



CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL
de TRABAJO SOCIAL CABA

Asistencia y Derechos

en el devenir de la Protección Social

Trabajo Social Situado

La demanda espontánea hospitalaria ¿un posible dispositivo de accesibilidad y dignidad en la atención?

Por Débora Lema y Celeste Quiroga

Fecha de recepción: | Noviembre del 2021
Fecha de publicación: | Octubre del 2021
Contacto: | Celeste Quiroga
Correo electrónico: | quirogacele@gmail.com

LA DEMANDA ESPONTÁNEA HOSPITALARIA ¿UN POSIBLE DISPOSITIVO DE ACCESIBILIDAD Y DIGNIDAD EN LA ATENCIÓN?

* Lema, Débora; Quiroga, Celeste

"El sufrimiento es una experiencia fundante, una huella emocional que cambia la textura interna del sujeto y desgarra la íntima coherencia de la propia existencia. Nadie es igual después de haber sufrido".

ISABEL DEL VALLE



La atención de la Demanda Espontánea (DE) hospitalaria de este Servicio Social se alza como un dispositivo que intenta, inicialmente, brindar asistencia a diversas problemáticas sociales complejas¹. Se desarrolla en un marco de atención acotado, pero, tendiente a trascender esa instancia inicial para, a través del vínculo, promover la defensa de derechos relativos a la protección social de las usuarias que a ella concurren, sosteniéndolo de ser posible, en el tiempo.

***Débora Lema-** Lic. y Prof. en Trabajo Social. Diplomada en Cuidados Paliativos (I. Pallium). Especialista en Políticas del Cuidado con Perspectiva de Género (Clacs). Miembro del Comité de Bioética, del Equipo de Cuidados Paliativos y de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich".

***Celeste Quiroga-** Lic. y Prof. en Trabajo Social. Especialista en Gestión e Intervención Gerontológica (UNTREF). Miembro del Comité de Gestión de Calidad, de las salas de Cardiología, Unidad Coronaria y Cirugía Cardiovascular, y del Equipo de Implante Coclear del Hospital

Se expondrán algunos de los enfoques teórico-metodológicos que han nutrido la sistematización de esta intervención como son el Enfoque de Derechos Humanos (DHH), Reducción de Riesgos y Daños, el Paradigma de la Complejidad, entre otros. Se mencionarán aspectos positivos, pero también adversidades y nudos que surgen en y desde este espacio. Al pensar el abordaje desde el Trabajo Social, no puede dejarse de lado la dimensión subjetiva que hace al mismo y que se pone en tensión en un espacio de encuentro. Concebimos que este espacio implica poner a rodar habilidades comunicacionales, relaciones y emocionales como son la empatía y escucha activa; a partir de las cuales nos vemos interpelados y atravesados como profesionales y, principalmente, como personas. No podemos dejar de mencionar que algo de lo “espontáneo” se pone en juego al momento de la atención. Aparece la incertidumbre de aquello que nos sorprende, desconocemos como se desarrollará esa demanda, que procesos desencadenará, y qué sensaciones y emociones nos generará el sufrimiento de ese otre.

Para finalizar nos resulta interesante compartir porqué creemos que un espacio que suele ser desvalorizado, automatizado y acotado a la exclusiva y tan naturalizada obligación que sentimos muchas veces los Trabajadores Sociales de dar respuesta, puede ser resignificado y reconstruido como posibilidad de encuentro y acceso a un proceso de protección social.

SINGULARIDADES Y COMPLEJIDADES DE LA DEMANDA ESPONTÁNEA

La Demanda Espontánea –conocida como “la atención de la puerta”– surge justamente con la intención de dar respuesta a diversas problemáticas sociales complejas y en estrecha relación con necesidades que trascienden al campo de la salud. Ha ido constituyéndose y afianzándose a través de los años, en un intento de superar la tensión generada entre acceso a derechos-insuficiencia de recursos. Esta ecuación suele aparecer en diversos espacios profesionales resultando aún funcional y asociada al surgimiento del Trabajo Social, al decir de Martinelli (1995), con una identidad atribuida que muchas veces responde a proyectos políticos de sectores dominantes y a los intereses del capitalismo, determinando un recorrido alienado, alienante y alienador de la práctica profesional.

Este dispositivo de atención abre su puerta de lunes a viernes, recibiendo demandas de pacientes internadas como ambulatorios, así como también de personas que nunca se atendieron en el hospital. Se presentan una versatilidad de situaciones que incluyen, entre otras, la orientación y asesoramiento relativos al acceso a medicamentos e insumos, gestión de elementos ortopédicos, inicio de beneficios relativos a la discapacidad (Certificado Único de Discapacidad, Pensiones No Contributivas), Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo ILE/IVE, problemáticas asociadas a procesos de migración, habitacionales, situaciones de violencia de género e institucional.

Para dichas intervenciones se requiere de la articulación intrae institucional (con otros servicios del Hospital y del área programática), interinstitucional e intersectorial, a modo de facilitar y acompañar mecanismos de referencia-contrarreferencia a través de “derivaciones asistidas”².

Resulta importante tener presente que no siempre la demanda es explícita, en muchos casos hay que dar(se) el tiempo para poder co-construirla, contextualizando permanentemente la situación problema. Respecto a la variable *tiempo* vale mencionar que, en el encuadre de esta intervención, resulta acotado. Si es un imperativo la presencia de una escucha atenta a fin de conocer qué es lo que ese otro trae, constituye un momento y un tiempo enmarcado y en relación directa con la variable *espacio*. Un espacio físico que se ve atravesado por cuestiones ambientales como son las interrupciones, interconsultas profesionales, sonidos, falta de intimidad que se constituyen en distractores. Estas dos dimensiones, el *tiempo* y el *espacio*, deben ser advertidas y repensadas en nuestras intervenciones. De lo contrario, pueden llevarnos a prácticas repetitivas y alienantes que nos agotan subjetivamente, empobreciendo la práctica al empujarla al “respuestismo” asociado a nuestros orígenes profesionales. Si la demanda no pudo ser resuelta en ese instante, aparecerá otro desafío profesional: posibilitar la idea de reprogramar otro encuentro, permitiendo consolidar un vínculo que trascienda la idea de urgencia y facilitar un seguimiento posterior.

Sostenemos que uno de los principios que guían la intervención en este dispositivo es la promoción de la accesibilidad³ al Sistema de Salud, como instancia de acogimiento ante la vulnerabilidad, a partir de la construcción de un vínculo de confianza. Si bien se pueden hacer sugerencias/recomendaciones/derivaciones y ofrecer volver para un seguimiento, también puede ser la única oportunidad de que esa persona ingrese al Sistema de Salud. Es por este motivo que consideramos que este consultorio externo puede constituirse, no sólo como una puerta de entrada al Sistema de Salud, sino como como un momento de prevención, promoción y educación en todo lo relativo al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Claro que, de la reflexión sobre este espacio, no pueden dejarse a un lado consideraciones sobre su complejidad y que entran indefectiblemente en tensión. Inicialmente se alzan miramientos asociados a la frustración que genera la falta de equidad, la insuficiencia e ineffectividad de las políticas públicas de las que muchas veces somos los profesionales protagonistas en tanto “facilitadores” de una paupérrima solución y las personas usuarias “prisioneras” de la misma. Cuando las políticas públicas no van de la mano de esas estrategias “de solución” surgen incomodidades, que representan una suerte de frustración, en tanto nuestras intervenciones no alcanzan los pretendidos objetivos; dándose lugar a una relación pendular omnipotencia-impotencia en el ejercicio mismo de la actividad profesional. Cabe señalar que tomando las palabras de Cazzaniga (2009, p.4) “*la omnipotencia, puede convertirse rápidamente en impotencia. Si esta*

omnipotencia se funda en la concepción de la “resolución de los problemas sociales”, el no logro de esos “objetivos” lleva a la frustración profesional y al sentimiento de impotencia.”

Tensionar el rol que históricamente se nos ha asignado (y las más de las veces, hemos asumido) como dadores de respuestas (entendidas como recurso) que, como producto de un contexto estructuralmente injusto, hará que tengamos que navegar en contextos siempre adversos e insuficientes, ha generado que no se aprecie el valor simbólico que un encuentro puede significar para uno otre, en una trayectoria vital marcada muchas veces por la desafiliación⁴.

Sumando complejidad al espacio que analizamos y en estrecha relación ya que ocurre simultáneamente durante el encuentro, aparece nuestra vivencia como personas. Debemos poder tomarnos el tiempo para, a través del autoregistro, pensar y sentir qué nos pasa en ese instante: ¿da lo mismo iniciar una entrevista luego de un golpe violento y desesperado en la puerta? ¿Qué nos sucede cuándo la impotencia de nuestros usuaries se traduce en violencia hacia nosotros? ¿Qué sucede cuando nuestras vidas personales se encuentran vulneradas y aun así debemos encarar la tarea cotidiana? ¿Qué nos sucede cuando abrimos la puerta y nos encontramos con la sala de espera colapsada? Saber que dicha intervención necesita tener lugar, no quita que sea válido considerar esos actos que nos interpelan y movilizan, que se suman a las situaciones que escuchamos, que observamos, que sentimos, que olemos, que tocan la esfera de la corporalidad. Parafraseando a Danel (2020), el malestar y la incomodidad, que nos puede generar ese encuentro también es un aspecto que atraviesa la intervención y que necesita ser advertida, no para negarla, sino para asimilarla, poder atravesarla y de igual modo, construir a partir y a pesar de ellas.

ENFOQUES, ATRAVESAMIENTOS Y LINEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL

La intervención en lo social, en este caso desde el ámbito sanitario, se presenta como un instrumento de transformación, como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo, y es a través de ciertos enfoques ético-políticos y teórico-metodológicos que entendemos que ello puede tener lugar.

El paradigma de la complejidad se constituye en una herramienta privilegiada para el análisis de las situaciones que se presenta en la DE y, dada la multidimensionalidad de las necesidades observadas, se hace imprescindible pensar y actuar interdisciplinariamente. Si nos reconocemos como seres biopsicosociales y espirituales, complejos e incompletos, será entre muchos y diversos saberes que podremos construir respuestas complejas a problemas complejos. Esto implica un compromiso ético y moral, incluye hablar de corresponsabilidad de la tarea, abandonando la naturalización del recorte que cada disciplina efectúa.

Otro de los enfoques en los cuales basamos nuestra intervención profesional es el enfoque de DDHH. Éste implica considerar a las personas, no como receptores pasivos de programas de asistencia sino, como sujetos activos plenos de derechos frente a quienes el Estado tiene la obligación de responder positivamente. Atender y promover su exigibilidad es también hablar de empoderamiento, apuntalar en el ejercicio de su poder, de su potencialidad de cambio, de su participación y fortalecimiento de capacidades, como así también motivar el desarrollo de la dignidad. Claro que, ante situaciones de desigualdad y falta de acceso a necesidades básicas, los recursos de afrontamiento suelen verse vulnerados, amenazados y dañados. Por este motivo es necesario tener presente el enfoque de reducción de riesgos y daños, el que tiende al respeto por los modos de vivir de cada persona y, en la medida de lo posible, colaborar para reducir los condicionantes y consecuencias a las que a su integridad se expone. Este posicionamiento permite legitimar las vivencias de cada persona y respetar las elecciones personales desde un lugar más cercano, real y humano.

En relación a la puesta en juego de habilidades comunicacionales, relacionales y emocionales en la intervención, no sólo favorecen la posibilidad de alojar al otro sino también generar una escucha y una hospitalidad singular, considerando esta última como la aceptación del otro. En palabras de Arias y Sierra (2018; p.111) “**es ofrecimiento a un ajeno que nos cuestiona, otro que nos hace demandas y nos hace preguntas, que nos incomoda. Pero sólo podemos ser hospitalarios con aquel a quien le reconocemos entidad de otro. Por otro lado, no hay acceso sin hospitalidad. En dispositivos hospitalarios hay un punto importante a considerar: el otro tiene que tener la posibilidad de elegir.**”

Finalmente afirmamos que, a partir del dispositivo de DE, podemos constituirnos como parte de la red de apoyo social de nuestros usuaries, funcionar como un “puente” en la reconstrucción y/o construcción de otros vínculos con los que esa persona pueda contar frente a otras situaciones futuras. Es interesante destacar que contar con una red de apoyo social influye en la recuperación de la salud, en la adherencia a tratamientos y en la prevención del aislamiento social. Es a partir del reconocimiento de la existencia o escasez de una red, en la que les usuaries se desenvuelven y transcurren su cotidianidad, que podremos pensar estrategias para articular los diferentes procesos de atención y apoyo social. En palabras de Rodríguez I Molinet (2016; p.38) “**el trabajo desde el apoyo social además de apuntar a la resolución de problemáticas concretas produce un beneficio adicional que se refleja en la autoconfianza, en la propia competencia, en la colaboración, la solidaridad y la pertenencia.**” Creemos necesario posar la mirada en la modificación de realidades/percepciones y en la gestión del entorno, a fin de conocer aquello de lo social que pudo afectar y contribuir al padecimiento, como así también aquello de lo social que puede afectar y contribuir a la transformación.

A MODO DE REFLEXIÓN

Para cerrar el presente análisis, nos resulta interesante pensar como estrategia para la Protección Social en Salud, la accesibilidad de la mano del respeto a la dignidad en la atención. En palabras de Stolkiner (2007; p.205) “**podría decirse que el concepto de dignidad en la atención aporta a la accesibilidad ampliada, en tanto cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios. Aunque exista accesibilidad, es necesario monitorear desde los servicios, la dignidad en la atención, ya que es la que permite que el vínculo entre población y servicios de salud se mantenga a lo largo del tiempo.**”

Debemos reconocer que, frente a la falta de respuestas por parte de las políticas públicas y la prevalencia de intervenciones que deterioran, vulneran y fragilizan, la accesibilidad a los servicios de salud, la dignidad en la atención, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado no son sólo un derecho, sino una obligación de los equipos de salud. Sin duda, intervenir con empatía, teniendo en cuenta la singularidad de cada quien, es humanizar nuestras intervenciones, es poder acompañar a los sujetos en los procesos de transformación y cambio social en salud, teniendo en cuenta el contexto, la historia de vida, las capacidades, las potencialidades y los recursos de cada persona y su entorno. Así como también, las limitaciones contextuales, institucionales y profesionales que también nos interpelan, condicionando nuestras prácticas.

Sostenemos que trabajar desde los enfoques que se proponen en la atención de la DE, se intenta trascender la urgencia, lo “espontáneo” y la búsqueda automática de soluciones. Esto permite y habilita otro tipo de abordajes, que pueden redundar no sólo en beneficios para les usuaries, sino también consolidarse en una práctica profesional significante.

Creemos fundamental considerar al autocuidado profesional como un imperativo ético, no como una práctica que se realiza al salir del trabajo para “desconectar”, sino que necesita constituirse como una forma de estar presente y consciente durante el horario laboral. El autocuidado requiere autorreflexión y conciencia para identificar factores de estrés, limitaciones y apoyos relevantes –tanto en el ámbito personal como en el profesional– y constituye un acto responsable hacia les usuaries. Además, redunda en una práctica ineludible al momento de hacernos mejores en el arte de escuchar y acompañar en las demandas, bregando por brindar una atención de calidad cuando nos toca **abrir la puerta**.



NOTAS

1. Problemáticas sociales complejas: surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación. (Carballeda, 2008:2).
2. Implican el compromiso del/a profesional de conocer la institución a la que está derivando, establecer un contacto y poder articular de manera directa, evitando que la persona se sumerja en un sinfín de recorridos institucionales sin respuesta.
3. Accesibilidad: vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, y surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. (Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A; 2007: 203).
4. Desafiliación: proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de las redes sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida (Castel, 1992).

BIBLIOGRAFÍA

- CASTEL, R. (1992).** *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso.* Revista Esprit. París.
- CARBALLEDA, A. (2008).** *Problemáticas sociales complejas y políticas públicas.* Buenos Aires.
- CAZZANIGA, S. (2009).** *Sobre la imposibilidad de la intervención profesional: reflexiones para “poder” repensar.* Ponencia Jornadas de Investigación en trabajo social Facultad de Trabajo Socia UNER, Paraná.
- CLEMENTE, A. (DIRECTORA). ARIAS, A; SIERRA, N. (2018).** *La accesibilidad como problema de Políticas Sociales. Universo de encuentros y desvinculaciones.* Cap. 4. Construcción de accesibilidad e instituciones. Ed. Espacio. Argentina.
- COMES, Y.; SOLITARIO, R.; GARBUS, P.; MAURO, M.; CZERNIECKI, S.; VÁZQUEZ, A.; SOTEOLO, R.; STOLKINER, A. (2007).** *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios.* Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- DANEL, P. (2020).** *Habitar la incomodidad desde las intervenciones del trabajo social.* Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires.
- MARTINELLI, M. L. (1995).** *Serviço Social. Identidade e alienação.* Editora Cortez. São Paulo.
- NOVELLAS AGUIRRE DE CÁRCEL, A.; MUNUERA GÓMEZ, M.; LLUCH SALAS, J.; GÓMEZ-BATISTE, X. (COORDINADORES). RODRIGUEZ I MOLINET, J. (2016).** *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención social.* Cap. 2. Capital social, capital comunitario y capital familiar en situaciones de crisis. Edición Obra Social “la Caixa”. Barcelona.