

Desafíos y reflexiones del Trabajo Social en torno a las determinaciones sociales de la salud colectiva.

Redefiniendo el detrás de escena de las “secuelas”

Reflexiones sobre la intervención profesional en un centro médico de alta complejidad.

Diana Luz Alvarez

dianaluzalvarez7@gmail.com

Hospital El Cruce. Facultad de Trabajo Social.

Partiendo del título propuesto por el grupo de trabajo comencé a reflexionar sobre un aspecto de la práctica profesional cotidiana en un centro médico público de alta complejidad con características particulares diferentes a la mayoría de los hospitales de la provincia de Buenos Aires: se encuentra inserto en una red de 8 hospitales públicos de segundo nivel de atención y alrededor de 200 centros de atención primaria de la salud (CAPS), al cual ingresan pacientes únicamente derivados por centros de salud de la red, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (descentralizado en regiones sanitarias) y el resto de los Ministerios de Salud Provinciales. El mismo se encuentra ubicado en la localidad de Florencio Varela y pertenece a la Región Sanitaria VI.

La presente ponencia tiene como objetivo reflexionar sobre los pacientes “secuelares neurológicos crónicos”, la cual una categoría utilizada frecuentemente para definir a aquellos pacientes que ingresan al hospital a causa de traumas/politraumas y que a partir de ello sus funciones orgánicas se ven seriamente deterioradas. Estas secuelas neurológicas generan la total dependencia para la realización de las AVD (actividades de la vida diaria), como también la necesidad de asistencia permanente de equipos biomédicos los cuales únicamente son provistos por empresas de internación domiciliaria a aquellos sujetos con cobertura social. La primera problemática que plantean los equipos médicos una vez resuelto el cuadro agudo en relación a la asistencia y continuidad de tratamiento de estos pacientes instala una pregunta frecuente *¿y ahora a dónde se va?*. Duran A. (1995) afirma: “Los cambios de los perfiles epidemiológicos de las últimas décadas nos permiten observar un predominio de las enfermedades crónicas en detrimento de las agudas”. Este predominio obliga a pensar sobre las modificaciones de las características sociodemográficas de los grupos poblacionales las que exigirán un cambio en la dirección de la política estatal ya que se produce paulatinamente un aumento de la población dependiente en relación a la población económicamente activa. Durante los últimos años se observa

que la presencia de tecnologías de mayor eficacia y la implementación de tratamientos medicamentosos prolongan la vida, ¿pero que vida? ¿En qué lugar queda ubicado el sujeto y su trayectoria en esas intervenciones? Esas intervenciones ¿son planificadas teniendo en cuenta el medio social, económico, habitacional, vincular y cultural?.

Si bien el modelo de atención hospitalaria se asienta sobre el sistema de cuidados progresivos donde se interviene interdisciplinariamente con el paciente desde su ingreso hasta el alta médica, debemos complejizar la aseveración médica en cuestión ya que el tratamiento depende a su vez de los derechos a los que los sujetos accedían, efectivamente o no, previamente al evento que produjo el trauma y la posterior secuela neurológica. Grodos y Bethune (1989) afirman que “la exigencia de equidad (...)se basa (...)en una exigencia de racionalidad y eficacia: si los grupos más desfavorecidos no pueden tener un acceso permanente a los servicios de salud, a la atención curativa y preventiva y a actividades de rehabilitación o de promoción sanitaria, es raro esperar de la intervención médica un efecto importante y durable para la comunidad”. Observando el trasfondo de los lineamientos de la política sanitaria, garantizar el tratamiento y asistencia de estos grupos poblacionales dirigen las intervenciones a la búsqueda del aseguramiento individual versus las respuestas integrales que pueden generar la prevención y el acceso equitativo a la cobertura de NB. Esta afirmación se ve reflejada en las características del sistema sanitario actual el cual carece de centros de tercer nivel especializados en rehabilitación. En la región sanitaria VI compuesta por los municipios de Avellaneda, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora, Quilmes y Lanús, la cual tomando en cuenta el número de habitantes ocupa el primer lugar en la provincia de Buenos Aires (según el censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 arrojó una población estimada de 3.747. 486 habitantes), se dispone un único centro con 10 camas de internación y se observa asimismo: ausencia de proyectos que impulsen la creación de centros médicos especializados en rehabilitación, desfinanciamiento de los municipios, carencia de programas de vivienda, escasas campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de accidentes de tránsito y desarticulación de los diferentes niveles de atención en relación al seguimiento del paciente. Es decir se realizan intervenciones recortadas, costosas, ineficaces y focalizadas.

Duran A. (1995) afirma: “las políticas sanitarias de cualquier época reflejan las concepciones prevalentes en la misma sobre salud y factores que contribuyen a su mejora o deterioro” .La política estatal sanitaria actual apunta únicamente, en términos de Navarro Vicente (2008), a la intervención médica, y escasamente “incluye intervenciones públicas dirigidas al establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento

de los determinantes estructurales de la buena salud; a saber intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a mejorar la salud”.

Considero que la situación sanitaria actual interpela a las disciplinas sociales para que, en tiempos de desarticulaciones de la política pública, las propuestas de intervenciones trasciendan las respuestas materiales partiendo de fomentar desde nuestros espacios acciones preventivas que se instalen por delante de los servicios curativos que imponen las lógicas neoliberales y podamos generar en esta dirección líneas de trabajo que promuevan la articulación de los diferentes efectores sanitarios, grupos barriales, instituciones municipales para repensar las causas de las causas de “estas secuelas”.

Bibliografía:

-Evans Robert G; Morris Barer L; Marmor Theodore R. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones

-Grodos D. y Bethune X. Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. En: Cuadernos Médico Sociales Nº46: 71-85; 1989. Rosario

-Laurell, Asa Cristina. 2011. "Los proyectos de salud en America Latina. Dos visiones dos prácticas" En: Voces en el Fenix. Año 2, Nº 7. En Estado Crítico. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Economicas- UBA.www.vocesenelfenix.com

-Navarro, Vicente (2008) ¿Qué es una política nacional de salud? Disponible en <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2008/07/que-es-una-politica-nacional-de-salud-rev.pdf>