

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Medicina Social

Trabajo Final Domiciliario 2012

Fecha de entrega: 30 de Octubre.

Integrantes:

Campetti, Daiana campettidaiana@hotmail.com.ar

del Barrio, Luciana luli_delbarrio@hotmail.com

Diestro, Laura lauradiestro@yahoo.com.ar

Forti, Luciano fortiluciano@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Por medio del presente trabajo monográfico, los estudiantes de medicina social de quinto año de la carrera de Trabajo Social de la UNLP, se propondrán analizar y reflexionar sobre las prestaciones del programa de salud PROFE (Programa Federal de Salud) enmarcado en una pensión no contributiva que se desenvuelve a nivel provincial. Este análisis tendrá como propósito conocer el funcionamiento y la calidad de atención del mismo y, al respecto, que concepción de salud subyace y/o prevalecen. Para el abordaje del trabajo se tomará en cuenta una experiencia de práctica de formación profesional (realizada en el marco de dicha unidad académica) realizada por algunos de los integrantes durante los meses de Agosto a Noviembre de 2011 en el Servicio Social del Hospital de Berisso "Mario V Larraín".

Por último, dicho trabajo acompañará el ejercicio de reflexionar respecto al lugar y desempeño del Trabajo Social como agente articulador en relación al PROFE.

DESARROLLO

El presente trabajo se enmarca en el Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Mario V. Larraín"; el cual se encuentra ubicado en la localidad de Berisso, Provincia de Buenos Aires. Precisamente situado, en calle 5 N° 4435, éste corresponde a la zona regional sanitaria número XI, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Al interior de la institución vemos que existen diversos actores que constituyen el espacio/escenario. Por un lado, se encuentra el Servicio Social, ésta es un área compuesta por trabajadoras sociales y una empleada administrativa (con contrato de planta), y estudiantes de la residencia en Trabajo Social de la UNLP, donde las mismas se encargan de recibir una multiplicidad de demandas. Desde el Servicio Social, se intenta que los usuarios puedan ejercer el derecho a ser asistidos desde una perspectiva de integralidad y que la gestión y trámites que se tengan que dar, correspondientes a cada tratamiento, no lleguen a ser obstáculos irremovibles, al punto tal, que los destinatarios no logren hacer uso de las prestaciones (sean bienes y/o servicios) y en consecuencia, no lograr revertir la situación de salud.

En este espacio se encuentra una trabajadora social (jefa de área) junto con otros actores, en donde se intenta que las personas accedan a la atención, independientemente, de la afiliación a una obra social o la percepción de un salario. Asimismo, es un área donde se reciben múltiples demandas, desde la gestión de estudios de alta complejidad, medicamentos, hasta la entrega de libretas sanitarias, leche materna y pañales.

La tarea del trabajador social, en este caso, implica la realización de "encuestas únicas" a usuarios que no están afiliados a una obra social primaria, hecho que dificulta el acceso a tratamientos oncológicos, estudios de alta complejidad e intervención quirúrgica. En este caso, la Encuesta cumple la función de dejar registrado y documentado que los usuarios no tienen otro medio (principalmente económico) para financiar el tratamiento, sea por medio de una Obra Social Primaria o familiares que puedan poner a disposición la suma de dinero que requiera el tratamiento y los accesorios pos operatorio.

Basada en una experiencia de formación profesional, tomaremos una situación problemática específica; asimismo, creemos que el desarrollo de la misma nos permitirá realizar un análisis más profundo del usuario en relación al PROFE. O mejor dicho, tal ejercicio permitirá que logremos aproximarnos a esta relación, es decir, la dada entre los

usuarios y el PROFE, develar el funcionamiento de las prescripciones de dicho programa a la luz de la demanda por parte de sus afiliados.

Creemos pertinente, antes de continuar con el trabajo, mencionar que el “paciente” es un hombre soltero de 39 años, y que antes de estar internado vivía en la casa de un amigo en Villa Zula (Berisso). En relación a su familia, su madre había fallecido y con su padre no tenía trato, luego de una pelea. Si bien tiene cuatro hermanas cada una de ellas vive en su respectiva casa con sus familias, razón por la cual no podían hacerse cargo de él.

Nuestra intervención, en relación a dicha problemática, se da a partir de que nuestra referente institucional nos comenta que el “paciente”, desde hacía ya varios meses, tenía dada el alta médica, pero no el alta social. A éste, los traumatólogos le diagnosticaron a consecuencia del accidente que tuvo- una paraplejia. Según lo registrado y enunciado por nuestra referente, se debía a que el “paciente” no contaba con una vivienda y tampoco con vínculos familiares y afectivos, para que lo ayuden a superar o resolver esta situación, particularmente que lo pudieran contener y acompañar con la rehabilitación fuera del hospital en el que se encontraba internado. Es por estos motivos, que el “paciente” sigue internado a cargo del nosocomio.

Desde al Área de Traumatología, se intervino quirúrgicamente, se continuó con el proceso de limpieza y curado durante la cicatrización, como así también, un especialista le daba ejercicios de rehabilitación. Desde esta área, de manera conjunta a trabajadores sociales del Servicio Social comenzaron a intentar articular con el Hospital Naval “El Dique”, el mismo ubicado en Ensenada, Provincia de Bs As., con el fin de que el “paciente” logre continuar con la rehabilitación del tren inferior de su cuerpo (de la cintura hacia los pies). Al respecto, tal intento quedó abortado debido a que los especialistas, integrantes de la comisión evaluadora de recepción del hospital “El Dique” evaluaron que no se podía intervenir y rehabilitar al “paciente derivado” dado que éste, aún, se encontraba escarado.

Las escaras tienen la particularidad de ser crónica, es decir, el proceso de curación, cicatrización es lenta y requiere de atención médica diaria.

Es así que la relevancia del problema se enmarcara, a nuestro modo de ver, en torno a tres aspectos principales: el primer aspecto, relacionado a la inaccesibilidad a la vivienda digna. El hecho que el usuario no cuente con una vivienda, sea propia, cedida o alquilada y, sumado a la escasa presencia de redes vinculares familiares y referentes que

puedan contenerlo y acompañarlo, dificulta que éste pueda egresar del hospital y continuar con su vida fuera del mismo.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta, es la modalidad de intervención de las distintas áreas del Hospital, específicamente el área de traumatología, psicología y Servicio Social.

Consideramos fundamental la intervención desde una perspectiva de interdisciplinariedad, donde ésta no quede sólo absorbida a padecimientos físicos y psíquicos, sino que se tenga en cuenta la esfera social, entendiendo que existen innumerables factores que inciden en la salud. Es así que consideramos retomar el planteo de Benach y Muntaner cuando plantean que: *“los determinantes sociales conforman por tanto un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública”*. (2009: 22). Al respecto, consideramos que existen otros determinantes que repercuten y condicionan la salud – individual y colectiva- de las personas; en este sentido, decidimos intervenir teniendo en cuenta aspectos socio-habitacionales, laborales, institucionales, vinculares-referenciales.

Un tercer aspecto, refiere a lo trabajado desde el Servicio Social en relación a la articulación de las personas al Programa Federal de Salud.

Si bien consideramos que los tres aspectos son importantes, vale aclarar que el hecho de hacer mayor énfasis respecto al tercer aspecto, no implicará que los dos primeros serán ubicados en un plano de menor relevancia. Si se trabajó en relación a la afiliación de la persona internada al programa, se debió por un lado, a que, como estudiantes, estábamos referenciados por el Servicio Social y también, contábamos con el apoyo del espacio y la legitimidad institucional de las profesionales; por otro lado, consideramos y contemplamos -a partir de las expectativas de la persona internada de irse a vivir solo-lo necesario que resultarían las prestaciones al momento de su egreso del hospital. Hasta entonces, donde dormir, la alimentación, materiales de curación e higiene, transporte y atención médica está resuelta, en su mayoría, por el hospital. De otra manera, lograr financiar todo esto que acabamos de listar, con el único ingreso dinerario que percibe mensualmente (el de la pensión) resulta imposible, es decir, su ingreso es inversamente proporcional al costo de los bienes y servicios necesarios para vivir.

A modo de aclaración, la persona internada estaba adherido a una pensión de carácter provincial no contributiva, el ingreso a la misma se dio bajo el rotulo de persona con discapacidad –esto es uno de los criterios por los cuales las personas pueden percibir las prestaciones de la pensión. Si bien percibía un determinado monto dinerario, no

contaba con la disposición de las prestaciones (bienes y servicios) debido a que nunca se afilio y nadie se lo advirtió, es decir, no se le informó que la afiliación al programa (condición indispensable y excluyente para lograr hacer uso de las prestaciones) es voluntaria.

Creemos que, a partir de los criterios que postula el PROFE -siendo éste parte de una política social en salud, coordinada y financiada por el Estado en su esfera provincial- para su adhesión y afiliación, subyace y prevalece una concepción de salud fuertemente ligada a ausencia de enfermedad. Al respecto, Czeresnia, Diana, afirma que: *“(...) La medicina se estructuro en base a ciencias positivas y consideró científica la aprehensión de su objeto. El discurso científico, la especialidad y la organización institucional de las prácticas de salud se circunscriben a partir no de la salud, sino de la enfermedad”*(2006:s/p). Consideramos que el programa concibe abordar a la enfermedad más que a la salud, es decir, las prestaciones se encuentran dirigidas a abordar y atenuar los padecimientos desvinculándolos de otros aspectos que operan en la vida de los sujetos y en consecuencia general alteraciones, por ejemplo, aspectos ambientales, socio-habitacionales, culturales y/o simbólicos, institucionales referenciales, etc. Al pensar la salud, desde lo colectivo, creemos que debe ponerse en juego una implementación de políticas sociales en salud planificadas, implementadas, y financiadas por el Estado –en sus tres esferas- a través de las cuales exista un mayor protagonismo, en la esfera de la salud, de la promoción y prevención.

PROGRAMA FEDERAL DE SALUD

Es pertinente también, realizar una descripción del Programa Federal de Salud (PROFE), ya que el propósito, es analizar el funcionamiento de dicho programa.

El PROFE es un programa nacional, pero donde la provincia adhiere al mismo, que brinda cobertura médica a las personas que perciben una pensión no contributiva. Cabe resaltar que no es una obra social, sino que es un programa, donde la cobertura se otorga a través del efector público de salud de la provincia.

Es un programa que surge a partir del decreto 1455/96 que plantea la creación de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, dentro de la Secretaria de Desarrollo Social. Frente a la creación de este organismo, se implementa este programa para el gerenciamiento de las pensiones no contributivas. Sin embargo, en el año 2002, mediante

decreto, se realiza el traspaso del Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud, entendiendo que era competencia de dicho Ministerio, la planificación de la salud.

Los beneficiarios son los que perciban una pensión no contributiva por vejez, invalidez y madres de más de siete hijos, teniendo como requisito no ser beneficiario de ninguna otra cobertura médica.

Los objetivos del Programa son:

- Garantizar la cobertura médico asistencial a los beneficiarios de pensiones no contributivas afiliados al PROFE.
- Ejecutar el PROFE de acuerdo al presupuesto aprobado por el Poder Legislativo, incluido en el Presupuesto Nacional.
- Programar y diseñar actividades que permitan la capacitación de los actores involucrados en el Programa.

Actualmente, la afiliación al PROFE es voluntaria, es decir, que la persona beneficiaria de la pensión, para acceder a la cobertura del Programa, deberá realizar el trámite de afiliación. Cabe mencionar que el Ministerio de Salud está estudiando un sistema de afiliación automática, pero aun no está vigente.

También se solicita a los usuarios que deben presentar Certificación Negativa del ANSES, donde muestre que la persona solicitante no está ligada o registrada ni afiliada a una obra social. Los otros requisitos para realizar la encuesta son fotocopia de documento y orden del médico clínico. Una vez obtenidos estos requisitos, se realiza la encuesta que luego es elevada al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y una vez aprobadas, se ponen en marcha los distintos dispositivos y así dar respuesta a los usuarios.

En la situación particular que abordamos, el usuario está ligado a la prestación del PROFE, pero éste no estaba afiliado. Para hacer este trámite primero se tuvo que gestionar el DNI, ya que se encontraba en mal estado, no se visualizaba la fecha de nacimiento, lo cual impedía realizar el trámite de afiliación.

El objetivo de realizarse la afiliación del usuario a PROFE, era que éste pueda hacer uso de las prestaciones que el programa brinda, principalmente la del transporte, dado que el usuario debía concurrir al Hospital “El Dique” para su rehabilitación.

A modo de aclaración, desde el Servicio Social del Hospital Mario V. Larraín, se contacto con las profesionales del Servicio Social de “El Dique” pidiendo excepcionalidad/consideración para el ingreso del “paciente” allí internado. Luego de la

recepción se acordaron turnos y coordinación con el servicio de ambulancias, en paralelo, se averiguo por el servicio de transporte que brindan los bomberos del Berisso, se hablo con el director del Hospital M.V. Larraín y el director de servicios de emergencias para que el “paciente” no deje de asistir a los encuentros de rehabilitación. Se asistió al domicilio de procedencia del “paciente”, se entrevistó a vínculos afectivos que él acuso tener y se averiguo la posibilidad de que pueda regresar al mismo lugar, y, la disposición de acompañamiento en la rehabilitación, se registró y sistematizó todo lo trabajado. Además, se coordinó con áreas intervinientes en el caso (traumatología y psicología) y se gestionó la documentación de identidad para luego lograr la afiliación al programa.

En este momento, es que pudimos dar cuenta que en el recorrido a la afiliación a dicho programa se demoró demasiado, siendo esto un obstáculo para la continuidad de la rehabilitación y sólo significo un beneficio mínimo económico que no alcanzaba para cubrir todos los gastos que se le presentaba al usuario.

Es así, que volvimos a reconstruir la demanda para eso retomamos lo trabajado hasta el momento decidimos dirigirnos al área de traumatología, con el fin de que nos informen acerca de cómo se había intervenido hasta la fecha. Allí nos comentaron que luego de la operación de médula espinal, se diagnosticó al paciente paraplejia. Fue así que nos dieron a conocer que su intervención con el paciente estuvo enmarcada en el proceso de curación y de la rehabilitación. Como se mencionó anteriormente, lo que se está curando el usuario es una escara que se encuentra ubicada en su espalda desde el día que lo operaron, siendo el proceso de curación lento y requiere de atención médica diaria.

Entonces la demanda principal que presentan los traumatólogos, es poder lograr que el paciente retome la rehabilitación en el Hospital Naval “El Dique”.

Retomar la rehabilitación fue una de los ejes sobre el que desarrollamos el trabajo en el marco de las prácticas de formación profesional del año 2011, dado que hasta entonces esto estaba inmóvil. Al momento de retomar el tratamiento debimos prever con los recursos reales que disponíamos, sean materiales o humanos. Debimos pensar y reflexionar en términos estratégico, lo que nos permitió poder trabajar a un corto y mediano plazo con más claridad.

Lo que pudimos visualizar, es que el Hospital “El Dique” no iba a aceptar al usuario hasta que no se haya curado las escaras, pero teniendo resultados positivos y a lo largo de los meses transitados por el Hospital de Berisso, las escaras fueron curadas.

Respecto a la rehabilitación, se consiguió un turno para que el usuario/paciente asistiera al Hospital “El Dique”. En esa instancia se lo evaluó, el día que tuvo que dirigirse hacia dicho nosocomio no hubo ambulancia que lo trasladara, y se perdió el turno, corriendo el riesgo de que si no asistía al próximo turno, perdería nuevamente el tratamiento de rehabilitación, lo que complicaría aun más la situación. El perder otro año el tratamiento implica que el usuario quede internado en el hospital más tiempo. Aquí es donde nos posicionamos con firmeza y hacemos referencia a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, precisamente al artículo 26, que versa sobre **“Habilitación y Rehabilitación”** y plantea que *“Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: a) comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; b) apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales”*.

Este artículo hace referencia a la rehabilitación como un derecho, el cual se debería cumplir, pero el mismo quedó, en este caso, impedido por no disponer de transporte. El Hospital Larraín, sólo cuenta con una ambulancia, la misma está destinada a cubrir emergencias. Cuando se retomó el tratamiento de rehabilitación con el Hospital “El Dique” no había transporte disponible debido a que la segunda ambulancia se encontraba en reparación. Agotado este recurso, se recurrió al sistema de transportes 107 pero éste también negó el traslado ya que durante los meses siguientes, las ambulancias están destinadas para cubrir otros casos.

En miras de sortear dichos obstáculos, decidimos dirigirnos personalmente al Hospital “El Dique” con el objetivo de hablar con la trabajadora social para que nos guíe como volver a retomar el tratamiento de rehabilitación, ésta nos derivó al área de rehabilitación donde se logró conseguir un nuevo turno, pero donde el usuario debía concurrir si o si, de lo contrario pasaría a la lista de espera. Caer en esta instancia implica aguardar algo más de un mes para ser atendido.

Tuvimos intenciones de que el PROFE, le cubriera el transporte, pero para hacer ese trámite, primero el usuario debía estar afiliado, lo cual no era viable porque todavía no se encontraba en los padrones del programa. Una vez que se concretó la afiliación, se comenzó a averiguar cuáles eran los requisitos necesarios para que la prestación brindara el sistema de transporte. Uno de ellos era tener el carnet de discapacitados, este requisito no se cumplía debido a que el usuario no contaba con el carnet. Para comenzar a realizar la gestión del carnet, necesitábamos el resumen de la historia clínica del “paciente” y elevarla a un médico del Hospital Larraín que es el que realiza una parte de este trámite, cuando se obtuvo el resumen de historia clínica, el médico que debía empezar el trámite, no se encontraba en el país hasta diciembre de este año. En el mismo hospital de Berisso nos recomendaron que averigüemos en el Hospital “El Dique”.

Cuando le dieron el nuevo turno al “paciente”, él mismo decidió ir en remisse para que le hagan una evaluación y luego le den los turnos de la rehabilitación.

Otro de los requisitos que pedían para contar con el sistema de transporte del PROFE, era un esquema detallado donde se dé cuenta de los días y horarios en los cuales el usuario concurrirá al hospital a realizar la rehabilitación.

Éste cronograma no se pudo obtener porque hasta momento los médicos que lo atienden en “El Dique” no han dado los días y horarios para la rehabilitación. Para esto, primero debía pasar por tres evaluaciones con distintos profesionales, y cuando nos dirigimos nuevamente al Hospital “El Dique”, para averiguar por el carnet de discapacitado, nos informaron que el trámite para el mismo estaba suspendido hasta nuevo aviso. Esto generó que no se pueda gestionar la tramitación debida y así acceder al sistema de transporte; por lo tanto el paciente deseoso de no volver a perder los turnos de rehabilitación decidió asistir con transportes particulares rentados con su dinero.

Por otro lado, el grupo tomo contacto con el psicólogo, quien desde un principio trabajo sobre el estado anímico del usuario. Según él, el hecho de que el paciente no pudiera continuar con las actividades como lo venía haciendo hasta antes de la operación, le generaba frustraciones muy grandes. De esta manera, el psicólogo afirma que se debe avanzar sobre esta problemática para que el paciente se encuentre en condiciones de aptitud para avanzar en otros aspectos de su vida. Como lo es, por ejemplo, su egreso del hospital y la continuidad con el tratamiento de rehabilitación.

De esta manera, reconstruimos la situación como situación problemática, donde en la intervención se incluyan todas las dimensiones posibles del usuario y sus condiciones

de vida. Entendiendo que tanto la salud, como la vivienda son dos de los derechos principales que se le están vulnerando al usuario.

Por todo lo desarrollado hasta el momento y teniendo en cuenta que la salud como se plantea en la Plataforma Iberoamericana de Derechos Humanos, es: “(...) *un derecho humano económico y social directamente vinculado al derecho fundamental a la vida (...)*” (2005: 9), consideramos que el acceso a la afiliación –recordamos: condición para hacer uso de las prestaciones- del PROFE presenta limitación ya que los requisitos que se solicitan son demasiado complejos y se extiende en el tiempo, no teniendo en cuenta la urgencia de las personas que necesitan de sus prestaciones y no tienen posibilidad de resolver aspectos ligados a la salud por otros medios, al menos no al corto y mediano plazo.

En este caso, hacemos referencia a las limitaciones por varios motivos, uno de ellos es que, en relación a la accesibilidad de las personas, el programa no contempla, o mejor dicho, da el supuesto de que las personas tienen resuelto todos los criterios prescritos por el PROFE, el ejemplo de afiliación del proceso de prácticas pone de manifiesto esto que acabamos de mencionar, para ser mas precisos, la personas a la que se afilio, en un primer momento, como condición o requisito excluyente, se pidió historia clínica autorizada, documentación, certificado de discapacidad, entre otras tantas cosas. Al respecto, el propósito se vio impedido por el hecho de que a quien se quiso afiliar no tenía el documento de identidad; siendo así, desde el Servicio Social del Hospital. M. V: Larrain, se lo acompañó a hacer la documentación. Respecto a la otra documentación a presentar, la historia clínica y certificado de discapacidad, resulto tedioso lograr que los especialistas intervinientes logren hacer resúmenes de la situación del “paciente”. Vemos que estos son todas condiciones a raíz de las cuales muchas personas optan por desistir a la afiliación, e igualmente, una vez afiliados, muchos optan por no dar prioridad a las prestaciones del programa producto de la irregularidad y escasas prestaciones que el mismo pone a disposición. Otras personas, en cambio, acceden y no permanecen como afiliados activos producto de la imparcialidad de la prestaciones, sumado los tiempos institucionales que exceden, en determinado momento, a los afiliados, es decir, a los tiempo burocráticos para documentar los avales de afiliación y uso de prestaciones. Por otro lado, podemos encontrar otro tipo de limitaciones, o barreras –en palabras de Yamila Comes y otros en “*el concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre la población y servicios*”-Antes de avanzar, quisiéramos retomar el concepto de accesibilidad, es decir, que se está entendiendo al hablar de dicho concepto. Los autores

de dicho trabajo adhieren a la definición que da Comes y otros en su trabajo de investigación. La accesibilidad se considera debe ser pensada en términos relacionales, donde los sujetos son constructores de la accesibilidad, donde no es la mejor opción pensarla producto del déficit de servicios a la población debido a que deja de lado que la población también es constructora de los servicios. Es por ello que los autores proponen pensar la accesibilidad a partir de los encuentros/desencuentros que se dan entre la población y los servicios de salud, donde este último, al pensar en mejorar y fortalecer el acceso debe considerar e incluir, ineludiblemente, a las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia que se lleve a cabo. Al respecto, los autores concluyen afirmando que “(...)este equipo de investigación define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”(Comes, Yamila y otros; 202:2006). Respecto a las prácticas de vida, consideramos que, en este caso, el programa debiera contemplar al menos dos de las barreras que habla Comes, Yamila. Una de ellas es la barrera geográfica y la otra es la barrera administrativa, también podríamos pensar en la barrera cultural y/o simbólica. La geográfica entendida como la imposibilidad de la población, en este caso, el “paciente” internado en el hospital debiendo trasladarse al centro de la ciudad de La Plata –con las dificultades y agravantes antes mencionados respecto a la posibilidad de traslado- para realizar trámites de afiliación; respecto a la administrativa, respecto a las dificultades que impone la organización misma que presta los servicios, en este caso, la central del PROFE se encuentra ubicado en el Hospital Gutiérrez –Ciudad de La Plata, Provincia de Bs As-. Para ser atendido, sea por afiliación o regularización para uso de prestación, ej: autorización para medicamentos, etc. Las personas deben quedar incluidas en el cupo o límite de personas a ser atendidas, es decir, opera una lógica de atención por orden de llegada, coordinado por un sistema de número que se reparten en el momento que comienza la atención al público. Esto conlleva una gran restricción porque personas que no pueden llegar a primera hora, sea por dificultades para transportarse, de trabajo, por responsabilidad familiar, etc, quedan sin lograr resolver y revertir su situación. La barrera cultural o simbólica es otra de los aspectos que debieran contemplar los servicios de salud. En nuestra experiencia sucedió que los trabajadores del PROFE no lograban referenciarlos debidamente, es decir, escasa certeza y conocimiento de la documentación a presentar, no manejando los mismos criterios de trabajo, una vez reunida la documentación requerida, la presentábamos y nos decían que parte de ésta no era pertinente y que nos faltaban, por

ejemplo, avales de otros profesionales –Aclaración: fuimos atendidos por distintas personas las cuatro veces que concurrimos-. Además, la relación entre éstos y la población opera en un plano de asimetrías, dado que no toda la población que asiste maneja los mismos códigos ni tiene aprehendida la misma dinámica institucional, la más de las veces, la población es atendida de una forma más que expeditiva sin considerar que las personas hayan comprendido lo explicado y esto conlleva a que las personas no comprendan con claridad los trámites a realizar y a consecuencia, terminan volviendo al mismo lugar en busca de una firma que antes no hicieron, perdiendo el doble de su tiempo, etc. Esto genera un gran desgaste anímico, particularmente, a la población que le es imprescindible de las prestaciones del programa.

EL TRABAJO SOCIAL

Respecto al Trabajo Social, en el marco del Servicio Social del Hospital. M.V. Larrain, podemos entender que la profesión, más allá de sus condicionantes, pudo darse a una intervención donde se contempló y priorizó un abordaje estratégico con el fin de incidir y revertir aspectos desfavorable en la vida del “paciente” internado en el hospital donde realizamos nuestras prácticas de formación profesional. Logramos tomar postura respecto a tal situación, acompañarnos de los conocimientos teóricos incorporados a lo largo de la carrera. A nuestro modo de ver, logramos aproximarnos a nuestros propósitos –reivindicar la vulneración de derechos- no quedando inmóviles por los condicionantes del programa, del hospital, de las políticas sociales en salud, etc.

Algo a considerar, fue el modo en que la profesión, en el ejercicio cotidiano, queda absorbida por una dimensión instrumental y operativa, donde –producto de la demanda inversamente proporcional a la capacidad de la oferta de servicios disponibles por las instituciones para resolverlas- el grado de análisis y reflexión respecto al modo de intervención va quedando relegado, queda cada vez menos tiempo para rever, repensar y cuestionar aquello que se hace en el día a día. O también, poder pensar a la profesión como un proyecto profesional a la luz de procesos macroscópicos como lo son las tendencias o proyectos que comandan la sociedad actual.

CONCLUSION

A partir del trabajo desarrollado, consideramos que el Estado debe generar políticas para la prevención y promoción de la salud, ya que entendemos que ésta es un proceso colectivo y que no implica únicamente la ausencia de enfermedad. En relación a esto creemos que el Programa Federal de Salud aborda a la enfermedad más que a la salud, ya que las prestaciones se encuentran dirigidas a disminuir los padecimientos de los sujetos, sin tener en cuenta otros factores que influyen en sus alteraciones.

Por otro lado, la afiliación al PROFE también presenta dificultades debido a que los requisitos para que se efectúe son complejos y demandan mucho tiempo. El problema de esto es que no se toma en cuenta la urgencia de las personas para resolver los aspectos ligados a la salud, no sólo por una patología sino también teniendo en cuenta los factores emocionales y psicológicos que esto implica.

A lo largo del trabajo se evidencia, también, la importancia de tener en cuenta los múltiples determinantes de la salud, ya que si bien el “paciente” tenía el alta medica seguía internado en el hospital por no poseer el alta social. Entendemos que el hecho de no poseer una vivienda digna también hace a la salud del sujeto, siendo este un derecho necesario para su vida diaria.

En lo que respecta al Trabajo Social, visualizamos la existencia de ciertas dificultades que se presentan a la hora de gestionar la afiliación de los sujetos. En otras palabras, el profesional debe sortear ciertos obstáculos, como la documentación requerida, y los tiempos que maneja el PROFE muchas veces no coinciden con los de la intervención profesional, no tomándose en cuenta la urgencia de la situación. Es por esto que consideramos necesaria la articulación entre los programas de salud y las áreas de Servicio Social de los hospitales, siendo esta primordial para intervenir integralmente en las problemáticas de los “pacientes” y mejorar sus condiciones de vida.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Alames y Plataforma Iberoamericana de derechos humanos: *“Derecho a la salud: situación en países de América Latina”*. 2005
- ❖ Comes, Yamila y otros: *“El concepto de la accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”*. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen xiv / Año 2006. De la página 201 a la 209.
- ❖ Comes, Yamila: *“Políticas en Salud en la Argentina: después de la reforma ¿hemos cambiado el rumbo?”* Doc. Laboris de la Investigación UBACyT P077, Buenos Aires. 2005.
- ❖ Czeresnia, Diana. "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción" En: "Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias". Czeresnia D y Machado de Freitas C. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2006
- ❖ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- ❖ Joan Benach y Carles Muntaner: *“La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis sociológica del capitalismo”* En: *Ecología Política*: N°. 37, Junio de 2009, Barcelona.