas sociales que enfrentan las personas que ingresan al SCM.

### **Justificación**

Para comenzar a desandar lo que significó el tránsito por el Servicio de Internaciones de Clínica Médica, resulta necesario reconocer el carácter de complejidad que los abordajes requieren, debido a la heterogeneidad de lxs actorxs intervinientes, donde es posible identificar que el proceso de trabajo se encuentra ligado en una demanda al Trabajo Social a la gestión de recursos, buscando acceso a prestaciones a través de las políticas públicas. Esta afirmación no debe resultar ajena, ya que históricamente el Trabajo Social se encuentra vinculado a este tipo de demandas asistencialistas y ejecutoras.

Es el trabajo con quien es referente de este espacio, a partir de instalar preguntas como una forma de analizar el proceso salud, enfermedad, atención y cuidado, sumado a los antecedentes bibliográficos, que se constituyó en un material para pensar nuestro quehacer cotidiano y sentar las bases para esta producción.

En este sentido, los interrogantes que se presentan en este trabajo se vienen analizando al interior de la Residencia, en el tránsito por este servicio, “donde se destacan aportes de compañeras residentes quienes observaron que durante los meses de junio/agosto del 2017 se lograron completar 23 procesos de externación, de los cuales el 87% tienen diagnóstico de Enfermedades Crónicas No Transmisible” (Del Castillo y otras, 2018: 1).

Es por lo anterior que se realiza un recorrido teórico en el que se expone que, según los organismos internacionales como la OMS, la OPS y el Ministerio de Salud de Nación, las enfermedades crónicas no transmisibles<sup>1</sup> “son un grupo de enfermedades que no son causadas

---

<sup>1</sup> Los datos del Ministerio de Salud- año 2018 se registraron como las principales causas de egresos hospitalarios. La Hipertensión, representa 6008 egresos, siendo en porcentaje 4,16%. Por su parte, la diabetes insulino dependientes representa 4073 egresos, siendo en porcentaje 2,82%.

principalmente por una infección aguda y que dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidado” (OMS;2018), análisis que permite pensar a las problemáticas de salud en el marco de nuestras intervenciones y reconocer que las mismas se constituyen en una dificultad para el momento de la externación; por lo cual, identificar la articulación entre las políticas públicas y las intervenciones de trabajo social permite orientar las estrategias para garantizar las condiciones de externación, donde la afirmación nativa hospitalaria “el paciente se tiene que ir” se constituye en una interpelación/demanda histórica y cotidiana al Servicio Social, requiriendo incorporar un abordaje a la salud desde una perspectiva integral que incluya a los determinantes, entendidos como “un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales, que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (Breilh, 2010: 107).

Nuestras intervenciones están atravesadas por la prolongación de las internaciones, lo cual se constituye en una problemática de salud pública y no meramente “social” o ligada exclusivamente al quehacer de nuestra profesión. Es por esto que se considera necesario visibilizar la permanencia prolongada de las personas en la institución hospitalaria, llevando a identificar que las mismas constituyen una incomodidad para el equipo médico, generando en diversas oportunidades la desresponsabilización en la atención como parte de la institución hospitalaria.

Con esta producción intentamos desandar mitos sobre esta población, en pos de evitar la estigmatización y la discriminación, buscando comprender la dinámica de retraimiento de las políticas sociales y de la vacancia hacia estos grupos poblacionales, la inadecuación del dispositivo para la atención de las ECNT y sus consecuencias, la inexistencia de otros adecuados a esta finalidad y la necesidad de visibilizar la problemática para la obtención de respuestas por parte de actorxs que luchan por la salud pública.

El ingreso de lxs sujetxs a una internación en el SCM se encuentra determinado por estar atravesando un episodio agudo de enfermedad<sup>2</sup>. Tras este episodio agudo y en el marco de las internaciones, el objetivo pasa a ser poder producir el proceso de externación en el que surgen obstáculos/limitaciones que se vinculan a las condiciones habitacionales por no contar con red socio/familiar que pueda acompañar y hacerse cargo de la atención y cuidados necesarios, por encontrarse a la espera de un recurso como lo es un material ortopédico y/o medicación, es decir situaciones que dificultan o retrasan el egreso hospitalario. Estas demoras traen consecuencias en el PSEA, quedando estas personas expuestas a contraer virus hospitalarios, a reinfectarse, lo que dificulta la externación ya que no estarían en condiciones de egreso hospitalario. El proceso internación interrumpe la vida cotidiana de lxs sujetxs y la de sus redes vinculares. En diversas oportunidades implica la suspensión del ingreso económico, en el caso de que lo tuviera, donde también se encuentran afectadxs quienes cuidan de estas personas.

Ante esto pretendemos dar cuenta de la complejidad en estos procesos de internación, donde la espera de una respuesta de la política pública producirá situaciones generadoras de tensiones en lxs diferentes actorxs que forman parte de la atención de estxs sujetxs.

El cotidiano que se presenta en el quehacer profesional en relación a las internaciones prolongadas está vinculado de alguna u otra manera a una tarea “asignada al Trabajo Social”, esto es la búsqueda de una respuesta para la población que se encuentra afectada en su estadía por la imposibilidad de recibir los cuidados necesarios extramuros del hospital, situación que ubica a

---

2 Para el HIGA Eva Perón, el Episodio Agudo en Salud es entendido como una enfermedad que tiene un inicio y un fin, y que tiene una duración corta, a diferencia de las enfermedades crónicas. Entre los ingresos más frecuentes a este servicio encontramos por ejemplo, infecciones respiratorias, afecciones cardíacas, accidentes de tránsito, ECNT.

estxs sujetxs como *pacientes sociales*, lo cual exige desandar el camino de la permanencia de quienes se encuentran internados durante largos periodos en una institución hospitalaria a la espera de alguna respuesta institucional. Será esta una situación que atraviesa diversos padecimientos y deterioros a la salud, lo cual implica para las personas en cuestión una grave vulneración de sus derechos (Brovelli y Otrxs; 2019: 1).

Esta situación representa un desafío para nuestra intervención profesional, por lo tanto se considera necesario indagar, como modo de dar respuestas a estos interrogantes, ¿cuál es el perfil socioeconómico-demográfico de lxs sujetxs que atravesaron una internación prolongada en el servicio de clínica médica del HIGA Eva Perón de San Martín durante el periodo 1 de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019?

La propuesta de este trabajo es identificar y describir la situación socioeconómica-demográfica y las redes con las que contaban lxs sujetxs que atravesaron una internación en el SCM. Se sistematizaron indicadores que nos permiten dar cuenta de la situación social, económica, la cobertura de salud y las redes de lxs sujetxs que atravesaron una internación. Conocer la población fue el primer paso que nos propusimos para esta producción.

Con la idea de complejizar el análisis y brindar un marco analítico más amplio, buscamos caracterizar la política socio-sanitaria con la que se articula durante estas internaciones prolongadas y al mismo tiempo indagar acerca del gasto que implica a la institución hospitalaria la permanencia de estas personas en relación con el presupuesto asignado para atender estas situaciones. Finalmente, sistematizar el presente informe muestra la intervención llevada a cabo por el Trabajo Social en las internaciones prolongadas del SCM de esta institución.

## **Fundamentación**

Se considera relevante llevar a cabo este Proyecto de Investigación ya que las internaciones prolongadas implican para el Trabajo Social una tensión constante con lxs diferentxs actorxs intervinientxs, donde permanecen nuestras intervenciones ancladas entre la demanda institucional, la demanda de lxs sujetxs y los tiempos propios de la intervención, sin una resolución favorable en pos de viabilizar la externación de estxs sujetxs.

Es así que a los fines analíticos de este estudio, se considera pertinente trabajar con el indicador de Giro Cama, entendido como “una medida del número de egresos que, en promedio, comprometieron el uso de cada cama disponible; es la rotación media de las camas y expresa cuántos pacientes pasan en un periodo dado, en promedio, por cama disponible” (DEIS;2015:18 ). Si bien podrían haberse planteado -como medida de trabajo- los días de internación a partir del alta médica, es un dato con el que no contábamos a la hora de sistematizar las fichas sociales de la muestra de estudio. Este indicador nos permite establecer una medida comparable entre el Hospital en general, el SCM en particular y aquellas situaciones en las que el Trabajo Social tuvo intervención.

Dichos números son:

El Giro Cama del Hospital es de 3.8; que es lo mismo que decir que se atiende a 3.8 personas por cama, por mes. Asimismo, el Giro Cama del SCM es 2.0, lo que significa que por mes se atienden dos personas por cama. Esto equivale a decir que una internación promedio en dicho servicio es de quince días. A partir de esto es que para este trabajo tomamos como internaciones prolongadas aquellas que cumplen con dos requisitos, que al día dieciséis permanezcan en la institución y que

además cuenten con interconsulta a Trabajo Social.

A partir de los giros cama anteriormente citados pudimos establecer variables que nos permitieron diferenciar la población con la que esta investigación trabaja, acotarla, incluirla en la muestra de estudio y caracterizarla. Es decir, la variable no es más que un modo de establecer relaciones entre las unidades de análisis.

En este caso se estableció como “internación prolongada” toda aquella internación que transitó al menos dieciséis días de internación y contó con la intervención de Trabajo Social. Es decir, las internaciones que cumplen con dos requisitos: primero, que transiten al menos un día más del promedio establecido para la atención en la internación de clínica médica, que de por sí es mayor que el mismo indicador para las internaciones del Hospital en general. De esta manera entenderemos que a partir de los dieciséis días de internación se excede el promedio, pero resulta insuficiente para establecer una “internación prolongada”. Las mismas fueron incluidas como tales en la muestra cuando se produjo la prolongación de la internación y contó con la intervención del Trabajo Social. Son pacientes que en principio se supone que requieren la intervención de la profesión, desde los mandatos instituidos, siendo éstos en general frecuentemente vinculados al requerimiento de dar respuestas a demandas construidas por equipos de trabajos que establecen una determinada forma de mirar los procesos de salud enfermedad, las cuales estarán atravesadas por consideraciones de responsabilidad individual de las problemáticas, solicitando encontrar respuestas a complejas necesidades de cuidado y asistencia.

Como corolario, de las decisiones metodológicas antes mencionadas se construyó una matriz de datos de 32 situaciones, así como se recabó información sobre las mismas a partir de la reconstrucción de las notas de la intervención de cada profesional de Trabajo Social interviniente en las mismas.

A partir de esto es que construiremos un perfil socioeconómico-demográfico de la población que transitó una internación, ya que conocer estos datos aporta por un lado a identificar cuál es la relación de esta población con la política socio-sanitaria y, por otro lado, con estos resultados se pretende problematizar mitos recurrentes que se encuentran tanto en el imaginario de quienes transitan este hospital como en el de lxs profesionalxs de la salud, idea que retomaremos en el primer apartado de esta producción.

A partir de estos lineamientos es desde donde se observa que lxs sujetxs incluidos en este perfil forman parte de la población económicamente inactiva dentro del propio sistema y materializándose esto, como no destinatarixs de la política pública vigente, en tanto -en términos de cuidados- se relegan las respuestas en la responsabilidad de la red socio/familiar. Tal es así que se sitúa este trabajo como un antecedente para otros interrogantes, interpelaciones, que surjan en quienes transiten por este espacio.

Avanzando con el informe, señalamos que el mismo se estructura en tres partes.

En los dos primeros apartados se presentan los resultados de la investigación. En primer lugar, el perfil socioeconómico-demográfico de la población que presentó internaciones prolongadas en el SCM. En segundo lugar, se analizan las respuestas de la política socio- sanitaria. En el tercer apartado hacemos hincapié en las tensiones en el abordaje de las internaciones prolongadas en términos del ejercicio profesional y la Política Social.

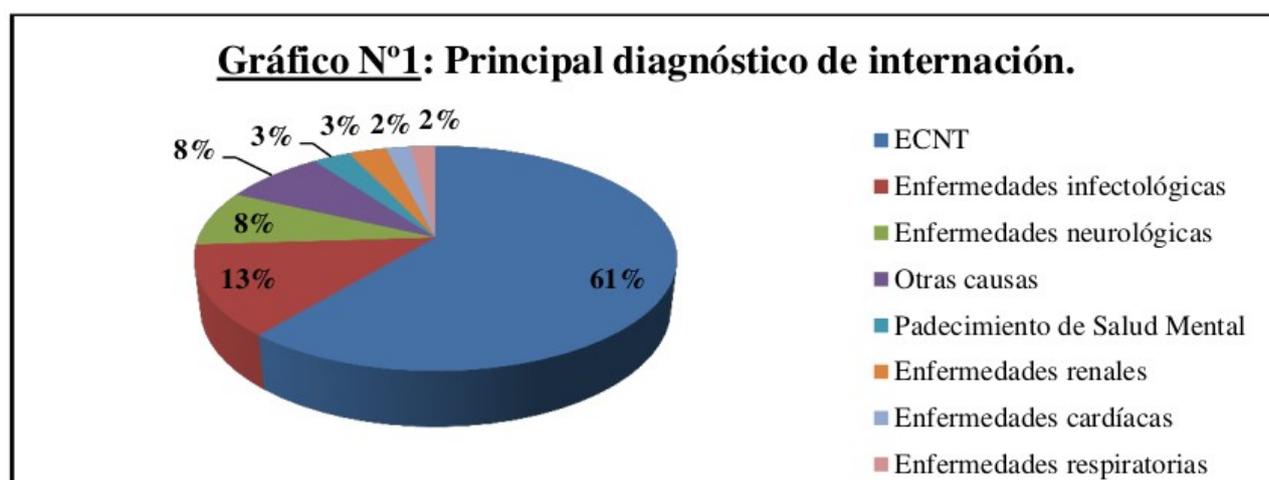
Finalmente se presentan las reflexiones finales que concluyen esta etapa investigativa.

## Primera parte

### El perfil socioeconómico-demográfico de la población que presentó internaciones prolongadas en el SCM del Hospital HIGA Eva Perón

En este primer apartado se presentarán los datos que construyen el perfil<sup>3</sup> socioeconómico-demográfico de la población que cursó una internación prolongada en el Servicio de Clínica Médica del HIGA Eva Perón de San Martín, durante el periodo 1º de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019.

Para describir este perfil socioeconómico demográfico se recabaron datos considerados significativos. Por un lado, los indicadores económicos, como situación laboral, nivel de ingreso, franja etaria. Por otro, el análisis del lugar de residencia y nacimiento, variables que permitirán caracterizar y estudiar empíricamente a la población internada en el periodo de estudio como un modo para comenzar a responder los objetivos propuestos.



En el Gráfico N° 1 de esta primera parte podemos observar que el principal motivo de las internaciones durante este periodo estuvo marcado por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en un 61%, donde las principales sistematizadas en la muestra fueron; DBT, HTA, las secuelas de los ACV, Soriasis y Úlcera de miembros inferiores.

En un 13% a enfermedades infectológicas, en un 8% a enfermedades neurológicas y por último con porcentajes que van entre un 3% padecimientos de salud mental y un 2% enfermedades renales, cardíacas y respiratorias.

Allí surge una contradicción en las prácticas de esta institución, la cual se define como un Hospital General de Agudos, y quienes se desempeñan como profesionalxs del ámbito de la salud, sostienen que allí es donde se resuelve el “episodio agudo”, entendido este como un problema de salud que motivo el ingreso a la institución hospitalaria. Es entonces, desde la perspectiva biomédica que se ubica el foco de atención en la consideración de las causas que produjeron ese

3 Comprendiendo un conjunto de aspectos particulares que presenta un grupo poblacional, en determinado tiempo, espacio y condiciones.

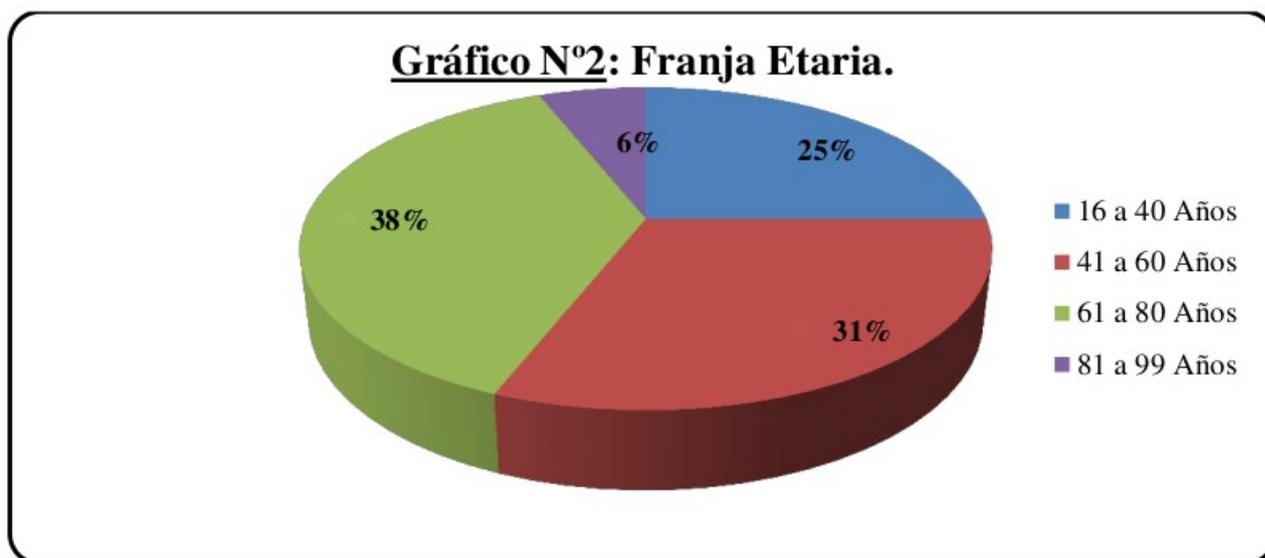
episodio de enfermedad y cuáles son las soluciones, desde la mirada biológica, desconociendo la incidencia de determinantes sociales, culturales y económicos que influyen en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Al respecto, se hace fundamental hincapié en que la continuidad de los tratamientos deberían realizarse por fuera de esta institución, en lo que se entiende por una institución de estadía permanente y/o de rehabilitación ambulatoria, instalando que las complejidades que las personas atraviesan e irrumpen en su vida cotidiana requieren de un espacio apropiado para vivir, buscando que se contemplen las necesidades de asistencia y cuidado cuando éstas son requeridas durante las 24 horas del día o la mayor parte del día.

Este aspecto visibiliza tensiones en relación a una demanda institucional de generar el egreso hospitalario ante las situaciones de internaciones prolongadas de personas, donde se instala que esta institución de salud resuelve cuestiones problemáticas para las que no es instituida, como son las condiciones habitacionales y cuidados mínimos.

Los discursos de lxs diferentxs actorxs institucionales hacen referencia a que la persona “*está en condiciones de alta*”, desconociendo que las intervenciones ante problemáticas de salud no finalizan en la resolución de un episodio agudo si no que da inicio a un proceso transformación -obligadamente- ya que “*la resolución*” de la permanencia de estas personas requiere visualizar objetivos de una atención integral.

Desde el Trabajo Social se inicia un proceso de articulación y gestión con programas e instituciones en los que se evidencia una dinámica de retraimiento de las políticas sociales, la cual muestra la vacancia de las políticas públicas hacia estos grupos poblacionales. Esto se expresa fundamentalmente en la falta de dispositivos para esta población, así como también para personas -denominadas por la misma política pública- como autoválidas.

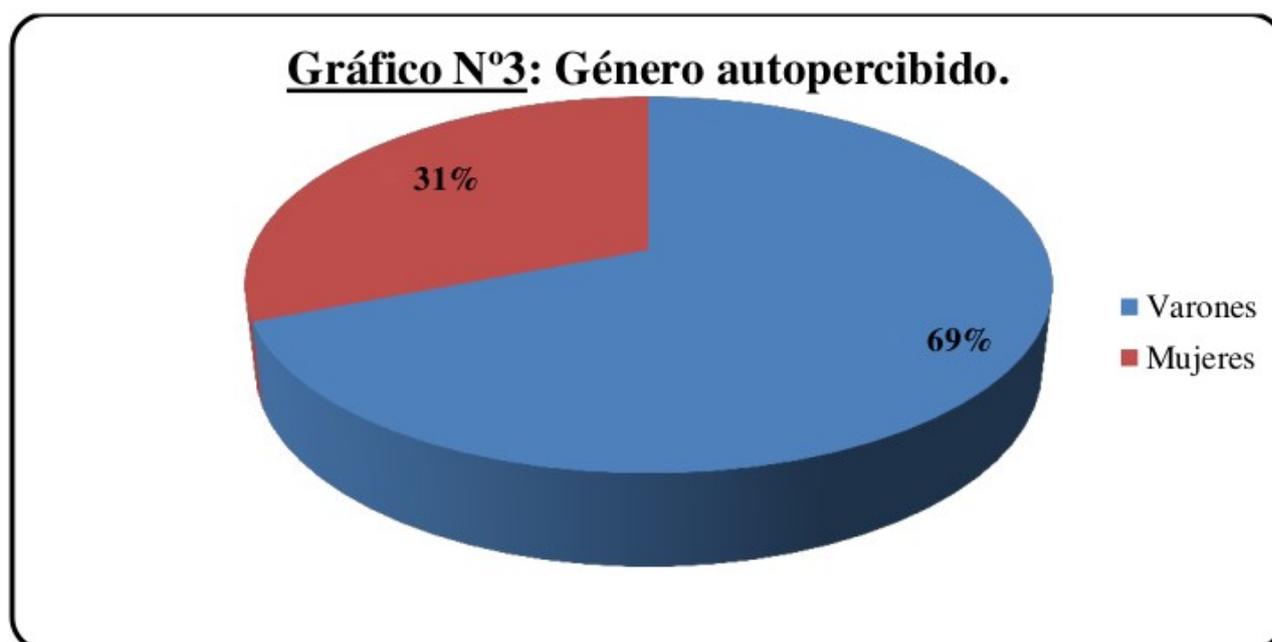


En la construcción de este perfil poblacional encontramos que, como se puede observar en el Gráfico N° 2, la población que atravesó una internación prolongada corresponde en un 38% a personas entre la franja etaria de 61 a 80 años, en un 31% a personas entre 41 a 60 años, es decir

personas consideradas económicamente activas, en un 25% a personas de 16 a 40 años y por último en un 6% a personas entre 81 a 99 años.

Estos datos nos permiten pensar en clave de la transformación que se viene dando en las poblaciones que venden su fuerza de trabajo en el mercado laboral. Donde las deficitarias condiciones de vida y el envejecimiento poblacional, tendrán impacto en los procesos de salud/enfermedad, provocando padecimientos de enfermedades crónicas que generan invalidez y dependencia en las personas, ejemplo de esto pueden ser las personas con Diagnóstico de DBT que sufren amputación de algún miembro de su cuerpo, situación que impacta sobre la posibilidad de retomar prácticas de su vida cotidiana.

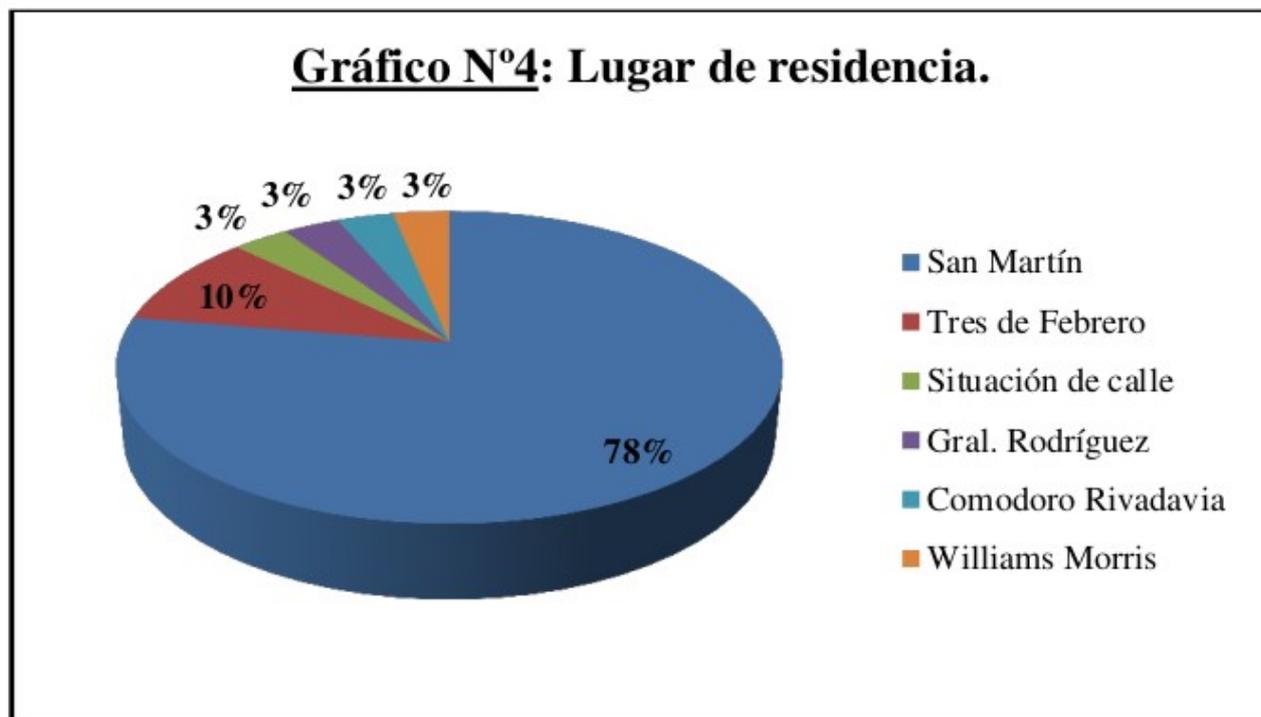
Las personas que se verán excluidas del mercado laboral por sus condiciones de salud son un emergente en la población que esperan respuestas de la política pública en materia de salud, lo cual dejará en evidencia la ausencia de políticas integrales de parte del Estado para generar respuestas que se materialicen acciones concretas.



Respecto al género autopercebido, puede observarse en el gráfico N° 3, en términos porcentuales, un 69% se autoperceben varones y un 31% se autoperceben mujeres.

Este dato nos invita a reflexionar que los varones son quienes llegan en peores condiciones en términos del PSEA. Es a partir de las entrevistas realizadas durante la rotación por el SCM que se puede inferir que las formas de enfermar y morir de los varones adultos (Tajer,2004:27), está atravesada por la construcción de una masculinidad hegemónica, operando una falta de registro del cansancio, por un lado siendo instados a no atender las pautas de alarma y los primeros síntomas de la manifestación de las enfermedades y, por otro lado, esta situación se expresa en los sectores populares con trabajos en el mercado informal que no garantizan los derechos laborales que permiten la asistencia a la atención de su salud sin perjudicar el ingreso diario requerido para su propia subsistencia. Son estos algunos de los indicadores que nos permiten problematizar en torno a las condiciones en las que llegan estos varones adultxs al sistema de salud. También es así que, al momento de demandar los cuidados y asistencias, se deposita en las mujeres de las familias las

responsabilidades directas de estas tareas, lo cual genera tensiones al interior de las dinámicas familiares, lo que traerá consecuencias en la salud de las mujeres debido a la sobrecarga que esto implica.



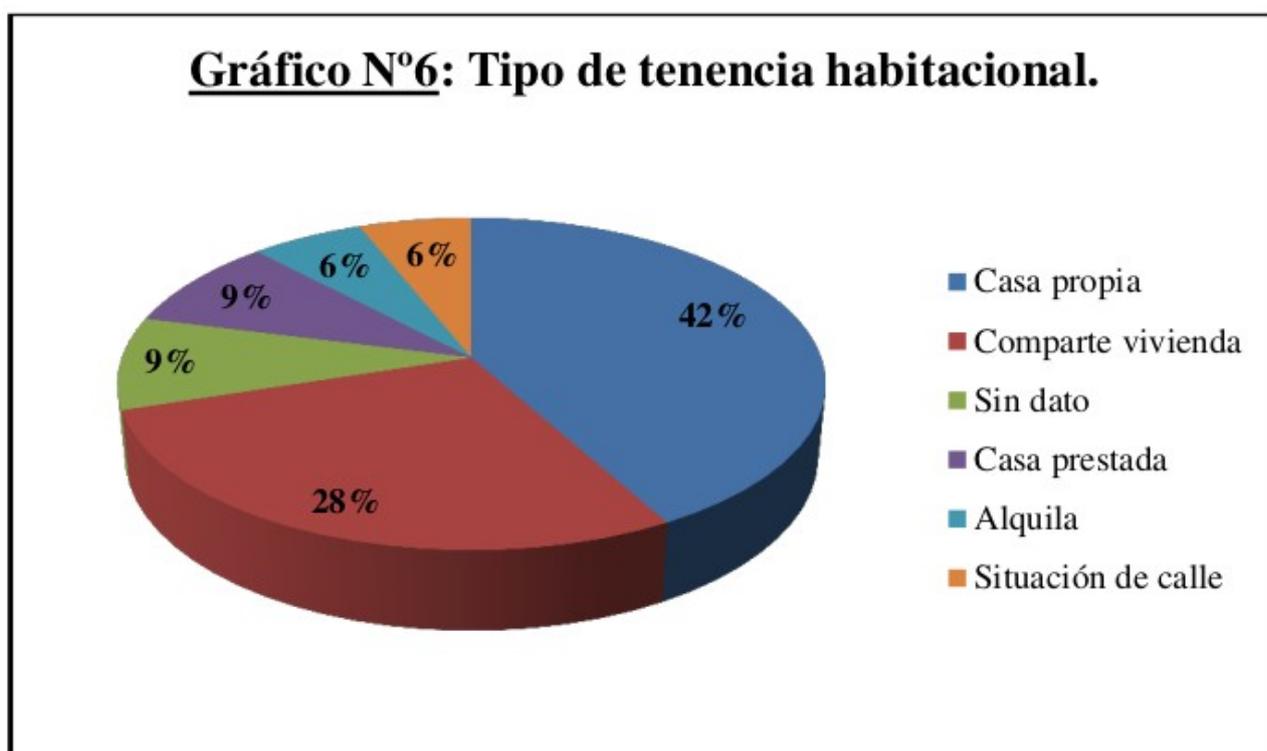
En el Gráfico N° 4 se muestra que el 78% de los sujetos que atravesaron una internación prolongada residen en la localidad de San Martín, es decir que se responden a demandas de la población correspondiente a la Región Sanitaria V.



Tal como se observa en el Gráfico N° 5, el 87% de la población de la muestra se corresponde con internaciones de personas de Nacionalidad Argentina.

Consideramos relevante destacar estos datos ya que nos permiten profundizar acerca de los mitos que circulan sobre el uso de las instituciones del sistema público de salud de las poblaciones migrantes, donde es habitual identificar estereotipos y prejuicios culturales responsabilizando acerca del uso y falta de recursos, corriendo la mirada de la accesibilidad como derecho y/o no evidenciando las carencias en ese acceso para la población en general.

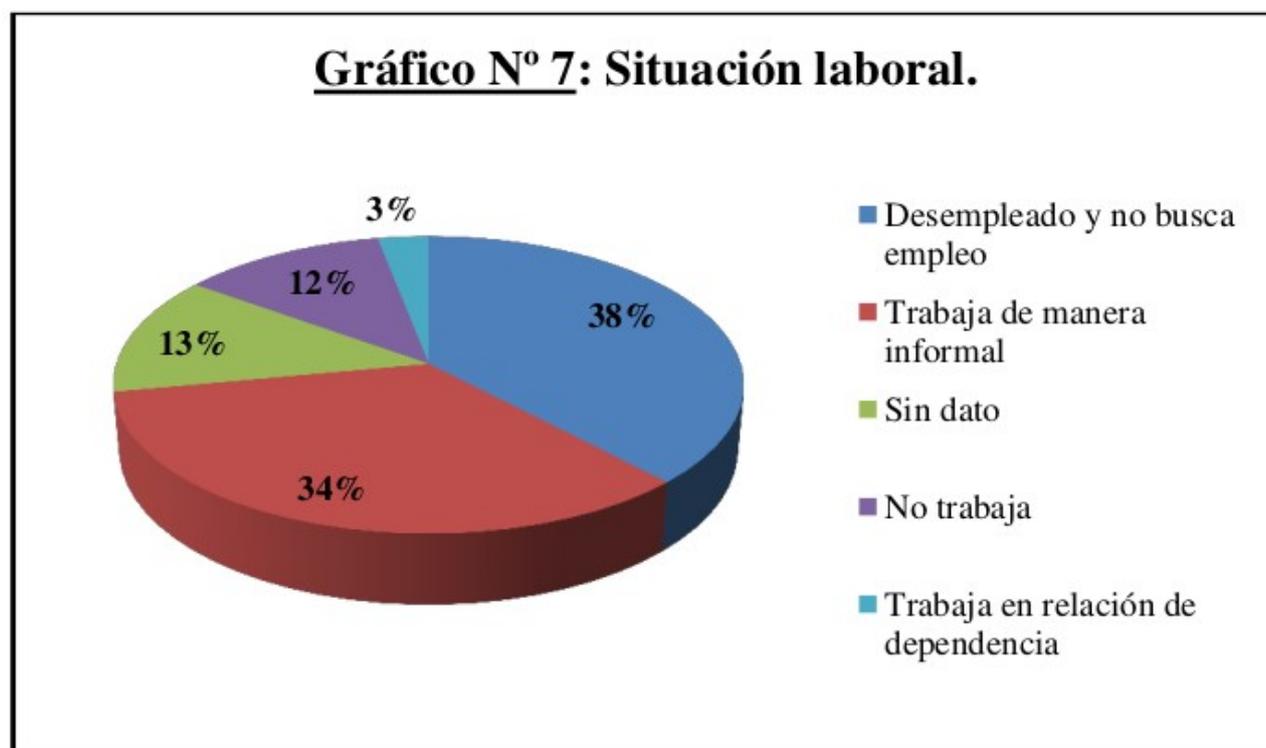
Son percepciones que impactan en la intervención sanitaria, evidenciándose abordajes que no atienden las problemáticas de salud en un contexto de malas condiciones de vida y siendo expulsivos ante las precarias situaciones migratorias, como es el caso de no contar con DNI (Documento Nacional de Identidad), lo cual se transforma en un impedimento para acceder por ejemplo, a un estudio de alta complejidad.



Respecto a la cuestión habitacional, esta es una variable que se indaga en las intervenciones desde el Trabajo Social, ya que es un aspecto importante a considerar en el proceso de externación. En el Gráfico N° 6 se observa un dato que resulta relevante. Si bien el 42% de las personas que atravesó una internación prolongada contaba con vivienda propia, es válido considerar que las externaciones no pudieron llevarse a cabo ya que se requería de otro tipo de condiciones y cuidados post-alta, que no se saldaban con contar con una vivienda donde habitar.

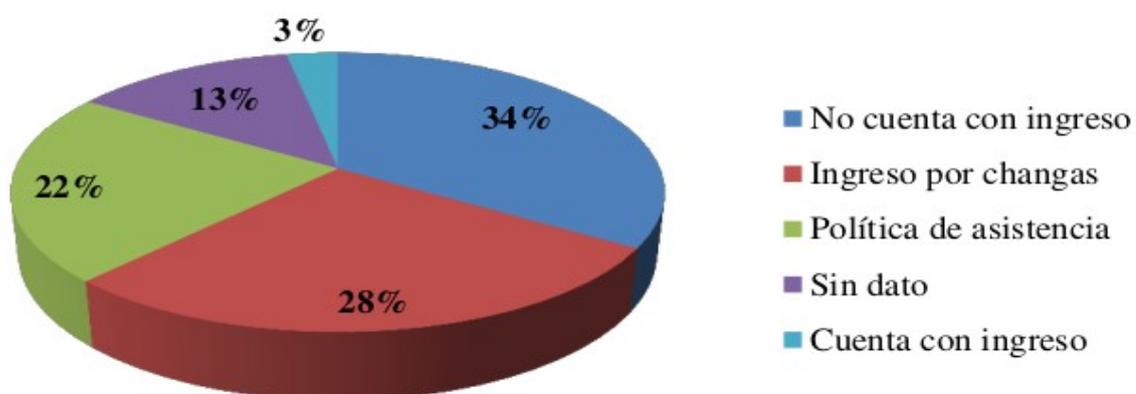
En un 28% se comparte vivienda, un 9% reside en una casa prestada y un 6% alquila. El mismo porcentaje se encuentra en situación de calle.

A partir de esto se desprende que atravesar una internación traerá consecuencias complejas en la situación de salud, por lo que será necesario llevar adelante acciones concretas de cuidado y asistencia, las cuales trascienden la posibilidad real de ser abordadas desde el ámbito doméstico. Estas necesidades específicas, que serán parte del proceso de externación, requieren prácticas de rehabilitación y actividades que asistan la vida diaria (alimentación, higiene, etc.), siendo las condiciones de supervivencia en contexto de vulnerabilidad social lo que imposibilitará que estxs sujetxs accedan a determinados recursos, que permitirían disminuir las consecuencias del evento agudo.



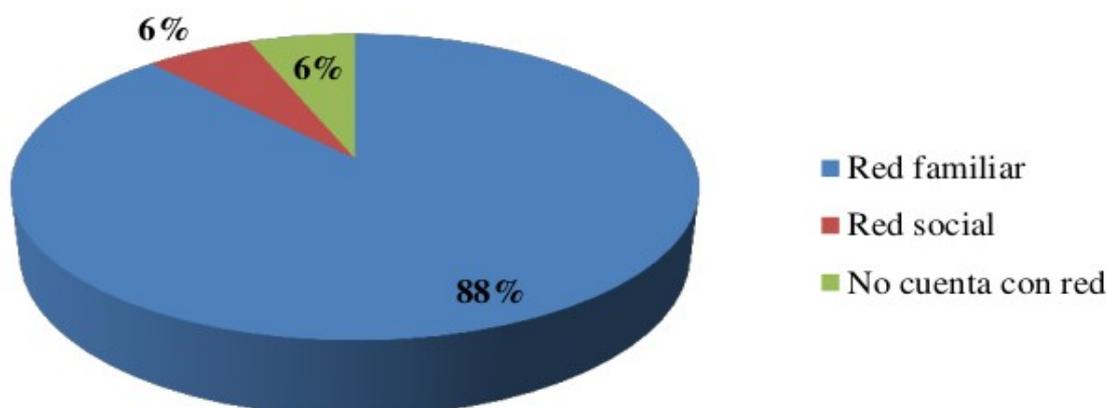
En el Gráfico N° 7 observamos que el 38% de la población -al momento de cursar una internación prolongada- está desempleada y no busca empleo. Un 34% trabaja en relación de dependencia, un 13% trabaja de manera informal y el 12% no trabaja.

Esto nos invita a repensar que las personas incluidas en este estudio, al encontrarse insertas de forma precaria y/o informal en el mercado laboral, no cuentan con cobertura de salud así como tampoco seguridad económica para hacer frente a los imprevistos y contingencias que este episodio de salud presenta, lo cual continuará siendo un obstáculo al momento del egreso ya que las condiciones de salud interrumpen la posibilidad de recuperar sus actividades laborales. Así también, la búsqueda de respuesta de parte del Estado por medio de prestaciones sociales expresa que la posibilidad de acceso a la misma está vinculada a la inserción en un mercado laboral formal, aspecto no se encuentra asociado con la población estudiada.

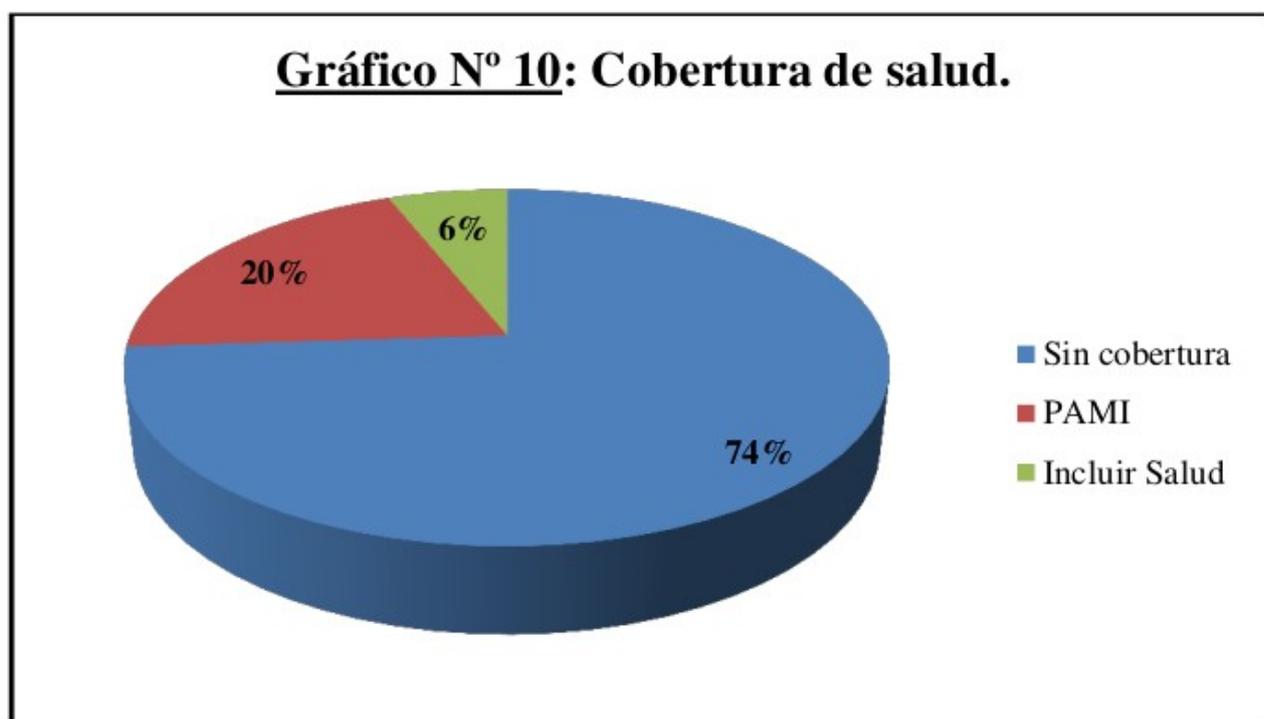
**Gráfico N° 8: Principal ingreso económico.**

En consonancia con lo que se viene planteando, los resultados que obtuvimos en el Gráfico N° 8 no son dato menor, ya que el 34% de esta población no cuenta con ingresos y el 28% tiene ingresos que provienen de trabajos informales como ser changas. Y el 22% es merecedor de una política de asistencia, ya sea Jubilación o Pensión no contributiva (PNC).

Aquí consideramos relevante analizar las posibilidades de accesibilidad que tiene el 22% de la población estudiada por medio de las políticas de asistencias (PAMI /Incluir Salud), donde estxs beneficiarixs también se enfrentan a obstáculos para acceder a recursos y/o servicios de cuidado necesarios para afrontar su situación de salud. Por último, señalamos que el 34% no cuenta con ingresos, situación que agrava las condiciones de salud tanto como ingresa esa persona a la internación y también como se considera el egreso hospitalario.

**Gráfico N° 9: Red socio/familiar.**

Tal como se observa en el Gráfico N° 9, el 88% de la población en estudio cuenta con red socio/familiar. Nos invita a pensar que no siempre las prácticas de cuidado deben resolverse el interior de los vínculos familiares/sociales, ya que las consecuencias de estos procesos de salud podrían tener secuelas que lleven a una dependencia parcial o total, que requiera de un acompañamiento o supervisión de la vida cotidiana que obligaría a lxs miembrxs de esa red a hacer un quiebre en su propio desarrollo de la vida cotidiana para dar una respuesta que no se haya desde el Estado.



Lo antes dicho se relaciona intrínsecamente con la cobertura de salud, ya que en estos términos observamos que el 69% del total de esta población no cuenta con cobertura, lo que también dificulta el acceso a otras instituciones de cupos mínimos o a recursos para solventar posibles internaciones domiciliarias.

### **A modo de síntesis**

En este primer apartado, en el que se analiza y describe el perfil socio-demográfico de la población usuaria en este hospital, identificamos que nuestra tarea permitió aproximarnos al reconocimiento acerca de quienes transitan una internación prolongada. En relación a los resultados de las situaciones, señalamos que estuvieron marcadas en un 61% por Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en un 38% a personas entre la franja etaria de 61 a 80 años, en un 69% se autoperceben varones y en un 31% se autoperceben mujeres. Es así que, al momento de cursar una internación prolongada, un 38% de la población estudiada estaba desempleada y no buscaba empleo, dando como resultado que el 34% no contaba con ingresos estables y el 69% del total de esta población no contaba con cobertura de salud.

Ampliando los datos, se desprende que el 88% de la población en estudio contaba con red socio/familiar y el 42% de las personas que atravesó una internación prolongada contaba con

vivienda propia. Resulta válido considerar que a pesar de estas características, las externaciones no pudieron llevarse a cabo ya que se requería de otro tipo de condiciones y cuidados post-alta.

Por último, en relación a los datos, se muestra que el 78% de lxs sujetxs que atravesaron una internación prolongada residían en la localidad de San Martín, es decir que se responde a demandas de la población residente en el ámbito de la Región Sanitaria V y el 87% de la población de la muestra era de Nacionalidad Argentina.

Es así que estos resultados nos invitan a continuar pensando cómo se articulan y atraviesan estos datos en la problemática de las internaciones prolongadas, identificando cómo se van a desarrollar las prácticas médicas en el Servicio de Clínica Médica, buscando trascender limitaciones para poder actuar y pensar en forma conjunta sobre cuáles son las líneas de acción necesarias para intervenir sobre las problemáticas que atraviesa la población usuaria, donde considerar que la externación se encuentra obstaculizada por un problema social, siendo éste un aspecto que “habilitaría” la intervención del trabajo social. Es así que nuestras intervenciones profesionales estarán vinculadas a la articulación con la política pública, en la búsqueda de respuestas a las persistencias de estas situaciones dentro del hospital.

## Segunda Parte

### **La Política Socio Sanitaria. Análisis de las respuestas estatales a lxs sujetxs internadxs en el Higa Eva Perón**

Para comenzar a caracterizar y analizar la política socio-sanitaria en el HIGA Eva Perón es necesario entender el papel que juega el Estado en la definición de las políticas socio-sanitarias; para reconocer las tensiones es conveniente dar cuenta de la complejidad de este espacio (A. Laurell, 2016/2019:25); estas tensiones y contradicciones que se dan en “salud pública como un sector político-técnico del Estado, que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes” (Menéndez; 1992: 46).

En consecuencia, es en este ámbito donde se desenvuelve la práctica diaria de lxs trabajadorxs sociales, donde las situaciones que afectan a la población que se encuentra transitando una internación prolongada van a requerir que entren en juego acciones que se configuran en la intervención profesional por medio de entrevistas, gestión de recursos y acompañamiento. Las respuestas que se pondrán en juego están atravesadas por limitaciones institucionales, mediadas por gestiones y articulaciones con programas, las cuales tienen el objetivo de generar el acceso a los servicios y recursos necesarios.

Tal como se describe, al momento de realizar las articulaciones necesarias con las instituciones de prestación de servicios sociales y asistenciales, buscando acercar respuestas y reconociendo los servicios ofrecidos por las políticas públicas, es allí cuando se presentan las pocas alternativas con las que contamos, las cuales se encuentran delimitadas por requisitos específicos, burocráticos y evaluaciones de lxs profesionalxs de las instituciones correspondiente en cada caso.

Es ahí donde se desenvuelve la intervención cotidiana del Trabajo Social, donde la política socio-sanitaria definida a partir de un presupuesto escaso e insuficiente, tiene impacto en la posibilidad de garantizar atención de manera integral y en la forma de responder a la demanda de la salud de lxs sujetxs que permanecen en el Hospital.

Como se analizó en el perfil socioeconómico-demográfico en este trabajo, parte de la población estudiada está constituida por personas económicamente inactivas dentro del propio sistema, materializándose esto como no destinatarixs de la política pública vigente. Es decir, lxs sujetxs que se encuentran atravesando internaciones prolongadas son, en clave de política social, sujetxs no activxs en el mercado laboral a la par que desatendidxs por la política social, quedando vacantes las respuestas que se le puedan ofrecer y recayendo en el ámbito individual/familiar la responsabilidad sobre la resolución de los conflictos que plantean dichas existencias.

Recuperando el análisis acerca de la caracterización del HIGA Eva Perón como un efector de salud que entiende el abordaje a la enfermedad, como “la intención de curar el Episodio Agudo”, serán las prácticas médicas hegemónicas las que busquen conducir de forma unidireccional la manera de explicar los procesos salud enfermedad atención y cuidado, concepción fuertemente legitimada tanto por criterios técnicos-científicos como por las políticas públicas, ambos aspectos impulsados/gestionados por trabajadorxs del sistema de salud.

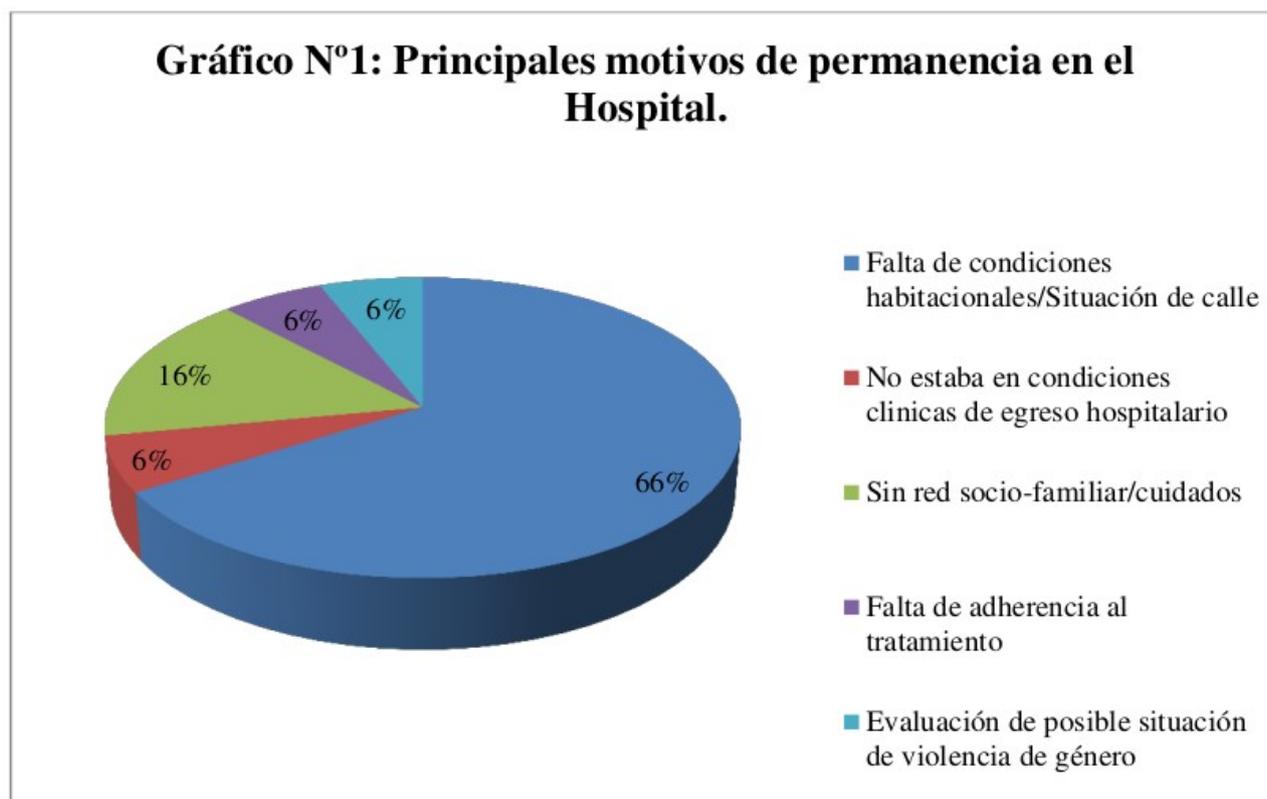
Es a partir de estas reflexiones que se identifica a este hospital como una institución que tiende a legitimar los lineamientos de la política socio-sanitaria, donde son las interpelaciones diarias respecto a la necesaria articulación con la política de salud donde se visualiza cómo las intervenciones se mueven entre la búsqueda de ampliar la mirada acerca de la salud y las respuestas que se otorgan.

Se expresarán tensiones sobre las formas de intentar establecer aproximaciones en las definiciones de los problemas, donde se generan instancias vinculadas puntualmente en los tiempos y condiciones en el que se desarrollan los egresos hospitalarios, así como también las condiciones como se evalúan las externaciones, con dificultades de considerar las necesidades de cuidado y asistencia al momento del alta médica; demandas que comienzan a trasladarse al interior de las familias, las cuales están vinculadas a la resolución de esas necesidades complejas desde lo más cotidiano -que son prácticas vinculadas a la higiene- hasta situaciones que involucran rehabilitación y tratamientos.

Es habitual reconocer a la salud pública como un ámbito donde lxs trabajadorxs no logran generar formas de atención y de respuestas que garanticen plenamente el derecho a la salud de la clase trabajadora. Es por esto que pensar a la política socio-sanitaria en relación a las respuestas brindadas por el Estado a través de las prestaciones sociales son identificadas como medidas insuficientes en la forma de enfrentar a las problemáticas que atraviesan las personas en situación de internación prologada.

Es necesario comprender la funcionalidad del Trabajo Social en un escenario burocratizante y alienante de las prácticas diarias, las cuales están fuertemente vinculadas a la gestión de recursos, acceso a los servicios ofrecidos por la política pública, donde los tiempos prolongados en la accesibilidad y la articulación con programas focalizados impacta en las intervenciones y su posibilidad de dar respuestas. Por lo tanto, analizando la problemática estudiada, decimos que si bien las internaciones incluidas parten del día número 16 de internación, es destacable que la muestra contó con internaciones desde los 16 días hasta 167 días, constituyéndose los burocráticos tiempos de gestión en una causa de la prolongación de las internaciones.

Analizar la manera en las que se desenvuelven las intervenciones desde el Trabajo Social en las internaciones prolongadas implica un desafío en relación a repensar interrogantes: ¿por qué no se pudo externar del Hospital?, ¿cuál fue la vía de resolución?, es decir qué líneas de acción se utilizaron desde Trabajo Social y ¿por qué es importante la internación prolongada como problemática para el Trabajo Social?



Continuando con el análisis de los datos sistematizados, en relación a los principales motivos de permanencia en el Hospital, entendemos que ante situaciones como ésta, se producen tensiones entre lxs diferentxs actorxs institucionales, entre ellxs Trabajo Social. Consideramos que esta problemática afecta los derechos de las personas a recibir una asistencia que tienda a su bienestar, siendo habitual encontrar situaciones donde las personas se exponen a nuevas problemáticas de salud, como son las infecciones intrahospitalarias.

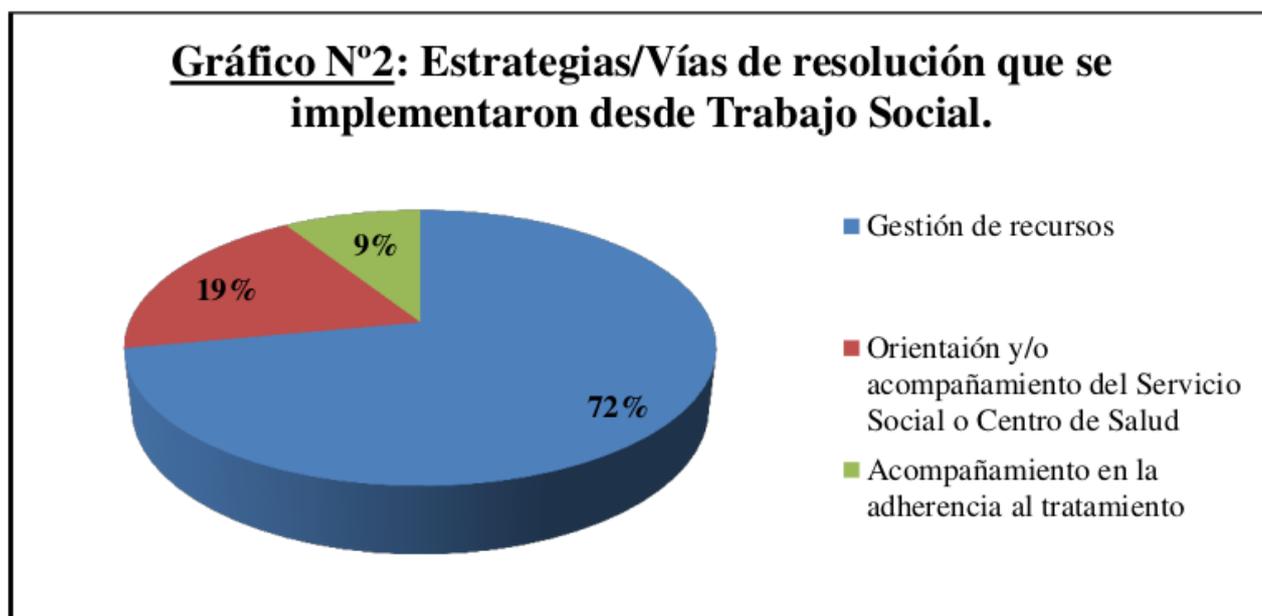
La situación de la población que permanece hospitalizada presentará un conjunto de complejidades en relación a las necesidades de tratamiento y cuidado que hay que atender. En las mismas se visibiliza que se encontrará limitada su autonomía para el desarrollo de su vida cotidiana.

En relación a los datos obtenidos, los principales motivos de permanencia que se presentaron con la población estudiada están relacionados con la falta de condiciones habitacionales y/o por encontrarse en situación de calle, aspectos que atravesarán las condiciones en las que se va a realizar la externación, en un 66% expresando la vacancia de la política pública frente a determinadas situaciones, siendo la escasez y demora en el acceso a los recursos por circuitos burocráticos existentes una causa de la prolongación de las mismas.

En un 16%, las personas que transitaron una internación no tenían red socio/familiar de cuidado. Destacamos que si bien es un porcentaje menor en relación a las personas que no cuentan con las condiciones habitacionales y/o están en situación de calle, consideramos preciso analizar este dato ya que tener red socio/familiar no constituye en sí mismo un motivo para que las condiciones de externación se produzcan. Es en este sentido que la complejidad de las situaciones de salud evidencian que se trasladan demandas a la red socio/familiar de apoyo en relación a las necesidades de cuidado y acompañamiento de las personas que transitan una internación que difícilmente se logren resolver al interior de las familias; situación que genera sobrecargas y tensiones que interrumpen la vida cotidiana de las personas y su contexto familiar (fundamentalmente en las mujeres sobre las que recae la responsabilidad de cuidado), habitualmente expresados por atravesamientos de vulnerabilidad social.

En esta misma dirección, consideramos preciso remarcar que en un 6%, la población estudiada no estaba en condiciones clínicas de egreso hospitalario y así mismo señalar que en un mismo porcentaje (6%), los principales motivos de permanencia en el Hospital estaban vinculados, por un lado, a la falta de adherencia a un tratamiento y por otro, a una evaluación de posible situación de violencia de género.

En relación a estos últimos porcentajes, entendemos que son variables de análisis que permiten profundizar la mirada sobre cómo se desencadenan las internaciones prolongadas. Si bien estos datos ofrecidos revelan que las situaciones en las que intervenimos estarán configuradas por diversas problemáticas que dificultan el egreso hospitalario, también esto permite analizar que las respuestas ofrecidas no se encuentran en consonancia a las necesidades de las personas afectadas. Considerar que la adherencia al tratamiento es una variable que va incidir en la internación prolongada exige revisar los abordajes desde una mirada integral, reconociendo que las condiciones clínicas y sociales son parte de las problemáticas de salud.



Respecto a las estrategias y vías de resolución que nos damos desde el Trabajo Social, en un principio nos interpelamos acerca de la demora con las que llegan las interconsultas al Servicio Social. Esto da cuenta de que hay profesiones que componen el Modelo Médico Hegemónico que

comparten una mirada biologicista de la salud, sin priorizar la articulación con Trabajo Social; donde por un lado, la instancia de intercambio habilita el reconocimiento de la situación de las personas internadas de una manera más amplia e integral y por otro lado, identificamos el desconocimiento que Trabajo Social debe interlocutar con los tiempos burocráticos e institucionales de la política pública sin tener injerencia alguna en ellos.

Como bien ya se viene planteando a lo largo de esta producción, la institución resuelve el “episodio agudo” desde una perspectiva biologicista sin tener en cuenta la particularidad de la persona y sus requerimientos/tratamientos para el egreso hospitalario.

Como muestra el gráfico N° 2 de esta segunda parte, durante el periodo en estudio nuestras intervenciones se vincularon, principalmente a la gestión de recursos, a la orientación y acompañamiento de la persona que cursaba la internación, así como a la red socio/familiar y al acompañamiento a la adherencia a los tratamientos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Respecto de la gestión de recursos, implicó un trabajo intersectorial e interinstitucional debido al amplio abanico de actorxs, tensiones e instituciones presentes. Esta gestión de recursos implicó comunicaciones telefónicas, articulaciones con programas, organizaciones de la sociedad civil, confección de informes sociales para la solicitud de materiales, insumos, vacantes para dispositivos de rehabilitación y derivaciones a hogares de residencia permanente.

Las estrategias de intervención de orientación y acompañamiento de las situaciones se vincula con el seguimiento que se realiza con la persona que cursó la internación y su red socio/familiar, ya sea para la gestión personal de insumos, materiales y medicamentos tanto en el ámbito público como privado, como el de la sociedad civil -fundaciones y organizaciones- entre otras.

Trabajar la adherencia al tratamiento es uno de los desafíos que se presentan en el ejercicio profesional, ya que los tiempos de la internación son breves y no se condicen con nuestras intervenciones, materializándose en dificultades a la hora de trabajar en situaciones que involucran hábitos de la vida cotidiana, el proceso de desnaturalización y problematización de ciertas prácticas y conductas aprendidas que cuestan desarraigar.

La permanencia en el Hospital se vincula no con la enfermedad en sí misma sino más bien con la dependencia que generan ciertas patologías, como ser las consecuencias de ACV, amputaciones por DBT, úlceras en miembros inferiores y la respuesta paliativa de la política pública para esta población, dejando relegado al ámbito privado las cuestiones vinculadas a los cuidados, tratamientos, traslados y atenciones.

### **A modo de síntesis**

En este apartado se expusieron, por un lado, los principales motivos de permanencia en el hospital y por otro, las estrategias/vías de resolución que se implementaron desde Trabajo Social. Nos parece relevante destacar que este trabajo implicó un desafío desde la perspectiva de analizar la manera en que nuestras intervenciones se articulan con la política socio-sanitaria.

Se da cuenta que la situación de salud de la población que permanece hospitalizada presenta un conjunto de complejidades en relación a las necesidades de tratamiento y cuidado que hay que atender, visibilizando la limitada autonomía para el desarrollo de su vida cotidiana. Es decir, que los procesos de atención y cuidado de las personas requieren contemplar múltiples necesidades que no se agotan en el proceso de atención que se brinda durante la permanencia en la institución hospitalaria.

Tal como lo expresamos, los principales motivos de permanencia que se presentaron en lxs sujetxs en estudio están relacionados a la falta de condiciones habitacionales y/o por encontrarse en situación de calle, aspectos que atraviesan las condiciones en las que se realizan las externaciones. En un menor porcentaje, las personas que transitaron una internación no tienen red socio/familiar de cuidado. Si bien es un porcentaje menor, es preciso retomar este dato ya que contar con red socio/familiar no es una vía de resolución para viabilizar la externación.

Respecto a las estrategias y vías de resolución que nos dimos desde Trabajo Social, en un principio nos interpelamos acerca de la demora con las que llegan las interconsultas al Servicio, pero entendemos que la institución resuelve el “episodio agudo” desde una perspectiva biologicista, sin tener en cuenta la particularidad de la persona y sus requerimientos/tratamientos para el egreso hospitalario.

En relación a los ejes analizados respecto a las estrategias llevadas adelante en la práctica profesional, decimos que las mismas estuvieron vinculadas con la gestión de recursos - comunicaciones telefónicas, articulaciones con programas, organizaciones de la sociedad civil, confección de informes sociales para la solicitud de materiales, insumos, vacantes para dispositivos de rehabilitación y derivaciones a hogares de residencia permanente- e implicó un 72% de nuestras intervenciones.

Retomando este porcentaje, consideramos que nuestra profesión, al menos en esta institución, está vinculada directamente a la gestión de recursos. Es por eso que esta producción nos invita a seguir reflexionando sobre cómo romper los moldes dentro del Modelo Médico Hegemónico y visibilizar la importancia de la intervención del Trabajo Social.

### Tercera parte

#### **Ejercicio Profesional y Política Social. Tensiones en el abordaje de internaciones prolongadas.**

En la actualidad, las políticas sociales están tensionadas por la lógica mercantil y vienen perdiendo terreno en el campo de lo público estatal, deteriorándose en la mixtura del ámbito privado y las organizaciones de la sociedad civil. Es así que, en el contexto actual, siguen vigentes políticas -parcializadas y fragmentadas- que piensan a la salud en términos de Mercado y que inciden en las prácticas de lxs profesionalxs en pos del derecho a la salud de la población.

Es en este contexto en el que se desenvuelve el ejercicio profesional, el cual ingresa en el proceso de intervención de la problemática de las internaciones prolongadas intentando disputar un modelo de atención y buscando inscribir en la práctica cotidiana una articulación con diferentes disciplinas, intentando generar abordajes que garanticen una mirada integral en las necesidades de lxs sujetxs. A partir de esto es que a continuación describiremos qué estrategias se han llevado a cabo desde el Trabajo Social durante el período en estudio.

En lo que respecta a la orientación/acompañamiento del Servicio Social y Centro de Salud, representa un trabajo de diversa índole en el que las acciones que la componen se pueden organizar

en dos vertientes. Por un lado, todo aquello que se da en el marco institucional, como ser entrevistas, articulación y seguimiento con otrxs profesionalxs y actorxs dentro del Hospital. Por otro lado, las articulaciones intersectoriales que realizamos en pos de acompañar a lxs sujetxs que transitan la internación y el acompañamiento a la red socio/familiar, como la articulación de turnos y la gestión de recursos de apoyo a las condiciones materiales de existencia de la persona internada y/o de sus cuidadores.

La definición de una estrategia de intervención que se considere adecuada para cada situación problemática remite a considerar lo que Andrea Oliva describe como la Estructura Sincrética, entendida bajo la forma de la profesión de Trabajo Social, en la que se encuentra una amalgama de elementos diversos y heterogéneos, tanto en su Estatuto profesional como en su Estatuto Teórico (Oliva; 2015:216). Sostiene la autora que entre los fundamentos objetivos de esta estructura, encontramos el universo problemático, es decir cómo se presenta la demanda a la profesión, de forma caótica, desordenada, invitándonos a recortar la realidad y particularizar la singularidad de la situación compleja que se nos presenta. Si bien lo anterior resulta problemático, es posible revisar el ejercicio profesional, vinculado a qué queremos alcanzar con nuestras intervenciones, el objetivo de intervención y la modalidad específica de intervención que dependerá de la particularidad de la situación y la inmediatez.

A su vez, en lo que respecta a la gestión de recursos, mayoritariamente esto estuvo vinculado a la búsqueda de proveedores de cuidados/residencias permanentes, tanto para personas con y sin cobertura de seguridad social. Esto surge de retomar lo planteado en el perfil socioeconómico-demográfico, donde el mayor porcentaje contaba con red y tenía vivienda propia, lo que demuestra que contar con estas condiciones no viabiliza la externación.

En la intervención con sujetxs con cobertura del ámbito privado, se realizó la gestión de vacante, lo que implicó comunicaciones telefónicas/e-mails en pos de recuperar los requisitos para el ingreso y las planillas que lxs profesionalxs médicxs deberían completar para dicho ingreso. Si contaban con red, eran ellxs quienes podían realizar las gestiones de forma personal, en situaciones donde no había red que acompañe, la profesional de Trabajo Social realizaba las gestiones necesarias.

Este aspecto nos interpela y nos invita a reflexionar acerca de los recursos y servicios disponibles para responder a las necesidades de cuidado durante las internaciones, surgen interrogantes acerca de ¿cuál es la relación presupuesto/gasto que el Estado destina para estos servicios? Aquí el análisis se da a partir de información brindada por la oficina de Estadísticas del Hospital, desde donde informan que el día de internación le cuesta al Estado un promedio de \$ 1.200, dato en el cual no se especifica qué servicios se ofrecen en ese día de internación. Indagando el costo de efectores privados que brindaron esta asistencia durante 2018/2019, recabamos datos de la Superintendencia de Servicios de Salud que señalan que durante el período en estudio, el precio de mercado para estas prestaciones rondaba, en promedio, los \$ 953. Esto nos invita a pensar que, en términos económicos, implica mayor gasto la permanencia en el Hospital que la atención en un efector privado.

En relación a la población sin cobertura de seguridad social, las gestiones podían tener dos caminos. Por un lado, la articulación con la Política Municipal: San Martín cuenta con una residencia para personas mayores de 60 años, con cierto grado de autonomía. Esto determina que si la persona con la que estamos trabajando no alcanza ese límite de edad y esa independencia requerida, no está en condiciones de ingreso a esta institución. Esto dificulta las externaciones, debido a que quienes estarían en condiciones de egreso hospitalario no presentan características de población autoválida.

Otro camino que podían tomar estas gestiones es el de vincularnos con la Política Nacional, con articulaciones a través del DiNaPAM<sup>4</sup>. A través de comunicaciones telefónicas y/o vía internet se accede a los requisitos y el inicio del trámite. Ambos caminos son de tiempos burocratizados e insuficientes para atender esta problemática. En relación al acompañamiento en la adherencia a los tratamientos de ECNT, implicó para el Trabajo Social la articulación con diferentes programas, tanto de referencia Nacional, Provincial y Municipal. Ante el número de ECNT y enfermedades infectológicas, se articuló con el Programa de VIH/SIDA e ITS dependiente de Nación, en pos de viabilizar la entrega de medicamentos. Ante diagnósticos de DBT se articuló con el programa Provincial ProDiaBA<sup>5</sup>, en pos de garantizar la entrega de medicamentos e insumos que la persona requería, así como también con la Secretaría de Desarrollo Social a nivel Municipal para gestionar la asistencia alimentaria para personas con esta patología.

### **A modo de cierre**

Este apartado ha construido una aproximación de la relación entre las internaciones prolongadas y su correlato con las políticas sociales vigentes. Este acercamiento permite analizar nuestros abordajes en el quehacer cotidiano e identificarlos como instancias que tienden a burocratizar la práctica profesional. Es así que consideramos que la Política Social actual se encuentra tensionada por la lógica mercantil, deteriorándose entre lo privado y las organizaciones de la sociedad civil, brindando respuestas parcializadas y fragmentadas. Es en este contexto en el que el Trabajo Social lleva adelante el ejercicio profesional, buscando construir un proceso de trabajo con estrategias de intervención que se materialicen en una articulación, tanto de la responsabilidad de los equipos médicos, la institución hospitalaria y los programas, en tanto política pública socio-sanitaria responsable de garantizar la reproducción material de la vida de las personas que transitan una internación prolongada.

Avanzamos en este sentido recuperando datos recabados en la operacionalización de las tareas y acciones: ¿qué significado toma para el Trabajo Social realizar gestión de recursos? Detrás de esta categoría analítica encontramos la articulación con otras áreas y actorxs de gobierno, tanto Nacional, Provincial como Municipal, que viabilizan los distintos recursos de la política socio-sanitaria y que presentan -como venimos señalando- altísimos niveles de fragmentación y burocratización.

Cuando evaluamos los valores que representa para el Estado un día de internación, lo hacemos con la finalidad de visibilizar que, en términos de mercado, es más costoso permanecer un día en el hospital que en una residencia permanente, invitándonos esto a repensar en la necesidad de generar nuevos dispositivos de atención a sujetxs con estas características.

En base a esto, reiteramos que nuestra práctica profesional se desenvuelve en este contexto, operando desde un marco de singularidad de cada sujetx, pretendiendo superar la inmediatez y particularizando cada situación, aspectos que nos permiten arribar a trabajos como éste, en los que se evidencia que la repetición, los tiempos prolongados, la ineficacia de las respuestas disponibles y sencillamente la vacancia de respuestas ante ciertos recortes poblacionales, no hace más que obstaculizar y vulnerar el derecho a la salud integral. Consideramos que ponerlo en evidencia, desnaturalizarlo y problematizarlo junto a los equipos, se transforma en una tarea de nuestra profesión, crítica y necesaria.

---

4 Dirección Nacional de Personas Mayores.

5 Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético.

## Conclusiones

En términos generales, señalamos que este trabajo permitió reconocer el carácter de complejidad que adquieren los abordajes en las internaciones prolongadas, debido a la heterogeneidad de actorxs e instituciones intervinientes (equipos de salud e instituciones que se encuentran por fuera del hospital), así como también identificamos las necesidades de las personas que transitan una internación las cuales difícilmente logran ser escuchadas y problematizadas puertas adentro de la institución, y son las condiciones tanto objetivas, como subjetivas de lxs sujtexs que buscan externarse, las que expresan la dificultad de recuperar su vida cotidiana por las secuelas en su salud.

Es así que nuestros abordajes se encuentran atravesados por diversas prácticas y significados sobre las situaciones particulares de las personas involucradas, a lo cual se suma la fragmentada política pública vigente con mecanismos burocratizantes.

Nuestro quehacer cotidiano se expresa en la articulación con éstas Políticas Públicas, donde las intervenciones son definidas desde nuestro posicionamiento ético-político como trabajadoras sociales de la salud, por lo que buscamos construir estrategias de acción que podrán tener incidencia o no en medidas a corto, mediano y largo plazo. Es decir, generar estrategias que estén orientadas garantizar condiciones de internación, las cuales podrían tener implicancias sobre el proceso de salud y enfermedad de las personas, así como también en la necesaria articulación con prestaciones y servicios para generar la externación hospitalaria que garantice condiciones de cuidado.

Ahora bien, aclaramos que es desde la esfera del Estado desde donde se define y orienta la política socio-sanitaria gestionada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Y es sobre esta institución hospitalaria en particular donde encontramos que se presenta un débil escenario para la acción de respuestas en relación a los servicios y prestaciones necesarias para atender a la problemática de las internaciones prolongadas, lo que deja en descubierto al Estado como responsable de la vacancia de la política pública.

Es en este contexto en el que que nos encontramos como trabajadoras sociales de la salud, con interpelaciones y demandas sobre la situación de esta población, La expresión habitual de “el paciente se tiene que ir” se constituye en un proceso que determina el final de la intervención del equipo médico, ya que el episodio agudo se encuentra resuelto y muestra un desconocimiento de que este proceso está atravesado por determinantes, no solo de salud sino también sociales, económicos y culturales. Y es a partir de esto que sostenemos que nuestra profesión interviene en la problemática de las internaciones prolongadas. Y en este mismo sentido insistimos que la misma se constituye en una problemática de salud pública y no meramente en un “problema social” ligado exclusivamente a “una función” de nuestra profesión, cuando no existen otros mecanismos institucionalizados para responder al mismo.

A lo largo de este proyecto de investigación buscamos mostrar lo que las internaciones prolongadas implican para las intervenciones del Trabajo Social, partiendo del análisis del recorte realizado y los resultados obtenidos en el perfil socioeconómico-demográfico de la población usuaria que transitó una internación prolongada en este hospital. La misma se definió como personas que se autoperciben con el género varón (69%), de nacionalidad argentina, de entre 61 y 80 años de edad, oriundos de la localidad de San Martín.

Los mismos ingresaron con un diagnóstico de ECNT (61%), siendo las más frecuentes DBT, HTA, secuelas de ACV, soriasis y úlcera de miembros inferiores.

En cuanto a la situación laboral, el 34% trabajaba de manera informal y el 3% lo hacía en relación de dependencia. Y solo el 26% contaba con algún tipo de cobertura de salud. El 88% contaba con red socio/familiar y el 42% con vivienda propia, lo que nos invita a pensar que contar con redes y vivienda no viabiliza las externaciones hospitalarias, ni tampoco los cuidados.

Afirmamos que estos resultados permitieron identificar una vez más las complejidades que atraviesan la problemática de las internaciones prolongadas, las cuales se constituyen en un escenario de intervención complejo para el Trabajo Social, a lo cual se suma la demanda institucional, la demanda de lxs sujetxs y los tiempos propios de la intervención, dejando al descubierto que la posibilidad de generar una respuesta favorable que contenga las singularidades de lxs sujetxs de una manera integral y que viabilice la externación de los mismos, excede al Trabajo Social.

Planteamos con esto de que el Trabajo Social ocupa un lugar en la ejecución de la política de salud, en tanto herramienta para construir mecanismos de respuestas que buscan disminuir las problemáticas descriptas. En este aspecto es que consideramos necesario recuperar los datos sobre las estrategias/vías de resolución que nos damos desde la práctica profesional en este espacio de inserción. Es ahí que observamos un alto porcentaje (72%) vinculado a la gestión de recursos, visibilizando que nuestro ejercicio profesional en el SCM queda anclado a la inmediatez institucional y con acciones vinculadas a la gestión de recursos.

Esperamos que el recorrido realizado en este trabajo permita profundizar la forma de mirar los procesos de salud enfermedad atención y cuidado, así como también que se constituya en un aporte para las intervenciones sobre las problemáticas de los equipos de salud, sobre interpelar a los que apuntan con sus intervenciones a responsabilizar al individuo y su red socio/familiar, sobre las soluciones de la problemática de la internación prolongada, muchas veces exigiendo encontrar respuestas a complejas necesidades de cuidado y asistencia. Así como también pretendemos que este trabajo pueda situarse como un antecedente para otros interrogantes, interpelaciones que surjan en quienes transiten por este espacio, ya que entendemos que las internaciones prolongadas constituyen un problema de salud pública, tanto para el sujetx internadx como para su la red socio/familiar y el Estado.

## **Bibliografía**

Assa Ebba Cristina Laurell, Políticas de Salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. En: Salud y Trabajo Social. “Procesos de intervención y organización Colectiva por el Derecho a la Salud”. Laura Paradela y Valeria Redondi (compiladoras) . Colección debates en Trabajo Social. 2019

Brovelli, K. y Otrxs. Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires-2015.

Bonnet, A. y Piva, A. El estado kirchnerista. Un análisis de los cambios en la forma de estado a partir de la crisis de 2001. 2010. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Breilh, Jaime. Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y de la salud. 2010

Battaglia, M. y Otrxs. ¿Por qué “la familia no se los lleva?” Políticas públicas, redes

sociofamiliares y necesidades de cuidado de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicas de la Ciudad de Buenos Aires- 2019.

Del Castillo, C. Gallardo, P. Gaudio, C. Linares, V. y Rodríguez M. (2018) Análisis desde el Trabajo Social en Clínica Médica. Enfermedades crónicas no transmisibles e internaciones prolongadas – Residencia HIGA Eva Perón, San Martín.

Guía para la elaboración de indicadores seleccionados. (2015) Dirección de estadísticas e información de salud. (DIES) -CABA.

Lescano, Aldana E. (2018) - Propuesta Curricular Docente Residencia de Trabajo Social - HIGA Eva Perón - San Martín.

Ministerio de Salud de Nación Argentina(2018). Datos del Ministerio de Salud. Principales causas de egresos hospitalarios.

Montaño, C. “Teoría y práctica del Trabajo Social Crítico: Desafíos para la superación de la fragmentación positivista y posmoderna”. EN: Mallardi, M. (comp) -Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2014.

Oliva, A. Trabajo Social y Lucha de Clases. Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina. La Plata: Editorial Dynamis-2015.

Organización Mundial de la Salud. Organismo internacional. Recuperado en: [www.oms.org](http://www.oms.org).

Pellegrini, N. Mallardi, M. Burgardt, C. y Moleda, M. “El proceso dialógico en el ejercicio profesional”. Contribuciones analíticas para repensar el quehacer profesional. 2º Encuentro: Cotidiano y situaciones problemáticas. Seminario semipresencial de capacitación y actualización profesional. ICEP- CATSPBA-2018.

Superintendencia de Servicios de Salud. Recuperado en <https://www.argentina.gob.ar/sssalud>

Tajer, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En “Políticas Públicas, Mujer y Salud”. Edición Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia, 2004.