



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA
Y RELACIONES INTERNACIONALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Las intervenciones del Trabajo Social en la Sala de Diálisis del Hospital Provincial del Centenario

Trabajo Integrador Final
Modalidad: Práctica Disciplinar

Directora: Bovino, Betina

Estudiantes:
Sambrano, Maria Lila - S-1614/4
Valli, Mariana - V-0862/1

Rosario, Noviembre 2023

INTRODUCCIÓN	3
DISEÑO METODOLÓGICO	7
CAPITULO I	
<i>¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud?</i>	10
<i>De lo conceptual a la política: Salud en la provincia de Santa Fe. El Sistema Público de salud provincial</i>	12
<i>La construcción del sistema de salud en la Provincia de Santa Fe</i>	13
<i>Atención Primaria de la Salud</i>	18
CAPITULO II	
<i>La institución como espacio de materialización de conceptos y políticas: El Hospital Provincial del Centenario</i>	20
<i>Historia del HPC</i>	20
<i>El Hospital hoy</i>	22
CAPITULO III	
<i>Adentrándonos al espacio que nos alojó: La Sala de Diálisis del HPC</i>	24
<i>¿Qué son las enfermedades crónicas?</i>	25
<i>(Con)Viviendo con la enfermedad, ¿qué ves cuándo me ves? ¿qué veo cuando me veo?</i>	27
<i>Nuestro recorrido dentro de la Sala</i>	30
<i>De un tiempo a esta parte: La Sala de diálisis hoy</i>	34

CAPITULO IV	36
<i>Trabajo Social en el campo de la salud</i>	36
<i>Haciendo un poco de historia: el surgimiento del Trabajo Social como profesión</i>	36
<i>El Trabajo social en la división socio-técnica del trabajo</i>	37
<i>Del Trabajo social y sus formas de intervención profesional</i>	38
<i>Tejiendo Alianzas: Trabajo Social e Interdisciplina</i>	40
<i>El Trabajo Social como profesión, y la salud como campo de intervención</i>	44
<i>Cuidado Integral: El Papel Esencial del Trabajo Social en el Entorno Hospitalario</i>	45
<i>Trabajo Social en el HPC</i>	47
<i>El Trabajo Social en la Sala de Diálisis del HPC</i>	48
PROPUESTA DE INTERVENCION	50
REFLEXIONES ¿FINALES?	58
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS	68

INTRODUCCIÓN.

El presente escrito tiene como objetivo recuperar nuestro proceso de prácticas pre-profesionales, a partir de una mirada crítico-reflexiva y del recorrido teórico-conceptual adquirido durante la formación académica. De esta manera, nuestra producción estará estructurada a partir de los lineamientos propuestos por la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales en su Resolución CD N° 2890/18, donde se presentan tres diferentes modalidades a implementar en el Trabajo Integrador Final (TIF): Investigación, Producción y Práctica Disciplinar. A los objetivos del presente trabajo, tomaremos esta última, la cual: *“Consiste en un informe que se ocupa del diagnóstico de una situación y del diseño y elaboración de una estrategia de acción, programa, proyecto o dispositivo de intervención en un ámbito institucional concreto. El objetivo de esta modalidad es analizar críticamente, tanto teórica como técnicamente, la experiencia de la práctica o intervención a los efectos de contribuir a la generación de conocimientos disciplinares.”*

Las prácticas pre-profesionales se presentan como aquellos espacios donde se fusiona la teórica y la práctica; donde desde el territorio surge el contacto con la realidad, que se presenta como compleja y en constante transformación, y a la cual interpretamos y analizamos desde lecturas y conceptos teóricos adquiridos. Son parte fundamental de nuestro proceso de formación, no sólo como materialización de la praxis, sino también como facilitadoras del surgimiento de interrogantes que abren paso a reflexiones y nuevos conocimientos.

Durante el año 2014, desarrollamos las prácticas en un efector público de salud, el Hospital Provincial del Centenario, ubicado en la ciudad de Rosario, en calle Urquiza 3100. Es una institución que depende administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, y se conforma como un Hospital de autogestión de tercer nivel de atención (Hospital de Alta Complejidad), lo cual le permite cierta independencia administrativa y financiera, adaptándose a las políticas de salud que promueva el Ministerio Provincial.

Nuestro recorrido en el Hospital tuvo lugar dentro de la Sala de Diálisis, donde nos insertamos a partir de una propuesta de trabajo impulsada por el equipo de Trabajadoras Sociales del Hospital. El objetivo fue tomar conocimiento de las diversas situaciones que atraviesan las personas que realizan tratamiento por diálisis, haciendo énfasis en detectar

aquellas que no tuvieran acceso a una Pensión No Contributiva¹, para poder asesorarlas en el trámite que requiere su solicitud. Cabe destacar que, en ese momento, la Sala de Diálisis era un espacio donde no se encontraba inserto físicamente el Trabajo Social: las demandas llegaban al equipo mediante interconsulta o demanda espontánea.

La diálisis es un tratamiento que realizan aquellas personas diagnosticadas con insuficiencia renal crónica, lo cual requiere que estén conectadas a una máquina tres veces por semana, durante cuatro horas diarias. Al ingresar a la Sala, pudimos reconocer su funcionamiento, los/las actores que participan, y la dinámica diaria que presenta. Dentro de ella, intervienen diversas profesiones: médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, enfermeros especializados en el tratamiento de diálisis, y trabajadores sociales. Cada uno de ellos trabaja desde su especificidad las situaciones que se presentan; y si surge alguna cuestión que está por fuera de ello, se deriva al profesional que crean correspondiente.

Durante este recorrido, logramos tener conocimiento y acercarnos a la realidad de las personas que atraviesan una enfermedad crónica, lo cual impacta en ellas de diversas maneras, modificando no sólo sus estilos de vida, sino a su vez los de su entorno familiar.

Dada la complejidad que presentan estas situaciones, sostenemos que es fundamental pensar en nuevas formas de abordar lo social, donde el enfoque de Salud Integral sea el marco regulador para que las intervenciones se den de manera articulada y en red, en busca de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de los usuarios del efector de salud.

En el presente trabajo, a los fines de compartir y reflexionar sobre la experiencia dentro de la Sala de Diálisis, daremos cuenta del recorrido antes mencionado durante nuestro proceso de prácticas; pero también llevaremos adelante un trabajo de campo actual, buscando dilucidar si ocurrieron cambios en las dinámicas de trabajo de los profesionales. A partir del recorrido en el campo tanto desde la esfera teórica como desde la práctica, desde la reflexión y problematización, presentaremos una propuesta de trabajo que conjugue aquellos aspectos que entendemos sustanciales en el trabajo de las situaciones que surgen con los usuarios: salud integral, interdisciplina y enfoque de derechos.

El TIF se estructurará sobre determinados capítulos que, siguiendo una línea integradora, le darán un eje estructural al trabajo. Comenzaremos desde lo que consideramos lo más macro

¹ Prestación brindada por el Estado, que no requiere de aportes para su otorgamiento.

del campo de la Salud: sus diferentes concepciones teóricas y transformaciones a lo largo de los años, para adentrarnos en el Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe. Allí daremos cuenta de los procesos de conformación de este, las corrientes que se han tomado para sustentar y estructurar el modelo y los actores intervinientes. Luego, y ya arribando a lo micro del campo de la Salud, pasaremos a situar dentro de ese Sistema al Hospital Provincial del Centenario, dando cuenta de su historia, su funcionamiento y los actores que participan (tanto profesionales como población que asiste). Dentro de la institución ubicaremos, como espacio central donde se desarrollará el presente trabajo, a la Sala de Diálisis, donde daremos cuenta de cómo se estructura: actores que entran en juego y su operatoria. En este punto, nos detendremos para desarrollar un aspecto fundamental para el proceso de análisis: la diálisis como enfermedad crónica. Abordaremos su significado, las formas en las que puede darse el tratamiento, y las transformaciones que van surgiendo en la vida de las personas que dializan, no sólo a nivel biológico, sino también en aquellos aspectos relacionados con lo subjetivo, lo psíquico, lo social. Terminaremos este apartado desarrollando nuestro recorrido como estudiantes al interior de la Sala de Diálisis, indicando cómo fue nuestro acercamiento, y dando cuenta del panorama con el que nos encontramos; finalizando con un paralelismo con el momento presente: cómo vemos a la Sala hoy, qué cambios se han presentado (o no).

Posterior al recorrido teórico, y desarrollo de nuestro proceso de prácticas, será el momento de situar al Trabajo Social dentro del campo de la salud, y específicamente al interior del ámbito hospitalario. Comenzaremos haciendo un poco de historia: presentando sus orígenes, y el modo en que fue conformándose en una profesión que interviene sobre la cuestión social. Allí, y para acercarnos a los aspectos que funcionarán como argumentos del análisis, ubicaremos a la interdisciplina como una de las herramientas útiles y necesarias para intervenir, dada la complejidad que presentan las situaciones sociales.

Continuaremos el recorrido ubicando al Trabajo Social en el campo de la Salud primero, y en el ámbito Hospitalario después. De esta manera, iremos adentrándonos al análisis de la profesión ya dentro del Hospital Provincial del Centenario, y más precisamente en la Sala de Diálisis del mismo.

La presentación y desarrollo de lineamientos teóricos, el acercamiento al campo de la Salud, y la recuperación, desde una lectura crítico-reflexiva, de nuestro proceso de prácticas, se convertirán en los insumos argumentativos que tomaremos para presentar una Propuesta de

Trabajo dirigida a los profesionales que intervienen en la Sala de Diálisis del Hospital Provincial del Centenario, donde se busque romper con la fragmentación y desarticulación presente, dando paso a un trabajo interdisciplinario, donde se construyan estrategias conjuntas de intervención.

Al final del trabajo, como resultado del proceso recorrido, buscaremos arribar a reflexiones que funcionen como nuevos interrogantes de los caminos a recorrer en el abordaje profesional.

DISEÑO METODOLÓGICO.

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) se sitúa dentro de la modalidad de Práctica Disciplinar, conformándose como un proceso de sistematización de las prácticas, a partir del cual se buscará reflexionar sobre la propia experiencia -enmarcada en un contexto y tiempo determinado-, atravesando interrogantes y buscando arribar a nuevas reflexiones. La sistematización de la práctica *“permite una interpretación crítica del proceso vivido en la Práctica de formación académica supervisada, efectuada en un contexto institucional en un periodo determinado”* (MESCHINI; 2018, 62).

Tomando la práctica como objeto, y a los registros, observaciones y producciones propias como insumos, intentaremos reconstruir el proceso vivenciado en nuestra formación, y tornarlo en objeto de transformación, a través de la recuperación de la propia experiencia y del bagaje teórico del campo en cuestión. Es un volver al pasado, buscando reconstruir e interpretarlo, pero ahora desde un lugar diferente; lo que nos permite aprender de las experiencias, producir nuevos conocimientos y aportar a su transformación.

En virtud de ello, el presente trabajo se configura siguiendo una metodología de carácter cualitativo, debido a que, según Sautu (2007), las metodologías cualitativas son apropiadas cuando se quiere investigar la construcción social de significados, la perspectiva de los actores sociales, los condicionamientos de la vida cotidiana, o brindar una explicación detallada de la realidad. Uno de los rasgos comunes que caracterizan a este tipo de metodologías es el hecho de que *“los agentes sociales ocupan el lugar central del escenario de la investigación: sus percepciones, ideas, emociones e interpretaciones, constituyen la investigación misma, estén estos plasmados en un texto ya existente, en una fotografía o en los relatos de una entrevista abierta.”* (SAUTU; 2003, 71).

Con el propósito de alcanzar los objetivos planteados, se utilizarán fuentes de información secundaria y primaria. Entre las primeras, recurriremos a la recopilación y análisis bibliográfico de escritos y artículos específicos sobre Salud, Diálisis, y Trabajo Social; lo cual será de gran utilidad al momento de realizar el encuadre teórico y conceptual del presente trabajo. Como complemento a ello, recuperaremos el recorrido y las producciones propias

realizadas en el curso de la formación, a través de un proceso de sistematización que los integre.

Como complemento, realizaremos una serie de entrevistas a distintos profesionales que desarrollan su labor dentro de la Sala de Diálisis: Trabajadora Social, Psicóloga, Médica y Técnica-Enfermera, lo que dejará ver cómo se conciben e intervienen las situaciones, desde las perspectivas de estos profesionales que provienen de distintas áreas: social, salud mental y biomédica, respectivamente. Utilizaremos como herramienta, entrevistas semi estructuradas, orientadas a obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de los informantes en relación con la situación que se está estudiando. En las mismas, se realizan preguntas abiertas, dando la oportunidad de recibir más matices sobre la respuesta, lo cual permite a su vez ir entrelazando temas.

Situación Problemática.

El transcurso por el Hospital Provincial del Centenario como centro de práctica, y el acompañamiento a las Trabajadoras Sociales, nos permitió tener una mirada global del funcionamiento de la institución; observando a través de las diversas intervenciones que se llevan a cabo en el campo de la salud pública, la materialización de las políticas, programas y proyectos que se promueven desde el Estado en busca de garantizar a la población un acceso universal, equitativo y gratuito del derecho a la salud.

Como hemos mencionado, es a partir de una propuesta por parte del equipo de Trabajadoras Sociales que nos insertamos en la Sala de Diálisis, dado que era un espacio donde no se hallaba físicamente la profesión, y las demandas llegaban al equipo mediante interconsulta o demanda espontánea. En el transcurrir por la Sala, nos encontramos con diversas situaciones que requerían del Trabajo Social, dado que padecer una enfermedad crónica trae consecuencias y además modifica la cotidianeidad de las personas, lo que implica pensar en nuevas formas de abordar lo social, dada la complejidad que presentan las situaciones. Se hace necesario que las intervenciones se enmarquen en una mirada integral de la salud, se den de manera interdisciplinaria y en red.

En este sentido, reconocemos como situación problemática la fragmentación presente en las intervenciones profesionales con las personas que llevan adelante su tratamiento de Diálisis

en el HPC, donde cada profesional interviene de manera aislada, no existiendo un trabajo conjunto que busque mejorar la calidad de vida y garantizar el pleno ejercicio de los derechos a los usuarios del efector de salud.

Objetivo General.

Analizar el espacio del Trabajo Social, y sus intervenciones dentro de la Sala de Diálisis del Hospital Provincial del Centenario, durante el año 2022.

Objetivos Específicos.

- Describir el contexto institucional y conceptual que atraviesa el campo Salud.
- Identificar los actores que intervienen dentro de la Sala de Diálisis.

A partir de todo ello, se buscará presentar una Propuesta de Trabajo dirigida a los profesionales intervinientes en la Sala de Diálisis del HPC, que promueva la conformación de equipos interdisciplinarios que aborden en conjunto las diversas situaciones que allí se presentan.

CAPÍTULO I

¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud?

Se podría pensar que el concepto de salud está naturalizado y aprehendido por todos y todas. Sin embargo, su significado ha ido variando de acuerdo con los distintos contextos sociohistóricos.

En un primer momento, encontramos a la salud asociada a la ausencia de enfermedad, donde la población era considerada un objeto a ser intervenido por parte de la medicina con el objetivo de ser curado. Con el auge de la ciencia en la Edad Moderna, y el surgimiento de la teoría microbiana, se plantea que la enfermedad estaba determinada por la acción de un agente externo de tipo biológico, lo cual le atribuye un sentido "unicausal" a la enfermedad y la limita a un plano individual. *"Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad."* (VERGARA QUINTERO; 2007:44). Esta perspectiva biologicista de la salud se vincula con el positivismo en cuanto fundamenta que la existencia de la enfermedad está dada en la medida en que pueda ser observada, verificable y fáctica.

Es en este contexto donde toma relevancia el Modelo Médico Hegemónico, al cual Menéndez entiende como:

"el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado." (MENÉNDEZ, 1988:1)

En este modelo, el médico se conforma como el profesional de la salud portador del conocimiento válido para la cura de la enfermedad, lo cual le otorga un espacio de poder, subordinando al paciente a un rol pasivo. La salud y la enfermedad no son consideradas

hechos sociales, sino que se reducen al plano de lo biológico, fomentando su separación e invalidando la integración de distintas disciplinas en la explicación de la salud-enfermedad.

Este modelo comienza a perder credibilidad, en la década del 70, a partir de que la dimensión social y política de los fenómenos que afectan a la salud de la población, cobran relevancia. Se produce un corrimiento de la mirada biologicista de la salud, hacia una concepción ligada a las condiciones que rodean la vida humana, donde los factores sociales influyen en el proceso salud-enfermedad. Es aquí donde entran en juego los determinantes sociales de salud, como propuesta de ruptura con el paradigma dominante del modelo biomédico.

"Bajo el influjo social de los 70 se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocaran en la relación entre el orden social capitalista y la salud, escenario en que nos fue posible proponer de manera directa y pormenorizada el uso de la noción de determinación social de la salud en la epidemiología. Categoría que desarrolla una crítica al paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir." (BREILH; 2013:14)

A partir de estos cuestionamientos, en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo gubernamental reconocido internacionalmente, define a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Este hecho significó un avance, al incorporar las dimensiones psicológicas y sociales en la comprensión de la salud, y no ya sólo los aspectos físicos; generando el pasaje de una visión unicausal a una multicausal de la salud.

Sin embargo, la definición propuesta por la OMS no ha estado exenta de críticas. Quienes plantean su desacuerdo argumentan que la misma se reduce a aspectos globales que no se corresponden con la realidad de cada territorio, siendo que no todos viven en un completo estado de bienestar siempre. Por lo tanto, es una concepción de salud que resulta utópica y funcionalista. Siguiendo esta línea, autores como el Dr. Floreal Ferrara sostienen que la concepción de la OMS es simple y estática, planteando, por el contrario, que la salud se relaciona con el continuo accionar de la sociedad, concibiéndola como un proceso dinámico.

En sus aportes, nos dice que la salud es la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida, transformando aquello que resulte necesario, y permitiendo crear las condiciones óptimas para vivir.

Al considerar a la salud como proceso, entra en juego su carácter histórico-social, despojándose del individualismo al que la había recluso el paradigma biomédico. *"...la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual."* (BREILH; 2013:20)

A partir de este recorrido teórico en relación con la salud, podemos concluir que se trata de un concepto dinámico e histórico, que ha ido variando de acuerdo con los diferentes contextos sociales. Dada la complejidad y diversidad de las realidades en las cuales nos movilizamos como sujetos sociales, sostenemos que no es viable reducir la salud a la existencia o ausencia de la enfermedad, como un estado determinado e individual. En este punto, nos parece oportuno aclarar que en el presente trabajo adherimos a aquellas líneas de pensamiento que consideran a la salud desde una mirada social, integrando las diferentes dimensiones que nos constituyen como sujetos (psicológicas, sociales, económicas, políticas, culturales); entendiendo a la salud como un proceso del cual formamos parte, en constante variación, interactuando con nuestro entorno y estilo de vida.

De lo conceptual a la política: Salud en la provincia de Santa Fe

El sistema público de salud provincial.

Un sistema de salud compromete el total de las organizaciones, instituciones y recursos cuyas actuaciones tienen como propósito realizar acciones de salud y garantizar el Derecho a la Salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *"El sistema de salud incluye distintos componentes interrelacionados: del medio ambiente, de actividades educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros aspectos relacionados"*.

En el país, y también en la provincia, dentro del sistema de salud se distinguen tres sectores: Sector público; Sector privado y de Obras Sociales. Cada sector posee una autonomía relativa respecto de los otros. Estas diferencias se basan en la estructura de la red de servicios que administra, sus fuentes de financiamiento, en el modelo de atención y en el modelo político de gestión.

El sistema público provincial de salud es administrado por el Ministerio de Salud de la provincia y está integrado por una red de servicios y establecimientos conformada por: centros de salud, hospitales y organizaciones de apoyo como pueden ser las redes de emergencias, laboratorios centrales, etc., de planificación, de ejecución de políticas de salud y de regulación, incluso de los servicios que ofrecen los otros dos sectores.

En cuanto a su financiamiento, la principal fuente se encuentra en el presupuesto estatal, proviniendo los recursos de los impuestos que los santafesinos abonan al Estado provincial. El Ministerio es quien define en qué y cómo se orientan estos recursos. Este es uno de los rasgos característicos y diferenciales respecto de los otros sectores: el sector privado se financia con el pago directo de las personas y la venta de servicios al sector de obras sociales, mientras que el de obras sociales se financia con el aporte obligatorio de trabajadores y empleadores. Sin embargo, ello no quiere decir que el sector público provincial no atienda a personas que poseen cobertura de obra social.

La construcción del sistema de salud en la Provincia de Santa Fe.

La provincia de Santa Fe logró la concreción de un sistema único de gerenciamiento público que establece mecanismos de coordinación con los distintos subsectores y que garantiza la participación ciudadana en todos los niveles. Se trabaja sobre dos aspectos: el modelo de atención y el modelo de gestión.

El primero de ellos logra reconocer como problema del sistema de servicios a la distribución asimétrica de necesidades y recursos. En tanto estrategia para atender los problemas de salud-enfermedad de la población, el sector público provincial se orienta siguiendo los principios y valores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia fue definida por la OMS como:

"...la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad." (OMS; 1978)

En lo relativo al modelo político de gestión, el Ministerio propone un modelo democrático, con la participación de los trabajadores y los ciudadanos; en contraste con otras propuestas que sostienen modelos de gestión más normativa, en el que sólo deciden funcionarios y técnicos. Se conforma como el instrumento que da lugar al nuevo ordenamiento de la organización en pos de la construcción de un sistema único de salud para todos. Básicamente, la idea es fomentar un sentido compartido por los gobernantes, los trabajadores y los usuarios del sistema, cargado de valores como la democracia, la participación, el compromiso, la autonomía y la responsabilidad. Se busca lograr debatir sobre la reorganización de toda la red con los objetivos de descentralizar, desburocratizar y lo más importante, democratizar mediante la participación de los trabajadores, los usuarios y las organizaciones de la esfera política y social.

El derecho a la salud como Derecho Humano y Universal y la asunción de responsabilidades constitucionales por parte del Estado provincial para garantizar su ejercicio dieron origen a una construcción en proceso que permanentemente confronta con la realidad, con lo instituido. Se retroalimentó la opinión de la ciudadanía, recibió el aporte continuo de los trabajadores de salud y se abrió al diálogo con diversos actores sociales que representan intereses dentro del campo.

De esta manera, el Estado provincial se definió como el regulador, coordinador y garante del funcionamiento equitativo del sistema de salud para que los servicios llegaran a todos los ciudadanos, atendiendo la diversidad de condiciones en que habitan. Los servicios de salud deben velar por la atención de salud oportuna y de buena calidad, lo cual incluye el desarrollo

de nuevas capacidades de coordinación entre los niveles de distinta complejidad y entre los prestadores municipales, provinciales y privados.

Los lineamientos o directrices que orientaron la construcción del nuevo modelo aspiraban a propiciar diferentes focos de transformación para la concreción de un sistema de salud provincial diferente. Para ello se invitó a los trabajadores y a la población al diálogo, con unidad de objetivos en el Derecho a la Salud y los principios que lo orientan, sin dejar de reconocer la diversidad entre las regiones, las organizaciones, los sujetos que las componen, sus capacidades y sus intereses.

Se trabajó bajo el concepto de Salud como derecho humano básico e inalienable y considerando a los bienes y servicios del sistema de salud como bienes sociales, que deben llegar a todos los santafesinos por igual. Se pretendió instalar criterios sanitarios y modalidades de gestión como políticas de Estado para sentar las bases de un nuevo contrato social que efectivizara la Salud como Derecho, dejando atrás el período en el que era concebida como una mercancía a la que algunos podían acceder y otros no.

El sistema de salud en la provincia de Santa Fe no existía como tal y se apunta a un momento fundacional. La inversión en salud, modernización de infraestructura y capacitación del personal fueron haciendo marco a una construcción con la perspectiva de atención primaria como organizadora de un sistema de salud en redes, con trabajo en equipo, con abordajes interdisciplinarios y amplios.

Es por el año 2007 que se inicia un proceso de reforma y modernización del Estado basado en la regionalización, la descentralización y la planificación estratégica participativa, cuyos ejes constituyeron la respuesta al desafío de una construcción de una sociedad más inclusiva e integrada. Un sistema integrado de salud es aquel que identifica a un responsable único, o al menos principal, para los cuidados de salud del ciudadano. Mientras haya personas que recurren a un servicio (o a un financiador) para algunas prestaciones y a uno diferente para otras, no hay integración. Y la falta de integración de los cuidados influye sobre la eficacia del sistema.

Es en este marco que se presenta el Plan Estratégico Provincial que busca un proyecto de desarrollo para los territorios que aún no lo poseen; el apoyo a las iniciativas de desarrollo

local; las políticas sociales y las inversiones en infraestructura social que corrijan las desigualdades; el mejoramiento de indicadores promedio de educación, salud, clima social, justicia, seguridad y transparencia en la gestión; la potenciación de las ventajas santafesinas para la localización de capitales y la prevención y solución de conflictos entre actores provinciales. El plan se basa en las siguientes líneas estratégicas: territorio integrado, calidad social y economía del desarrollo.

En este contexto, la provincia está dividida en cinco regiones que comparten rasgos geográficos, culturales, sociales e históricos. El principal objetivo de la regionalización tiene que ver con facilitar el proceso de descentralización del Estado santafesino, lo que no es otra cosa que transferir poder de un lugar más cercano a donde las personas habitan, en el que los funcionarios y trabajadores se relacionan de manera directa con los ciudadanos. La propuesta de regionalización provincial se presenta como una estrategia para integrar territorios antes desconectados y fragmentados, potenciando sus particularidades, y para acercar el Estado a los ciudadanos y a los diversos actores locales. La regionalización concibe el territorio como una gran red, que entrecruza actores locales diversos; actividades sociales, económicas y políticas; patrimonio natural y cultural que es necesario articular y gestionar en la proximidad. Y a las regiones, como espacios simbólicos y estructuras flexibles, que reconstituyen itinerarios, vínculos, caminos, historias y valores de los actores, donde el territorio y la cultura aportan el anclaje necesario para su localización.

En cada Región se ubican las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud y su oficina regional, a la que se suele llamar Nodos de Salud. Cada región cuenta también con al menos un establecimiento de salud de alta complejidad técnica. El Nodo de Salud es un actor vital en el proceso de descentralización, mediando entre las necesidades de salida de un territorio dado y los recursos del Estado para atenderlas (Nodo Reconquista, Rafaela, Rosario y Venado Tuerto).

La red pública de salud está conformada por:

- Establecimientos asistenciales con internación: hablamos de hospitales de complejidad técnica alta o tercer nivel de atención (13 establecimientos) y hospitales de

complejidad intermedia o segundo nivel de atención (aproximadamente 129 establecimientos en toda la provincia)

- Establecimientos asistenciales sin internación o centros de salud del primer nivel de atención (450 aproximadamente)
- Servicios de soporte: a) Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias 107 (SIES 107) para traslado y atención de urgencia-emergencia; b) Red Provincial de Laboratorios, constituida por servicios de distinta complejidad y especificidad (bioquímica, anatomía patológica, hemoterapia, inmunología, genética, microbiología, etc.); c) Red de Rehabilitación; d) Red de Medicamentos para apoyo al proceso de atención (farmacias hospitalarias, bocas de dispensa en centros de salud, depósitos regionales y los laboratorios públicos productores de fármacos (Laboratorio Industrial Farmacéutico -LIF-) y Comisión Provincial de Medicamentos.

Los efectores (Hospitales, SAMCOs y Centros de Salud) que componen la red mencionada anteriormente, son de gestión provincial y municipal, y trabajan articuladamente con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

Están divididos en distintos niveles de complejidad necesarios para el cuidado de la población:

- 1er Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- 2do Nivel: Hospitales y SAMCOs de baja y mediana complejidad.
- 3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

Dentro de este sistema, la provincia de Santa Fe cuenta con la siguiente normativa: la Ley N.º 10608 de 1991, la cual otorga al Poder Ejecutivo de la Provincia a organizar a los establecimientos asistenciales con internación dependientes del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, a efectos de constituirlos en personas jurídicas públicas estatales, con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera. El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia, establecerá la política de salud a la que deberán ajustarse dichos establecimientos para el cumplimiento de sus fines de

prevención, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación, y garantizará la eficaz prestación de atención médico asistencial gratuita a las personas imposibilitadas de acceder a alguno de los sistemas de protección integral para la salud, en virtud de sus escasos recursos.

Atención Primaria de la Salud.

Rescataremos en este punto algunas cuestiones con respecto a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la cual fue mencionada en párrafos anteriores de manera superficial.

Nos referimos a la estrategia de APS ya que la misma no es exclusiva de un centro de salud de primer nivel de atención, ni de un número determinado de enfermedades, sino que pone el acento en el ciudadano y la población a fin de garantizar el Derecho a la Salud. En este sentido, la estrategia sostiene a toda la red de servicios y establecimientos de salud.

Los principales valores que caracterizan la estrategia de APS son:

- **Universalidad:** refiere a que toda persona tiene derecho a la salud más allá de los medios económicos con los que cuente;
- **Equidad:** este punto plantea la equidad en tanto respuesta justa y acorde a la necesidad de cada persona, no como sinónimo de igualdad sino de justicia;
- **Integralidad:** trata de la resolución de los problemas de salud, considerando la atención, la prevención o la rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad en el tipo de cuidado, y contemplando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de bienestar;
- **Accesibilidad:** nos habla de la posibilidad de llegar a utilizar los servicios de manera sencilla y oportuna. La accesibilidad tiene dimensiones geográficas (distancia de los servicios del lugar donde las personas viven), de transporte (caminos, transporte público), de costo (precio para pagar los servicios), culturales (costumbres, conocimiento, etc.);
- **Gratuidad:** es la inexistencia de pago directo por el uso de los servicios;

- **Calidad:** es la garantía de que la oferta de servicios sea la más adecuada para el problema de salud-enfermedad que se presenta y también que se presta de manera correcta según las normas que se definen combinando criterios científicos y posibilidades económicas en un determinado tiempo y lugar. En ese sentido, no siempre lo más moderno o lo más caro es lo más adecuado.

Por último, nos resulta importante mencionar que, con el fin de asegurar los atributos de la APS, la red de establecimientos públicos se organiza en base a tres criterios operativos:

- **Adscripción de población,** hablamos de la responsabilidad estatal del cuidado en salud de la población pensando en la necesidad del usuario;
- **Referencia/contrarreferencia,** definida como la comunicación que se debe mantener entre los establecimientos cuando se deriva al usuario de un nivel de atención a otro;
- **Cuidados progresivos,** es la organización de servicios de internación según las necesidades de atención del usuario, de forma tal que reciba servicios según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física más apropiado a su estado clínico.

Los hospitales provinciales vienen reorganizando los servicios según cuidados básicos, intermedios o intensivos, todo ello según la necesidad o riesgo de la persona.

CAPÍTULO II

La institución como espacio de materialización de conceptos y políticas: El Hospital Provincial del Centenario.

Dentro del sistema de salud pública de la provincia de Santa Fe que desarrollamos en el capítulo anterior, se encuentran diversas instituciones que conforman la red de atención, entre las que se incluyen los Hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad.

Previo a comenzar con el análisis institucional del Hospital Provincial del Centenario (de aquí en más, HPC), nos parece oportuno compartir la definición de institución que plantea Faleiros:

"Las instituciones sociales son organizaciones específicas de política social, aun cuando se presenten como organismos autónomos y estructurados en torno a normas y objetivos manifiestos. Ellas ocupan un espacio político en los nudos de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Son parte de la red, del tejido social implementado por las clases dominantes para atrapar el conjunto de la sociedad." (FALEIROS; 1986:9)

El HPC es un efector público de salud, ubicado en la ciudad de Rosario, en la calle Urquiza 3100. El mismo se presenta como un Hospital de autogestión, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, subordinado a sus políticas, pero con independencia administrativa y financiera. Esta autogestión refiere a que el hospital dispone libremente de los recursos que se obtienen por cuenta propia, proveniente de pacientes beneficiarios de diferentes obras sociales; sin embargo, su principal fuente de ingreso es el presupuesto que le confiere la provincia, para invertirlo en lo que crea conveniente. Y fue dispuesto como tal, a través del Decreto 578/93 aprobado por el gobierno de aquel entonces.

Historia del HPC.

A mediados de abril de 1910, el intendente de Rosario Dr. Isidro Quiroga reunió a un grupo de vecinos para organizar un programa de celebración del centenario de la Revolución de

Mayo. Allí pensaron en la construcción de un gran hospital con un instituto anexo de enseñanza médica, lo cual obtuvo una amplia aceptación. El Hospital del Centenario y una escuela de enseñanza médica se harían por suscripción pública; y se construirían en un terreno de 4 manzanas entregado por la Municipalidad, que comprendía las calles Urquiza al norte, Suipacha al este, Santa Fe al sur y, entonces, por la vía del ferrocarril al oeste. Su construcción se dio en varias etapas, debido a dificultades en el proceso de edificación, por divergencias con la empresa edificadora, y falta de recursos. Más de 20 años transcurrieron hasta su completa realización. En 1916 funcionaba precariamente, un servicio de niños y otro de clínica general y cirugía. Entre los años 1915 y 1919 se habilitaron salas y sótanos, que hicieron muchas veces de albergues nocturnos. Para este momento, la parte destinada a la Facultad de Medicina no se hallaba concluida; sólo fueron terminadas las obras de los nueve pabellones destinados a la asistencia de los enfermos, la capilla, la maternidad, el pabellón de practicantes, el instituto de radiología, el de fisiología, el pabellón para las hermanas, el local para la farmacia y laboratorio, el pabellón de infecciosas, subsuelos y galerías subterráneas. La prioridad de las autoridades de la Facultad fue organizar el Hospital, dotarlo de personal técnico y administrativo, darle autonomía y adecuarlo para la enseñanza. En 1922 el gobierno nacional nombra al Dr. Angel Linares como su director. A mediados de ese mismo año, se inauguraron los servicios correspondientes a: Clínicas Quirúrgicas, Patología Quirúrgica, Ginecología, Médica, y Enfermedades Nerviosas, todos a cargo de diferentes profesores de la Universidad.

El funcionamiento del hospital se fue dando con altibajos debido al insuficiente presupuesto con el que contaba para hacerle frente a la alta demanda de atención, y a la compra de insumos y materiales requeridos para dotar los equipamientos de los servicios. La marcha del hospital continuó su curso gracias a la tenacidad y el firme propósito de seguir adelante de muchos estudiantes, sumado al esfuerzo de sus integrantes. En 1980 se produce el traspaso de Nación a Provincia, proceso conocido como descentralización hospitalaria, lo cual implica la transferencia del poder político, económico y administrativo desde el gobierno central hacia los gobiernos locales.

El Hospital hoy

El HPC es un centro de asistencia tecnológicamente avanzado, es por eso su nivel de alta complejidad, considerado de tercer nivel, por el hecho de que se efectúan prácticas que requieren recursos humanos muy especializados y/o recursos tecnológicos de alto costo, como cirugías cardíacas, también cuenta con unidad de terapia intensiva, unidad de trasplantes, neonatología, unidad coronaria y diálisis, entre otros.

Dado que es un efector de alta complejidad, las consultas son variadas, así como los servicios que ofrece la institución. Es una institución de referencia para las zonas norte y noroeste de la ciudad de Rosario, y localidades vecinas del oeste del Gran Rosario. El ingreso de la población se efectiviza a través de la consulta ambulatoria o internaciones a través de la Guardia del efector.

La población adulta que consulta ambulatoriamente lo hace a través de profesionales clínicos, generalistas y especialistas de los consultorios externos. Los niños y embarazadas realizan sus consultas en el Centro Materno Infantil, donde efectúan su atención Neonatólogos, Pediatras, Ginecólogos, Obstetras y Psicólogos. Se encuentra allí el Centro de Vacunación, con el personal de enfermería y administrativos para la gestión de turnos y organización de las consultas. Dichas consultas logran efectivizarse a través de la gestión de turnos que realiza el Centro de Salud con el cual el paciente se referencia en su barrio.

A su vez existen algunas especialidades que cuentan con espacios propios de atención como el Servicio de Gastroenterología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Neurología Infantil, Centro de Atención de VIH-SIDA, y Traumatología.

Por su parte, los pacientes que requieren de cuidados progresivos, es decir que necesitan permanecer internados en el efector, son ubicados en diferentes áreas dependientes de su situación:

- Las salas 1, 2 y 3 corresponden a las internaciones de adultos que derivan los distintos especialistas, o la Guardia.
- La sala 4 corresponde al Servicio de Pediatría, donde se encuentran internados los niños/adolescentes hasta los 18 años.

- La sala 5 corresponde al Servicio de Obstetricia y Maternidad, donde se encuentran internadas mujeres que dieron a luz, y las que tienen problemas durante el embarazo.
- Servicios de Terapia Intensiva, Coronaria y Neonatología, ubicados en el ala superior del Hospital.

Para afrontar este nivel de complejidad, el Hospital ha avanzado tecnológicamente, comprometiéndose con la docencia y la investigación como instrumento para su desarrollo, es por eso por lo que funciona de manera integrada con la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Bioquímica. Esto se manifiesta en la práctica: la mayoría de los jefes de los Servicios del Hospital cumplen una doble función, la asistencia (horas dedicadas a la atención médica) y la docencia, pero a partir de lo vivenciado, podemos decir que, en las diferentes áreas del hospital, son los residentes quienes cumplen el rol asistencial.

Las acciones desarrolladas por el HPC están atravesadas, por una parte, por la Ley de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe, la cual se propone un régimen uniforme para la organización y financiamiento de la atención integral e integrada de la salud en todo el territorio provincial, a través de la creación de la Red Provincial de Servicios de Salud, entendiendo por tal al conjunto de recursos, servicios y acciones del Estado Provincial, dirigidos a garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes.

La Ley postula a la salud como un derecho humano, y como tal, una responsabilidad indelegable del Estado a asegurar su ejercicio a la ciudadanía, conformando un sistema de salud humanizado, solidario, eficiente, efectivo y eficaz. Y, por otra parte, por la Ley Nacional Nro. 26.529 de Derechos del Paciente, la cual plantea el ejercicio de una relación entre pacientes y profesionales de la salud, agentes del seguro de salud, y cualquier efector de salud, basada en el consentimiento informado, el respeto por la dignidad, intimidad, confidencialidad, y el trato digno y respetuoso.

CAPÍTULO III

Adentrándonos al espacio que nos alojó:

La Sala de Diálisis del HPC

La Sala de Diálisis se ubica dentro del Servicio de Nefrología del Hospital, cuenta con cuatro subsalas, denominadas con las letras A, B, C y D. La Sala A cuenta con 16 camas, la B con 3 camas y allí dializan las personas que padecen Hepatitis B y/o VIH, la sala C tiene 4 camas donde se encuentran las personas diagnosticadas con Hepatitis C y quienes han sido trasplantados, y, por último, la sala D cuenta con 5 camas. Asisten aproximadamente 158 personas que realizan su tratamiento en diferentes días y horarios. Se conforman tres turnos de cuatro horas diarias cada uno: los lunes, miércoles y viernes, o los martes, jueves y sábados, con los siguientes horarios: un primer turno que comprende desde las 7.30 hs. a 11.30 hs., un segundo que abarca de 12.30 hs. a 16.30 hs., y el tercer turno comienza 17.30 hs. hasta las 21.30 hs.

La Sala de Diálisis cuenta con un Jefe de Servicio, médicos especializados, técnicos, una nutricionista, psicólogas y personal administrativo. Los médicos, psicólogas, la nutricionista y el personal administrativo poseen un lugar físico dentro de la sala, mientras que los técnicos se encuentran en permanente contacto con las personas que dializan.

Actualmente el Servicio cuenta con aproximadamente 128 personas que padecen insuficiencia renal crónica, quienes dializan en la Sala del HPC, y otros son derivados al ámbito privado debido a la falta de capacidad física. En relación con la población que realiza el tratamiento, observamos que una parte proviene de localidades cercanas a Rosario, y otra es originaria de la ciudad. Son personas que debido a su enfermedad se han visto imposibilitadas de continuar trabajando, o no logran acceder al mercado ocupacional, lo que deriva en la necesidad de solicitar algún tipo de recurso económico que contribuya a solventar las necesidades básicas de su cotidiano y el de su círculo familiar.

Previo a continuar, resulta prioritario aclarar que la diálisis consiste en un tratamiento médico para aquellas personas diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica, es decir, una falla

parcial o terminal en el funcionamiento de los riñones. Existen dos tipos de tratamientos: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La primera de ellas se realiza en el hospital y consiste en la filtración de la sangre para la eliminación de los desechos a través de una máquina; requiere que las personas dialicen tres veces por semana durante cuatro horas diarias.

¿Qué son las enfermedades crónicas?

Uno de los retos a los que se enfrentan los sistemas de salud son las enfermedades crónicas. Dentro de estas se encuentra la Enfermedad Renal Crónica, caracterizada por ser una enfermedad debilitante, producida por una gradual y progresiva pérdida de la función renal, que afecta tanto a la persona como a su entorno.

Christensen-Ehlers y Kimmel (2002) manifiestan que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad que amenaza la vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas a ésta y por la probabilidad de una muerte próxima e inminente. En conjunto con estas amenazas, dicha condición hace vulnerable a la persona a diferentes fenómenos psicológicos y psiquiátricos tales como el estrés y la depresión. Todo ello debido a la disminución en la sensación de control personal, ya que estas personas ahora se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos, como depender de una máquina o la posibilidad de un trasplante para sobrevivir.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que ocurre cuando la función de los riñones se encuentra deteriorada por la reducción y pérdida del número de nefronas funcionales, como mencionamos anteriormente. Dada la disminución irreversible y progresiva de aquellas, los riñones pierden su capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensables para la sobrevivencia del organismo. Se considera la condición de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) cuando el paciente además ha perdido el 85% del funcionamiento renal, lo que en términos clínicos equivale a decir que los niveles de aclaramiento de la creatinina están por debajo de los 30 ml/mm. Si bien la expectativa de muerte debido a la falla no necesariamente es inmediata si hay tratamiento, se considera que a partir de este nivel hay una posibilidad importante de muerte en los años próximos y, por ello, el tratamiento ideal

para extender la esperanza de vida de esta persona suele ser el trasplante renal, aunque existen otros tratamientos que pueden contribuir a aumentar el tiempo de vida de la persona.

Dentro de las opciones de tratamiento encontramos el trasplante renal o la diálisis. Dadas las limitaciones de los trasplantes renales, se reconoce que la mayoría de las personas ingresa a una terapia de reemplazo renal.

Los tratamientos para la insuficiencia renal crónica incluyen que la persona se suscriba a tratamientos de reemplazo del funcionamiento renal tan pronto se detecte dicha pérdida. Estos tratamientos son básicamente de dos tipos, la diálisis (puede tomar dos formas: la hemodiálisis y diálisis peritoneal) y el trasplante renal. Consideramos importante presentar las características de cada tratamiento, ya que ello nos permitiría entender el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida del paciente.

Flash y Paschal y Hall (1999) indican que la hemodiálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre extrayendo del cuerpo los desechos nocivos y el exceso de sal y líquidos. El procedimiento incluye extraer la sangre del cuerpo a través de una vena artificial ubicada en el antebrazo conocida como fístula arterio-venosa; de ahí la sangre pasa hasta una máquina de hemodiálisis y es llevada al hemodializador, en donde se extraen los productos de desecho, las sustancias químicas y otros fluidos en exceso. Una vez que la sangre ha sido limpiada y purificada, regresa a la persona por otra serie de tubos. Cabe indicar que la hemodiálisis es un proceso dinámico y continuo, es decir, la sangre es extraída, limpiada y suministrada casi paralelamente. La hemodiálisis dura alrededor de tres a cuatro horas por sesión y debe ser realizada mínimo tres veces por semana, lo que implica que la persona llega a cada sesión con un nivel importante de malestar por las horas que transcurren entre sesiones sin que las toxinas acumuladas en el cuerpo sean desechadas. Además, dicho procedimiento debe ser realizado por personal especializado, por lo que la persona debe movilizarse en todas las oportunidades a un centro médico.

Por otro lado, la diálisis peritoneal se realiza al introducir una solución dializante (llamado dializado) en la cavidad peritoneal (cerca al abdomen) a través de un catéter silástico con el fin de filtrar posteriormente los contenidos de desecho localizados ahí. Entre los tipos más comunes de diálisis peritoneal se encuentra la Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua

(DIPAC) en la cual, mediante la inserción quirúrgica de un catéter permanente a la altura del peritoneo, la persona inserta el dializado dejándolo depositado por seis horas, luego de las cuales debe ser drenado con los productos de desecho, las sustancias químicas y fluidos en exceso en la sangre, para posteriormente colocarse un nuevo dializando para que el proceso de filtración se renueve. Una de las ventajas del DIPAC es que presenta mayores libertades que la hemodiálisis, pues la persona no se encuentra sujeto a una máquina, dispone de su propio horario para aplicarlo, no requiere movilizarse a un centro médico y mantiene una dieta menos restrictiva. Las desventajas incluyen la necesidad de realizar cuatro cambios por día manteniendo por ello permanentemente el catéter externo con el riesgo de una infección por peritonitis.

Por último, el trasplante renal consiste en la inserción quirúrgica de un riñón donado que cumplirá con las funciones que los riñones solían ejecutar antes de ser afectados por la insuficiencia renal crónica. Si bien este tratamiento se presenta como la opción que proporciona los mejores niveles de calidad de vida al eliminar la aplicación de diálisis luego del trasplante, y permitir una dieta normal a la persona, no es una cura a la enfermedad pues existe el constante riesgo de rechazo por el accionar del sistema inmunológico. Por esta razón, el sujeto trasplantado debe tomar medicinas inmunosupresoras que combatan esa posibilidad de rechazo. Sin embargo, tales medicinas también ocasionan el debilitamiento del sistema inmunológico, lo que trae consigo otras complicaciones tales como infecciones, tumores y enfermedades cardiovasculares.

(Con)Viviendo con la enfermedad, ¿qué ves cuándo me ves? ¿qué veo cuando me veo?

El diagnóstico de la enfermedad implica un reajuste en las diferentes esferas de la vida de la persona, llevándola a enfrentar múltiples cambios en su condición no sólo física, sino también psicológica, afectiva, sistema de vida, relaciones familiares, laborales y en su entorno, lo cual va afectando y modificando su cotidianeidad.

Diversos estudios abordan este fenómeno y tienen en cuenta los diferentes aspectos que trae aparejada la propia enfermedad. Estos abarcan desde la esfera de la alimentación y las modificaciones en el consumo proteico-calórico, que ocasionan un incremento en la mala

nutrición durante la etapa inicial de las terapias de reemplazo renal, muchas veces elevando la morbimortalidad en estas personas; la alteración en su vida sexual relacionada con cambios hormonales, síntomas derivados de la enfermedad y el tratamiento dialítico; otros aspectos relacionados con la afectación en la imagen corporal; las dificultades en relación a la adherencia al tratamiento. Aspectos que influyen en la toma de decisiones y el desarrollo de estrategias para afrontar y asumir la enfermedad y el tratamiento dialítico propiamente dicho.

Otro punto importante para remarcar en relación a los cambios mencionados en la esfera de la vida de las personas que transitan una enfermedad crónica es el impacto ocupacional; que es un tema poco explorado desde el punto de vista investigativo. Consideramos dentro del área ocupacional tanto las actividades laborales, estudiantiles, como aquellas labores no remuneradas tales como el trabajo doméstico. Es común encontrar que como resultado de los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados al proceso de enfermedad, se produzcan también cambios en el desempeño de las tareas que realizan. Este es uno de los aspectos que mayor angustia genera ya que conduce a los individuos a reestructurar su vida cotidiana, a veces durante un tiempo considerable deben dedicarse sólo al cuidado de la propia salud, aprender a desenvolverse en nuevos espacios sociales con nuevas normas y exigencias (como los propios espacios de salud), y quizás también a orientar las capacidades, potencialidades y la búsqueda de autonomía hacia nuevas direcciones. Muchas personas se ven expuestas a interrumpir sus ocupaciones laborales durante períodos más o menos prolongados, incluso permanentes, lo que conduce a inestabilidades económicas que también pueden tener efectos sobre el proceso de atención de salud. Aún en contextos de gratuidad de los servicios sanitarios, se hace necesario realizar gastos sistemáticos por concepto de compra de medicamentos, traslado hacia instituciones de salud, alimentación y hospedaje. Estos gastos aumentan cuando los familiares deben interrumpir también sus ocupaciones para brindar acompañamiento al sujeto en sus procesos de atención.

Una de las dimensiones más importantes de la calidad de vida es el sentido de autonomía de la persona, lo cual está muy relacionado con la posibilidad de desarrollar sus actividades cotidianas. La limitación ocupacional puede vivirse como una profunda pérdida.

A partir de lo planteado, sostenemos que el hecho de padecer una enfermedad crónica trae consecuencias no sólo a nivel biológico, físico, sino también impacta en aquellos aspectos

relacionados con lo subjetivo, lo psíquico, lo social. Para fundamentar esta postura, retomaremos las palabras de Roca Perara, quien plantea que las enfermedades crónicas desbordan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana privada y social de la persona. Una vez instauradas pueden producir cambios psíquicos y corporales intensos y modificar muchas áreas de la vida, lo cual reclama por parte de la salud superar el enfoque centrado exclusivamente en signos y síntomas físicos para focalizar la atención hacia la repercusión de la enfermedad sobre los diferentes ámbitos de la vida de la persona enferma, defendiendo un marco de comprensión y abordaje cada vez más holístico.

La forma en que cada persona convive con la enfermedad depende de muchos factores, por lo que ese atravesar resulta particular a cada individuo. Algunos están atravesados por adicciones, depresión, ansiedad; cuestiones que se trabajan desde Psicología y Psiquiatría, con un abordaje mucho más intensivo y personalizado.

Lo que caracteriza a la mayoría de las personas que asisten a la sala es el estado de vulnerabilidad que padecen; pacientes que están solos, algunos que no tienen casa. La enfermedad es un desencadenante de un proceso de vida que es bastante complejo y pesado. Si bien el tratamiento de diálisis es movilizante, el mismo se suma a los avatares que atraviesan los sectores populares, que son en su gran mayoría los usuarios del sistema público de salud. Por ejemplo, la cuestión de tener que seguir una dieta resulta imposible para ciertas personas, algunos asisten a comedores, o se encuentran en situación de calle; lo que es incompatible con lo que se les solicita desde el equipo médico.

Si bien mencionamos algunas características que son generales, cada persona, cada enfermedad y situación es distinta, y la adaptación que cada persona puede ir haciendo a la nueva situación con la que se enfrenta, es particular. Lo que sí remarcan muchos profesionales que trabajan junto a ellos diariamente, es que son personas que tienen una capacidad de supervivencia y de reponerse ante las cuestiones que tienen que atravesar, que es admirable.

Nuestro recorrido dentro de la Sala.

Durante el transcurso del último año de las prácticas profesionales, nos insertamos dentro de la Sala de Diálisis del Hospital, a partir de una propuesta de trabajo por parte del servicio de Trabajo Social. El objetivo fue tomar conocimiento de diferentes situaciones vividas por parte de la población que realiza el tratamiento, privilegiando el conocimiento de aquellas situaciones en que las personas no contarán con una pensión, y a partir de eso, poder asesorarlos para acceder a la misma.

A partir de los objetivos propuestos, diseñamos una entrevista para realizar con las personas que dializan. Siguiendo las palabras de Sabino, quien la define como:

“consiste básicamente en una interacción entre dos personas, una de las cuales (el investigador) formula determinadas preguntas relativas al tema en investigación, mientras la otra (el investigado) proporciona verbalmente o por escrito la información que le es solicitada. Es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación. El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones.” (SABINO, 1992: 115).

Basada en los informes que son utilizados por las Trabajadoras Sociales, e incorporando algunas preguntas que se refirieran más precisamente a los puntos en los que haríamos hincapié, formulamos una guía. A continuación, realizaremos un análisis basado en todo el trabajo dentro de la sala. Sesenta y tres personas entran en el recorte que se plantea: es decir, aquellas que no cuentan con una pensión. Cincuenta fueron las personas entrevistadas.

La entrevista se divide en varios ejes:

- Datos personales (nombre, edad, domicilio, número de documento, localidad, fecha de nacimiento);
- Situación ocupacional (ocupación, cobro de pensiones);
- Grupo familiar (cómo se encuentra conformado su grupo familiar);

- Situación de salud (inicio de tratamiento, efector de salud de referencia, médico de referencia);
- Situación habitacional (tipo de vivienda, servicios con los que cuenta);
- Observaciones (todos los datos que queden por fuera de la división general de la entrevista y que parezcan relevantes).

Como resultado de estas, pudimos arribar a las siguientes conclusiones -estos datos obtenidos son recogidos a partir de un primer y único encuentro-: en cuanto al lugar de origen de quienes dializan en el HPC, se puede visualizar una misma cantidad de personas que provienen de localidades aledañas a Rosario, como también del interior mismo de la ciudad. En relación con el traslado desde los domicilios de los pacientes hacia el hospital, 27 personas manifestaron concurrir por medios particulares (ya sea transporte público, en auto de algún familiar que lo acompaña, o caminando en el caso de ciertas personas que viven cerca del hospital), mientras que otras 23 personas se movilizan en ambulancia y/o remis, quienes los van a buscar y los llevan luego del tratamiento a sus respectivos hogares. En este punto, es relevante destacar la importancia de tener asegurado el transporte (ya sea garantizado desde el servicio, o por medio de las Comunas), ya que es un gasto menos que la persona debe afrontar, considerando que son tres días los que tienen que concurrir a la institución para realizar el tratamiento.

Por otro lado, y vinculado a las características mismas del tratamiento, los pacientes se encuentran en situaciones desfavorables en relación con el mercado de trabajo: 37 de ellos manifestaron no estar trabajando al momento de realizada la entrevista, 11 se encuentran dentro del mercado informal de empleo, y sólo 2 pacientes nos informaron que trabajan de forma estable.

Por último, y en cuanto al tema de las pensiones, 19 pacientes afirmaron contar con dicho beneficio, 12 se encuentran realizando los trámites para lograr contar con el mismo, y 17 pacientes manifestaron no tener conocimiento en cuanto al tema, por lo tanto, se les brindó la información correspondiente, y se los asesoró para que puedan comenzar a tramitar la pensión, y así contar con una ayuda económica. Cabe destacar que dos personas manifestaron que comenzarían a tramitar su jubilación.

Siguiendo con el análisis, la población entrevistada comprende las edades desde los 22 a los 79 años. Es importante resaltar que la población más joven en su mayoría, comenzó el tratamiento hace poco tiempo y hacen hincapié en que debido al inicio del mismo, tuvieron que abandonar sus respectivos trabajos a causa del malestar físico que muchas veces le produce el tratamiento, la imposibilidad de continuar realizando trabajos forzosos (trabajos en la construcción, empleadas domésticas, trabajos de cuidado, etc.) y el tiempo necesario que conlleva el dializarse tres veces por semana durante cuatro horas diarias. Con respecto a la población mayor, si bien comparten las mismas dificultades nombradas, se suman a estas, otros problemas de salud.

Si bien nuestra intervención en la sala estuvo enfocada en poder relevar los datos de las personas que contaban con una pensión o no, y a partir de ese punto, intervenir sobre esas situaciones; hubo otras que necesitaron una profundización mayor. Nos referimos a aquellas personas que no cuentan con las condiciones de vivienda necesarias para poder transitar la enfermedad de manera adecuada; de personas que tienen a su cargo a varios integrantes de la familia, y por su imposibilidad de trabajar, no pueden sostenerse ni sostenerlos; de quienes atraviesan otras enfermedades sumadas a la insuficiencia renal; de personas que no cuentan con lazos vinculares fuertes.

Un punto que se resaltó en los relatos de las personas es el hecho de no querer dejar de realizar su tratamiento en el hospital. Los pacientes rechazan la posibilidad de dializar en otro lugar (mediante la afiliación a PROFE). Y eso se debe al tiempo que transcurren en la institución, a los compañeros que se hicieron durante ese tiempo, al trato que reciben. Ellos se sienten contenidos, acompañados y seguros.

Aquí nuevamente consideramos necesario definir ciertas cuestiones mencionadas anteriormente:

- ***Prestaciones no contributivas:*** El objetivo principal de esta política consiste en promover el acceso a derechos de personas y familias en situación de vulnerabilidad social mediante la asignación de pensiones que no requieren de aportes para su otorgamiento. Esta herramienta basa su funcionamiento, por un lado, en una mirada social integral, que comprende a las personas como sujetos de derecho con sus

particularidades sociales, económicas y regionales; por otro lado, en el trabajo territorial, que prioriza el contacto directo con los sectores más vulnerables y con las zonas de menor acceso a la información. Existen tres tipos de pensiones; en todos los casos, los titulares de este derecho cuentan con cobertura médica integral administrada por el Programa Federal de Salud (PROFE) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación: Pensiones a la vejez, por discapacidad y a madres de 7 o más hijos; Pensiones graciables; Las Pensiones por Leyes Especiales. Las primeras se tratan de un derecho que tienen aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social sin amparo previsional o no contributivo, que no poseen bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tienen parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentran impedidos para hacerlo. Las pensiones a la vejez se otorgan a personas mayores de 70 años, mientras que las que son por invalidez están dirigidas a quienes presenten un 76 por ciento o más de invalidez o discapacidad. Las destinadas a madres de 7 o más hijos contemplan a quienes sean o hayan sido madres de 7 o más hijos nacidos vivos, biológicos o adoptivos.

- ***Incluir Salud (ex Profe)***: es un programa del Ministerio de Salud de la Nación que financia cobertura médico-asistencial a madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años en situación de pobreza, entre otros grupos. Para eso transfiere recursos presupuestarios a todas las provincias, quienes son las responsables de brindar las prestaciones médicas a los titulares de las pensiones asistenciales y no contributivas, con la intervención de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. El objetivo del programa es asegurar el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los beneficiarios suscriptos a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido por el Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras leyes nacionales. Incluir Salud está a cargo de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas del Ministerio de Salud de la Nación y es financiado en un cien por ciento por el Estado Nacional (a través de las partidas estipuladas en el presupuesto nacional para la atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas).

Incluir Salud:

- Está presente en las 24 jurisdicciones del territorio nacional.
- Es el segundo financiador de tratamiento dialítico crónico (hemodiálisis) del país.
- Es el segundo financiador de trasplante en todo el país.
- Tiene un padrón conformado en un 60% por personas con invalidez (discapacidades de lo que implica dar cumplimiento a la Ley 24.901).
- Difunde materiales de comunicación para la promoción de derechos y beneficios para madres de siete o más hijos.

De un tiempo a esta parte: La Sala de diálisis hoy.

Como bien sabemos, la realidad, y más aún lo social, se encuentra en constante transformación; vivimos en un mundo dinámico, donde los cambios se producen a cada momento y en todos los ámbitos que habitamos.

Si bien, en cuestiones generales, se continúa con el mismo esquema de atención: tres días a la semana con tres horarios cada uno; se han generado cambios que impactan en el funcionamiento de la sala. A partir del 2016 asumió una de las médicas que venía trabajando en el Servicio hace varios años, a la Jefatura de este, generando cambios en la estructura del personal.

Durante nuestro primer acercamiento, en el marco del último año de las prácticas pre-profesionales, la sala de diálisis contaba con profesionales que trabajaban abocados a su especificidad. En esta línea, Trabajo Social intervenía a partir de demandas derivadas de otros profesionales, por lo que su presencia no era cotidiana en la Sala.

Fue a partir de un requerimiento proveniente de la Dirección del Hospital, para regularizar el asunto del traslado de los pacientes a fines del 2018, que se solicita la inserción de Trabajo Social en la sala para realizar un relevamiento de todas las situaciones. Aquí se da el puntapié inicial para que la profesión forme parte del equipo de la sala de diálisis (lo cual desarrollaremos más adelante).

La Pandemia por el Covid-19 ha sido uno de los momentos que generó mayor transformación en el ámbito de la salud a nivel mundial, por lo que la sala de diálisis no resultó ajena a los mismos.

Previo a esto, era común ver que los pacientes llegaran a su diálisis acompañados por algún familiar, quien lo esperaba en la entrada de la sala, en una sala de espera. Esto facilitaba el acercamiento por parte de los profesionales y así poder realizar a una intervención conjunta, no sólo con el paciente, sino también con su familia. En ciertas ocasiones, ellos mismos eran quienes se dirigían a los profesionales para transmitirles ciertas inquietudes. Sin embargo, con la llegada de la pandemia y las restricciones que se impusieron, los pacientes ya no pueden asistir al hospital con acompañantes. Otra modificación que se dió a causa de esto, se vio reflejado en el desenvolvimiento de los pacientes con respecto a las cuestiones de higiene, y en el momento que tenían destinado a la colación, dejando de llevarse a cabo por las nuevas medidas que se implementaron.

CAPÍTULO IV

Trabajo Social en el campo de la salud

En capítulos anteriores, abordamos teóricamente las diversas concepciones que existen en relación con el campo de la salud, y realizamos un breve recorrido de los lineamientos de la estrategia de salud pública de la Provincia de Santa Fe. Desde lo macro, fuimos adentrándonos al espacio institucional donde se desarrollan las políticas públicas de salud: el HPC, y dentro del mismo, y a los fines metodológicos del presente trabajo, nos posicionamos en la Sala de Diálisis del Hospital, describiendo su estructura y funcionamiento.

En este apartado, será el turno de desarrollar el espacio del Trabajo Social dentro del campo de la salud, y específicamente al interior del ámbito hospitalario. Consideramos necesario en primer lugar llevar adelante un breve recorrido del origen de la profesión, para luego adentrarnos al análisis de su incorporación al campo de la salud pública: sus incumbencias profesionales, y el trabajo con otras disciplinas.

Haciendo un poco de historia: el surgimiento del Trabajo Social como profesión

La configuración del Trabajo Social como profesión obedece a diferentes momentos sociohistóricos, en un desarrollo que presentó continuidades y rupturas en las formas de abordar lo social. En este sentido, José P. Netto afirma: “... *no es la continuidad evolutiva de las protoformas del servicio social la que explica su profesionalización, sino la ruptura con ellas...*” (NETTO: 1997; 68). La génesis del Trabajo Social como profesión no se dió como una simple evolución de las maneras en que fue abordado históricamente lo social, ligadas a la filantropía y la caridad cristiana; por el contrario, fue parte constitutiva de un proceso ligado a la lucha de clases, inscripto en la historia de la sociedad capitalista.

La emergencia de la llamada "cuestión social", expresada en el antagonismo de clases entre el proletariado y la burguesía, requirió que el Estado adopte nuevas formas de intervenir en lo social que superen la caridad y la represión. De esta manera, se establecen regulaciones jurídicas dirigidas al mercado de trabajo, y surgen instituciones prestadoras de servicios

sociales y asistenciales, donde se requieren profesionales especializados para el tratamiento de los problemas sociales.

“[...]Así, el Trabajo Social no es consecuencia natural de la evolución de prácticas anteriores de beneficencia o caridad, sino que aparece en un momento particular en que el Estado crea las condiciones para su profesionalización, cuando se hace necesaria una intervención técnica cualificada, especializada, porque ya no son suficientes las respuestas filantrópicas para responder a los conflictos sociales” (GARMA y CAMPANA, 2006:7).

Siguiendo esta línea, el Trabajo Social surge como profesión en tanto especialización del trabajo colectivo, a partir de su intervención en la reproducción social de la vida de las clases subalternas, en un momento en que el Estado comienza a dar respuesta a las expresiones de la cuestión social.

El Trabajo social en la división socio-técnica del trabajo

A partir de su profesionalización, el Trabajo Social se inserta dentro de la división social del trabajo propia de las sociedades capitalistas, como trabajador asalariado en una relación de compra/venta de su fuerza de trabajo. Puede comprenderse como una *“práctica institucionalizada y legitimada en la sociedad al responder a necesidades sociales derivada de la práctica histórica de las clases sociales en la producción y reproducción de los medios de vida y de trabajo de forma socialmente determinada”* (IAMAMOTO y CARVALHO, 1984: 22).

Al estar mediado por una relación contractual que le da legitimación y lo profesionaliza, el Trabajo Social no cuenta con el control de las condiciones materiales, organizacionales y técnicas para el ejercicio de su trabajo, configurándose como una profesión no liberal. Por un lado, es determinado, y por el otro determina los procesos histórico-sociales, participa en la reproducción de la vida social desde un lugar y con una funcionalidad, actúa e interviene en esta dinámica conflictiva construyendo las condiciones necesarias para su reproducción, donde se le demanda más específicamente la intervención por la vía de la ejecución de

servicios sociales. A su vez, dado su autonomía relativa, el Trabajo Social interviene al servicio de las necesidades emancipadoras de las clases subalternas, disponiendo de cierta autonomía en la construcción de respuestas frente a las demandas que le son históricamente presentadas.

Del Trabajo social y sus formas de intervención profesional.

El Trabajo Social, inscripto en la división social del trabajo, se configura en aquel profesional que interviene sobre las diversas manifestaciones de la cuestión social, expresadas como problemas sociales.

“La intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y dichas manifestaciones son las coordenadas que estructuran el campo problemático [...] Es decir que, atendiendo al origen de la cuestión social en tanto relación contradictoria entre capital/trabajo, consideramos que la particularidad que adquiere dicha relación en sus manifestaciones específicas en cada momento histórico, constituye un punto de partida que permite desentrañar las condiciones en las cuales se explicita la cuestión social y, por lo tanto, su relación con el campo problemático” (ROZAS, 2001:219).

Las intervenciones profesionales se llevan adelante a partir del surgimiento de ciertas demandas que presentan los sujetos con quienes intervenimos, y que expresan tales manifestaciones de la cuestión social en determinado momento histórico. Siguiendo a Cazzaniga (2011) entendemos a la intervención profesional como una puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social, en el marco de una especificidad profesional, en donde el análisis se refleja como un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica-ideológica que sostenemos y de cómo esa visión se materializa en esa acción con sentido. La autora, asimismo, entiende que la intervención no es un episodio natural sino una construcción artificial de un espacio-tiempo, de un momento que se construye desde la perspectiva de diferentes actores.

De este manera, teniendo como punto de partida las demandas, necesidades de los sujetos, los cuales son resignificados con direccionalidad ético-política, se ponen en marcha un

conjunto de herramientas propias del ejercicio profesional: entrevistas, visitas domiciliarias, gestión de recursos, realización de informes sociales, entre otros, buscando comprender y decodificar las trayectorias personales de los sujetos con quienes intervenimos, teniendo en cuenta las diversas dimensiones que los constituyen como tal. Por lo tanto, la intervención debe ser pensada como una interacción, comunicación, diálogo, encuentro de saberes, donde reconozco al otro como sujeto de derecho, en pos de generar herramientas que promuevan su empoderamiento.

En este punto, nos parece oportuno retomar la definición de escenarios de intervención propuesta por Carballada:

"Los escenarios son ese espacio cuya conformación trasciende límites predeterminados y generan diversas situaciones de diálogo entre territorio y contexto, es el espacio microsociedad donde se construye y desarrolla la intervención. En el cual vamos a encontrar diversos elementos que se expresan en él, como son las palabras, las representaciones sociales (conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos comparten en relación con ellos mismos y con el mundo que los rodea), las presentaciones institucionales, etc. Todos estos elementos escénicos del escenario de intervención se vinculan con las políticas sociales relacionadas con el tema desde el cual se está demandando" (CARBALLEDA; 2005:80).

Consideramos que toda estrategia de intervención se da en un espacio-tiempo delimitado, dentro de un contexto social y político que lo engloba, por lo que como trabajadores sociales debemos comenzar con una elaboración del diagnóstico de la situación que nos aporte conocimiento acerca de la dimensión de lo real, construyendo el problema a abordar, y nos permita la planificación de las estrategias a desarrollar. *"Entendemos que sólo ubicándonos desde una visión crítica, los trabajadores sociales podremos intervenir en lo social para posibilitar el ejercicio de una acción socioeducativa vinculada a la desnaturalización y a la problematización de la situación por parte del sujeto, contribuyendo a la consolidación de una ciudadanía activa, en relación a la efectivización y toma de conciencia de derechos."* (AMELOTTI y VENTURA; 2012:5).

Tejiendo Alianzas: Trabajo Social e Interdisciplina.

Como describimos anteriormente, la realidad actual y la creciente complejidad de las situaciones con las que se trabaja nos lleva a considerar diversas opciones, necesarias para dar respuesta a los problemas. La interdisciplina es una de ellas. Aquí haremos un recorrido teórico de diferentes autores que han realizado sus trabajos en relación con este tema.

Vasconcelos nos habla de niveles que se clasifican según los grados de cooperación y coordinación entre las diversas disciplinas, identificando de menor a mayor grado: el nivel multidisciplinar que consiste en un conjunto de disciplinas propuestas simultáneamente, sin una mirada integral, por ejemplo, la interconsulta. La pluridisciplina que se basa en disciplinas yuxtapuestas ubicadas en el mismo lugar jerárquico, estableciendo relaciones entre ellas, por ejemplo, reuniones clínicas donde sólo se intercambia información o se definen estrategias particulares sin cooperación. Por otro lado, en la interdisciplina auxiliar, una o varias disciplinas contribuyen al dominio de una sola disciplina con mayor legitimidad. Luego, la interdisciplinariedad, entendida como un grupo de disciplinas relacionadas entre sí, que tienen una axiomática y finalidad común, tendiendo (no necesariamente) a la creación de un campo de saber autónomo. Exige la identificación de una problemática común, de las concepciones políticas y teóricas básicas; se colocan en común los principios y conceptos fundamentales, buscando una decodificación recíproca de la significación, de las divergencias y convergencias de esos conceptos, se genera un aprendizaje mutuo, no por adición. Y, por último, la transdisciplina radica en la coordinación de todas las disciplinas e interdisciplinas del campo sobre la base de una axiomática general compartida; creación de un campo con autonomía teórica, disciplinar u operativas propias. Sistema de niveles y objetivos múltiples; coordinación con vistas a una finalidad común de los sistemas; tendencias a la horizontalidad de las relaciones de poder.

La propuesta de interdisciplinariedad reconoce la necesidad de miradas diferenciadas para un mismo objeto, no pudiendo prescindir de la especialización. Convive en la práctica con la sombra de un conjunto de estrategias de saber/poder, de competencia intra e intercorporativa, y de procesos institucionales y socioculturales muy fuertes, que imponen barreras profundas

de intercambio de saberes y de prácticas interprofesionales, colaborativas y flexibles. No pueden ser concebidas y analizadas sin la consideración de las estructuras históricas e institucionales extremadamente complejas y poderosas, que poseen una dinámica propia y tienden a resistir los procesos de camino técnico, social y político por lo menos en el corto y mediano plazo.

Por otro lado, Cazzaniga (2002) retoma a Follari en uno de sus trabajos y nos plantea que lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco. Refiere a la interdisciplina como algo que expresa completitud y que superaría lo propio de cada disciplina; necesaria para resolver problemas concretos desde un trabajo grupal con el aporte de profesionales de diferentes disciplinas, debido a que no hay interdisciplina unipersonal. También retoma a Nora Elichiry al afirmar que el vocablo “inter” da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad, partiendo del objeto real y no de las disciplinas dadas. A partir de estas consideraciones respecto de lo interdisciplinar, se presentan algunas dificultades:

- La fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica, que se traduce en las formaciones académicas de los profesionales. La limitación de los objetos de conocimiento e intervención dificulta el trabajo del nexo. Es probable que, en el ámbito de la investigación, este nexo tenga mayor experiencia de trabajo, pero en la práctica profesional, el mismo se exprese generalmente como interconsulta. Esta dificultad es de orden epistemológico.
- La organización administrativa de las instituciones públicas donde en sus organigramas, que responden a lógicas tayloristas (separación y jerarquización), encontramos generalmente la división de departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones, lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación. El nexo aparece entonces como derivaciones. Estamos frente a un problema administrativo, que articula concepciones epistemológicas y políticas.
- Las diferentes consolidaciones que las disciplinas y por ende las profesiones presentan en los campos de intervención. Estas diferencias se encuentran en relación con los estatus adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las prestaciones que

se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas. Al interior de los equipos estas diferencias aparecen con verdaderas asimetrías en el ejercicio de poder. El problema se convierte en lo cotidiano como político.

Estos obstáculos, no siempre de fácil remoción, requieren de una fuerte autocrítica entre todos los actores a fin de llegar a diálogos profundos entre los diferentes saberes. Desde todos los espacios se debe contribuir a eso, y especialmente los ámbitos de formación deberán realizar esfuerzos para transferir otros modos de pensar y hacer respetando las especificidades, pero teniendo como objetivo los trabajos en complementariedad.

Resulta interesante repensar el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito público. Los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales presentan de por sí una gran complejidad, acentuada en la actualidad dadas las transformaciones operadas en el contexto. Cazzaniga retoma las palabras de Fanfani quien nos dice que la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos. Y frente a esto, nos dice que, es sintomático que en la formación de especialistas no se haya tomado lo suficientemente en cuenta la necesidad de desarrollar en las personas las habilidades necesarias para el trabajo interdisciplinario. La comprensión de situaciones que se abordan merece un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integridad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una mirada disciplinar que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

La cuestión de la interdisciplinariedad como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia. Dicho de otra manera, la interdisciplina en estos nuevos escenarios no sólo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivas, sino que se convierte en condición de posibilidades para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite

la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto.

En los espacios institucionales donde no se cuenta con otros profesionales, el desafío radica en construir un equipo, trabajando interinstitucionalmente. El punto sería trascender la articulación (interconsulta o derivación) hacia una construcción interdisciplinaria. La interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna de los equipos.

"Las problemáticas sociales complejas, son transversales, abarcando una serie de problemas que se expresan en forma singular en la esfera del sujeto. Así reclaman intervenciones desde diferentes ámbitos que marcan nuevos desafíos a las posibilidades de la interdisciplina." (CARBALLEDA; 2008:1).

El autor citado reconoce a la interdisciplina como una conversación entre diferentes personas que tienen un interés sobre una cuestión común. Allí y de esa manera, surge la posibilidad de elaborar estrategias de intervención que se enmarcan en un equipo, pero donde cada parte del mismo, es decir las personas, aportan desde su singularidad. Esto nos deja ver que la interdisciplina no es una suma de campos de saber, sino su interacción y complementación.

Si bien las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos, van adquiriendo un rasgo común: responden a necesidades y urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención. En torno a ellas se constituye, además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura, y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción.

A partir de estas consideraciones, sostenemos que el abordaje de la salud de la población no se reduce sólo a la ausencia de enfermedad, sino que se basa en la construcción de un vínculo terapéutico entre los equipos de salud y los usuarios, generando espacios de interacción, diálogo, comunicación y encuentro.

El Trabajo Social en el campo de la salud se posiciona desde una mirada integral de los problemas, aportando al diagnóstico de situación de las problemáticas que atraviesa la población, planteando el abordaje interdisciplinario e intersectorial en la construcción de un proyecto terapéutico, y generando con el equipo de profesionales, procesos de accesibilidad y estableciendo el derecho a la atención de la salud de la población.

El Trabajo Social como profesión, y la salud como campo de intervención.

La inserción del Trabajo Social en este campo se vincula a las transformaciones que ha sufrido el concepto de salud a lo largo del tiempo y que hemos desarrollado en el primer capítulo del presente trabajo.

Como hemos visto, la salud surge asociada a la ausencia de enfermedad, reduciéndose sólo al plano de lo biológico, y tendiendo a medicalizar a los sujetos. Estas concepciones, ligadas a la hegemonía del saber médico, resultaron insuficientes para dar respuestas adecuadas a los problemas que se presentaban en el ámbito de la salud pública, y que abarcaban diferentes dimensiones de los sujetos en los procesos de salud-enfermedad-atención. Fue necesaria la incorporación de otras disciplinas, más allá de los médicos y enfermeros, para poder deconstruir los procesos de atención e integrar otros saberes necesarios para el abordaje de las situaciones que se presentaban. Es aquí donde situamos la inclusión del Trabajo Social en el campo de la salud, como *"producto de la emergencia de situaciones y problemas que desde esa concepción biologicista son ignoradas pero que, sin embargo, irrumpen - generalmente como problemas sociales ligados a la situación de salud- en la vinculación con los sujetos"* (NUCCI, CROSETTO, BILAVCIK y MIANI; 2018:12).

La incorporación del Trabajo Social estuvo marcada con poder contextualizar en tiempo y espacio a los usuarios del sistema de salud, manteniendo una mirada integral de los problemas de la población, corriendo el eje biologicista de la atención del síntoma de la enfermedad hacia la comprensión del modo de vida de la población, incluyendo las dimensiones sociohistóricas, culturales, económicas y simbólicas de la vida cotidiana de los sujetos. *"...se interviene considerando que una problemática determinada de salud está atravesada por diversas dimensiones que la condicionan y/o configuran histórica y*

socialmente ubicada: situación habitacional, económica, laboral, cultural, vincular, que inciden en el proceso de salud-enfermedad-atención que atraviesa una persona" (AMELOTTI y VENTURA; 2012:7).

Las intervenciones del Trabajo Social parten de concebir a la salud como un derecho humano, y desde una perspectiva de abordaje integral, donde se consideran a los sujetos en su totalidad, incorporando todas las dimensiones que los constituyen, y no de forma fragmentada. El lugar que ocupa la profesión dentro del campo es reconocido como de intermediario entre los sujetos que presentan como problemas las situaciones relacionadas con condiciones de vida que pueden ser favorecedoras de enfermedades, convirtiéndose en demandas que requieren de un abordaje profesional.

"Los sujetos que demandan atención a las unidades de trabajo social en salud pública constituyen parte de la población cuyo acceso a recursos para el ejercicio de derechos ciudadanos se encuentra limitado por su posición subalterna en la estructura social. La relación con estas instituciones se encuadra en la existencia de problemas sociales caracterizados como obstáculos en la relación necesidades-recursos del proceso salud-enfermedad-atención, los cuales se inscriben en la reproducción cotidiana y comprometen las posibilidades de participación en todos los espacios de la vida social (trabajo, estudio, política, recreación, etc.). Su inclusión en procesos de intervención requiere una comprensión integral de los procesos salud-enfermedad-atención, teniendo en cuenta las diversas posiciones (según género, raza, etnia, estructura social), el acceso a recursos para resolver necesidades en forma individual o familiar -estrategias de reproducción- y aquellas circunstancias que se relacionan con condiciones de vida más amplias, como las del territorio en que viven, las condiciones ambientales, del hábitat, de empleo, de acceso a los sistemas de salud, educación, seguridad social, etc." (NUCCI, CROSETTO, BILAVCIK y MIANI;2018:18).

Cuidado Integral: El Papel Esencial del Trabajo Social en el Entorno Hospitalario

El Trabajador Social se posiciona como el profesional que asume dentro del sistema de salud la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad-

atención, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación con las situaciones de enfermedad, bien sea en aspectos que tiene que ver con el desencadenamiento de dicha situación (aspectos previos a la enfermedad), o bien como consecuencia de ella (aspectos derivados de la enfermedad).

Al interior de los Hospitales, el Trabajador Social forma parte de los equipos de salud interviniendo en el proceso de salud de las personas, trabajando hacia la construcción de autonomía en los sujetos y en la efectivización de sus derechos.

Funciones generales del Trabajo Social en la atención Hospitalaria:

- Seguimiento de la situación, cuando se planteen problemas de tipo social en los usuarios ingresados.
- Información, orientación y asesoramiento de los recursos sociales.
- Trabajo en conjunto con los distintos equipos, colaborando en el aporte de datos (informe social) para facilitar el diagnóstico, tratamiento y recuperación clínica.
- Participación y colaboración en los diferentes programas de salud.
- Participación del equipo en los pases de sala e intervención en las situaciones que requieren de su incumbencia profesional.
- Gestión de recursos con otras instituciones.
- Registro y sistematización de todas las situaciones.

El Trabajador Social interviene en las distintas áreas de internación a partir de:

- Problemas relacionados con la enfermedad: petición de información por parte del sujeto y familiares sobre aspectos sociales de la enfermedad que padecen, falta de aceptación de la enfermedad o la negativa de la internación, problemas de relación entre los usuarios del sistema de salud y sus familias que pueden incidir en la recuperación de la salud.

- Problemas relacionados con la familia: ausencia o débil red familiar, angustia de familiares ante problemas de salud irreversibles.
- Problemas relacionados con la conducta: alcoholismo, drogadicción, violencia de género.
- Problemas relacionados con la economía: ingresos económicos insuficientes, inserción en el mercado laboral informal, problemas económicos por reducción de ingreso a causa de la enfermedad de uno de los miembros de la familia.
- Problemas relacionados con el hábitat: falta de vivienda o mal estado de la misma, o inadecuada para la recuperación de la salud.
- Problemas relacionados con la vejez: soledad del sujeto, dificultades de convivencia familiar, convalecencia por enfermedades crónicas.
- Problemas relacionados con la burocracia administrativa: orientación a los usuarios del sistema de salud y sus familiares para trámites de documentación.

Trabajo Social en el HPC

El espacio del Trabajo Social dentro del hospital está conformado por seis profesionales, quienes apoyan su trabajo cotidiano sobre tres grandes pilares: área asistencial; área de prevención y promoción; y el área de investigación. Con el fin de lograr un funcionamiento eficaz dentro del equipo, cada Trabajadora Social está abocada a un sector específico dentro del hospital: Salas de internación de adultos, Salas de Maternidad y Pediatría, y la Guardia, donde se trabajan determinadas situaciones que presentan los pacientes alojados en cada área desde el momento de su ingreso, para lograr que su futura alta no se dilate por “motivos sociales”, como pueden ser la falta de vínculos familiares, y/o vivienda. Complementando esta labor cotidiana, encontramos la asistencia a la demanda espontánea, donde se atienden situaciones que requieren intervenciones, asesoramiento, y coordinación con otras instituciones, que se presentan diariamente.

Las intervenciones que se plantean frente a las diversas situaciones que surgen en el día a día dentro del hospital, tienen como punto en común el garantizar el derecho a la salud de toda persona que transite la institución, y que así lo requiriese; es decir, pensar a la salud en pos de la construcción de ciudadanía. En esta línea, se piensa a la salud de los usuarios, ya no sólo reducida al punto de vista bio-médico, sino, a su vez, teniendo en cuenta otros factores: sociales, económicos, culturales, que conforman a la persona en su totalidad, y que, por lo tanto, entran en juego en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Tomando la salud desde esta lógica integral, y teniendo en cuenta la complejidad que presentan las situaciones, se hace necesario pensar en nuevas formas de abordar lo social. Esto implica la puesta en marcha de un trabajo conjunto por parte de los diversos profesionales que intervienen, conformándose equipos interdisciplinarios para dar respuesta a las demandas que se presentan.

"Cuando intervenimos sobre problemas sociales no intervenimos sólo sobre problemas sociales, intervenimos sobre el padecimiento que los mismos generan y esto implica un diálogo necesario entre las distintas disciplinas que intervienen. Se trata de articular conocimientos de los que se dispone en una u otra disciplina sobre diferentes dimensiones de la misma problemática. En cierto sentido, implica moverse desde una disciplina particular con su objeto y sus métodos propios a campos conceptuales diferentes para favorecer una articulación de prácticas sociales que den respuesta a las múltiples dimensiones de los problemas." (MONTAÑO; 2000:118).

El Trabajo Social en la Sala de Diálisis del HPC

Como mencionamos en capítulos anteriores, la inserción del Trabajo Social en la sala de diálisis ha ido fluctuando. Su ingreso no fue constante, sino que se ha adaptado a las necesidades y requerimientos de la sala en determinados momentos.

El sistema de trabajo que desarrollan los profesionales actualmente no presenta grandes diferencias con lo que ocurría cuando realizamos las prácticas. Se percibe todo un sistema de jerarquías que se sostiene a través del tiempo. Los roles y toma de decisiones más importantes las tiene y las lleva adelante el profesional médico, de manera unilateral. La jefa de la sala es

médica; quien ejerce su cargo desde la hegemonía no sólo de su saber sino también desde el cargo que ocupa. Los demás profesionales responden a esa forma organizativa. Cada profesional que ingresa a la sala es considerado alguien que genera incomodidad, alguien externo que interrumpe el funcionamiento cotidiano.

Trabajo Social no fue ajeno a esto. Su inserción, tal como nos comenta la Trabajadora Social en la entrevista, no fue sencilla. El reconocimiento de la profesión por parte del equipo de la sala de diálisis no se dió de manera inmediata, ni uniforme.

En un primer momento, el Trabajo Social respondía a demandas concretas que los otros profesionales le presentaban; buscando allí las respuestas a situaciones que no podían resolver: todo lo que no se encuentra al alcance del saber médico, debe ser atendido por nuestra profesión.

Con el correr del tiempo, y con una presencia más fuerte y constante de la Trabajadora Social en la sala, esa función más “administrativa” que implícitamente se le imponía, se dejó atrás. Fue a partir de un pedido desde la Dirección del Hospital, donde se le solicitaba a Trabajo Social que intervenga en la regularización y coordinación de los traslados de los pacientes desde su lugar de origen hasta el Hospital, que se empieza a generar mayor presencia de la profesión en la Sala. Esta solicitud generó un relevamiento de todos los pacientes que se encontraban en la Sala, donde salieron a la luz diversas situaciones que dan cuenta de la importancia de una presencia más activa de Trabajo Social en la Sala.

De un tiempo a esta parte, el quehacer profesional fue adquiriendo mayor relevancia en el sector. Se trabaja con las personas desde el primer momento que ingresan a la Sala; se relevan todas las situaciones, asesorando, a aquellos que lo requieran, en el trámite de gestión de las pensiones y certificados de discapacidad a los que por su condición pueden acceder.

Se evalúan aquellos pacientes que cumplan con los requerimientos para acceder a un trasplante, y se trabaja con las diversas instituciones involucradas sobre las cuestiones relacionadas con las condiciones habitacionales de aquellas personas que logran ser trasplantadas, gestionando los recursos necesarios para abordar la particularidad que cada situación presenta.

Propuesta de Intervención

Título: *Pases de Sala, un espacio de encuentro y planificación entre las distintas disciplinas que se encuentran insertas en la Sala de Diálisis del Hospital Provincial del Centenario.*

Fundamentación y Objetivos.

A partir de lo desarrollado en la presente tesina, hemos visto que diversas profesiones intervienen en la Sala de Diálisis, pero lo hacen de manera desarticulada y fragmentada, existiendo un casi nulo trabajo en conjunto. Sostenemos que es fundamental considerar a la salud desde una mirada integral, buscando el encuentro de las diferentes disciplinas que intervienen en la institución. En esa línea, pensamos a la salud no sólo reducida al punto de vista bio-médico, sino, a su vez, teniendo en cuenta otros factores: sociales, económicos, culturales, que conforman a la persona en su totalidad, y que, por lo tanto, entran en juego en el proceso de salud-enfermedad-atención. Tomando la salud desde esta lógica integral, y teniendo en cuenta la complejidad que presentan las situaciones, se hace necesario pensar en nuevas formas de abordar lo social.

Como pudimos dar cuenta a lo largo del presente trabajo, el hecho de padecer una enfermedad crónica trae consecuencias no sólo a nivel biológico, físico, sino también impacta en aquellos aspectos relacionados con lo subjetivo, lo psíquico, lo social. Para fundamentar esta postura, retomaremos las palabras de Roca Perara, quien plantea que las enfermedades crónicas desbordan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana privada y social de la persona. Una vez instauradas pueden producir cambios psíquicos y corporales intensos y modificar muchas áreas de la vida, lo cual reclama por parte de la salud superar el enfoque centrado exclusivamente en signos y síntomas físicos para focalizar la atención hacia la repercusión de la enfermedad sobre los diferentes ámbitos de la vida de la persona enferma, defendiendo un marco de comprensión y abordaje cada vez más holístico.

Frente a este escenario, sostenemos que se hace necesario la puesta en marcha de un trabajo conjunto por parte de los diversos profesionales que intervienen, y la conformación de equipos interdisciplinarios para dar respuesta a las demandas que se presentan. En este

sentido, lo interdisciplinario se presenta como *“la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes, y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significados de las palabras y construir un marco.”* (FOLLARI; 1992).

Planteamos la cuestión de la interdisciplinariedad como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia. Dicho de otra manera, la interdisciplina en estos escenarios no sólo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivas, sino que se convierte en condición de posibilidades para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto. Cazzaniga retoma las palabras de Fanfani quien nos dice que la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos. Y frente a esto, nos dice que, es sintomático que en la formación de especialistas no se haya tomado lo suficientemente en cuenta la necesidad de desarrollar en las personas las habilidades necesarias para el trabajo interdisciplinario. La comprensión de situaciones que se abordan merece un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integridad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una mirada disciplinar que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

En la presente propuesta, buscaremos contribuir al desarrollo de un proyecto de trabajo interdisciplinario entre las distintas profesiones, donde cada uno asuma y comparta la mirada que tiene respecto a cada situación, promoviendo el debate y conjunción entre los diferentes posicionamientos, con el fin de arribar a estrategias de intervención diseñadas en conjunto. En este punto, adherimos al trabajo de Carballeda, quien reconoce a la interdisciplina como una conversación entre diferentes personas que tienen un interés sobre una cuestión común. Allí y de esa manera, surge la posibilidad de elaborar estrategias de intervención que se enmarcan en un equipo, pero donde cada parte del mismo, es decir las personas, aportan desde su singularidad. Esto nos deja ver que la interdisciplina no es una suma de campos de saber, sino su interacción y complementación.

A partir del recorrido institucional, y de analizar las intervenciones profesionales, desarrollaremos una propuesta de trabajo dirigida a los profesionales intervinientes en la Sala de Diálisis del HPC, la cual consistiría en conformar un equipo interdisciplinario que aborde las diversas y complejas situaciones que atraviesan los usuarios, logrando intervenciones fundadas en la lógica de la salud integral, abarcando todas las dimensiones que nos constituyen como sujetos. Esto se plasmará en reuniones de equipo donde se trabajen las situaciones problemáticas que se presentan en la Sala, escuchando lo que cada profesional puede aportar desde su formación y práctica, para luego ir conformando una estrategia de intervención articulada.

Modalidad de Ejecución de la Propuesta.

El presente proyecto será presentado ante las autoridades competentes del Hospital Provincial del Centenario, respetando los canales pautados institucionalmente. Buscaremos su aprobación y posterior puesta en práctica, siempre abiertas a sugerencias y/o propuestas por parte de los profesionales.

Estructura de la Propuesta.

Los encuentros serán semanales, con una duración aproximada de treinta minutos, dado que el abordaje de las diferentes situaciones puede requerir que tal tiempo se extienda. Se llevará a cabo en la Sala de médicos que esté disponible, en el día y horario que sea acordado por los profesionales.

El equipo interdisciplinario que formará parte de los Pases de Sala estará conformado por la Jefa del Servicio, los médicos, la Psicóloga, la Trabajadora Social, y algún representante de los técnicos. Es importante que el equipo cuente con un espacio de reflexión y re-trabajo, donde puedan compartir y pensar las estrategias que se están llevando adelante, y armar nuevas acciones a futuro. Sugerimos el registro durante el desarrollo de los encuentros y la recuperación de comentarios finales.

Primer encuentro: Presentación de la propuesta de trabajo al equipo interdisciplinario de la Sala de Diálisis.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	OBJETIVOS DE LA TÉCNICA	PROCEDIMIENTO
Importancia del trabajo interdisciplinario en las intervenciones con los usuarios de la Sala.	Acercamiento al conocimiento de la problemática existente.	Presentación oral de los lineamientos de la presente propuesta. Breve descripción del labor cotidiano de cada profesional en la Sala.	Comunicar y socializar el trabajo de análisis realizado. Fundamentar la importancia de un trabajo interdisciplinario presente en la Sala.	Compartir vivencias cotidianas, brindando un espacio ameno para todos los integrantes del equipo, con apoyo de refrigerio y mate. Se trata de que todos participen, y se registra lo que va surgiendo del encuentro.

Durante este primer encuentro, se buscará poner en conocimiento la importancia que adquiere un abordaje integral e interdisciplinario en las situaciones que se dan en la Sala de Diálisis.

A partir de una introducción propia, se desarrollarán los fundamentos y la importancia de la interdisciplina como eje central para el desarrollo de la propuesta: los Pases de Sala. Cada profesional brindará una presentación breve de su trabajo cotidiano con los usuarios, sugiriendo desde su mirada, propuestas para el desarrollo de los futuros encuentros. Se buscará, así, que los Pases de Sala, más allá de ser una propuesta establecida por nosotras, sea fruto de un trabajo colectivo entre los profesionales y la mirada que cada uno puede aportar. Todo lo surgido en este primer encuentro servirá como insumo para el establecimiento de la propuesta en el marco institucional.

Segundo encuentro: Reflexión y Elaboración de los encuentros.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	OBJETIVOS DE LA TÉCNICA	PROCEDIMIENTO
Importancia del trabajo interdisciplinario en las intervenciones con los usuarios de la Sala.	Elaboración del Formato Final de la Propuesta.	Reflexión de lo desarrollado en el Primer Encuentro. Presentación de propuestas acordadas para la puesta en marcha de los Pases de Sala.	Producir un insumo reflexivo en términos colectivos. Diagramar los Pases de Sala, a partir de propuestas de cada profesional.	Compartir reflexiones desde cada área profesional. Tomar la palabra, brindando ideas para el trabajo futuro. Registro de lo que surge del encuentro.

En este segundo encuentro se generará el espacio para plasmar y definir los lineamientos generales que se considerarán en los Pases de Sala. Los profesionales reunidos, cada uno/a

desde su especificidad y experiencia, expondrán sus ideas; para así definir colectivamente la dinámica a desarrollar en los Pases de Sala.

Tercer Encuentro: Puesta en marcha de la Propuesta. Inicio de los Pases de Sala.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	OBJETIVOS DE LA TÉCNICA	PROCEDIMIENTO
Importancia del trabajo interdisciplinario en las intervenciones con los usuarios de la Sala	Planificación de estrategias de intervención conjunta para abordar diversas situaciones	Exposición de situaciones de usuarios de la Sala que requieren intervención, más allá de lo estrictamente médico-biológico. Punteo de posibles estrategias de acción a considerar.	Conocimiento de situaciones de usuarios que requieren de una intervención integral. Proponer, desde la especificidad de cada campo profesional, los planes de acción que llevarían adelante. Planificación de estrategias conjuntas de intervención.	Presentación de situaciones de los usuarios, de forma clara y explicativa. Debate conjunto para la definición del plan de acción.

Con este tercer encuentro se iniciarán los Pases de Sala propiamente dichos. Los profesionales reunidos darán cuenta de las situaciones que se presentan al interior de la Sala de Diálisis y que requieren de una intervención integral, que trascienda lo estrictamente biológico. A partir de esto, propondrán desde su campo de conocimiento e intervención, diversas estrategias a considerar para abordar tales situaciones. De esta manera, se generará el debate necesario para definir cómo y de qué manera se trabajará cada situación de forma integral, dando lugar a intervenciones planificadas y fundadas desde la salud integral.

Así, se dará comienzo a la Propuesta; a la que no presentamos como única y estática, sino que será flexible y dinámica, abierta a las modificaciones que resulten necesarias o que imponga el propio ritmo de trabajo en los encuentros, no perdiendo de vista los objetivos propuestos.

Finalidad e Intencionalidad de la Propuesta.

Generar el encuentro entre los distintos profesionales que intervienen dentro de la misma Sala, dando lugar a la escucha de sus diferentes puntos de vista sobre las situaciones, en pos de generar estrategias conjuntas que promuevan acciones concretas y a largo plazo, garantizando los derechos de los usuarios del sistema de salud. Como hemos mencionado, es fundamental intervenir colectivamente ante las situaciones que presentan las personas que dializan. Más allá del diagnóstico, la enfermedad y el tratamiento, surgen demandas que exceden lo estrictamente biológico, pero que lo integran. Las intervenciones que se generen deben tener en cuenta todos los factores que entran en juego, considerando al sujeto en su conjunto, no de manera fragmentada, y fundamentadas en la perspectiva de salud integral.

Evaluación de la propuesta.

Como mencionamos anteriormente, la Propuesta desarrollada buscará implementarse a partir de la colaboración de los mismos actores, y se planteará como dinámica, flexible a las modificaciones que cada profesional crea conveniente proponer.

Con el fin de evaluar la propuesta, sus resultados y el alcance de los objetivos propuestos, se pondrá en marcha simultáneamente un análisis y seguimiento periódico de los encuentros.

“Es un procedimiento sistemático empleado para comprobar la eficiencia y efectividad del

proceso de ejecución de un proyecto para identificar los logros y debilidades y recomendar medidas correctivas para optimizar los resultados deseados.” (CEPAL; 2005:47)

Esto permitirá dar cuenta de cómo se va desarrollando el proyecto, identificar a tiempo si surgiera algún inconveniente y colaborar en la toma de decisiones que ajusten la propuesta y ayuden a mejorarla de acuerdo con su contexto y al análisis de sus resultados.

REFLEXIONES ;FINALES?

A partir del desarrollo del presente trabajo, iremos generando un final -abierto- a esta producción, buscando arribar a ciertas conclusiones que funcionen como apertura a nuevos interrogantes. El TIF estuvo guiado, por un lado, en vislumbrar el funcionamiento de la Sala de Diálisis del HPC, y los roles que adquiere cada profesional que allí interviene. Y por el otro, como respuesta a ello, en problematizar la forma en que se abordan las situaciones que se presentan.

Durante nuestras prácticas profesionales, nos insertamos en la Sala de Diálisis del HPC, pudiendo descubrir los actores que intervienen en ella, la dinámica de trabajo que se genera, tomar conocimiento de la población con quienes se trabaja, y las situaciones problemáticas que los acontecen. Referenciando al Trabajo Social como la disciplina de nuestro interés, detectamos que su inserción en la Sala no se ha dado de manera uniforme, sino que se ha adaptado a las necesidades y requerimientos de esta en determinados momentos. En un principio, Trabajo Social respondía a demandas derivadas de los otros profesionales; buscando en nuestra profesión respuestas a situaciones que no podían resolver: todo lo que excede al control médico, debe ser atendido por Trabajo Social.

“Al principio había mucha resistencia, y mucho de no saber muy bien ellos cuál era tu rol, entonces todo lo que fuera una cuestión más administrativa, o una cuestión de garantizar un derecho...antes era haceme este trámite.. o un paciente no vino, bueno llámalo” (Entrevista a Trabajadora Social de la Sala de Diálisis del HPC).

Con el transcurso del tiempo, y con una presencia más fuerte y constante de Trabajo Social en la Sala, el quehacer profesional fue adquiriendo mayor relevancia. Se trabaja con las personas desde su ingreso a la Sala: relevando todas las situaciones, asesorando en el trámite de gestión de las Pensiones, en la coordinación de los traslados desde su lugar de origen hacia el Hospital; se evalúan aquellos usuarios que cumplan con los requerimientos para acceder a

un trasplante, y las cuestiones relacionadas con sus condiciones habitacionales, gestionando los recursos necesarios para abordar la particularidad que cada situación presenta.

Si bien reconocemos que el lugar del Trabajo Social dentro de la Sala de Diálisis ha ido ganando mayor relevancia; aún no se produce un completo reconocimiento de la profesión, ni tampoco un trabajo conjunto con todos los profesionales. Trabajo Social se vincula más fuertemente con Psicología, con quien sí han construido un equipo donde trabajar las situaciones, trabajando colectivamente desde la especificidad de cada disciplina. El vínculo entre ambas profesiones resulta el más frecuente en estos contextos: lo social y la salud mental complementándose desde su singularidad, evaluando respuestas posibles a las cuestiones que la coyuntura actual nos presenta.

“Hoy por hoy lo que más estamos usando es el trabajo conjunto con Salud Mental, casi ninguna entrevista se hace sola, por lo menos las entrevistas de inicio tratamos de hacerlas juntas. En este momento hay dos Psicólogas, una que depende de Universidad, y una que era de, lo que depende del Nodo, que viene desde CUDAIIO. Entonces trabajamos mucho la entrevista en forma conjunta. A veces complementamos con una entrevista con algún familiar si es necesario, y se van asesorando, y se va trabajando el tema del Certificado de Discapacidad, el tema de la Pensión, y lo que va surgiendo desde la gente.” (Entrevista a Trabajadora Social de la Sala de Diálisis del HPC)

Sin embargo, esto no es suficiente. Las intervenciones no pueden darse de manera fragmentada, ni subordinadas al poder médico, quien continúa ocupando lugares hegemónicos, donde las decisiones más importantes sólo se derivan de lo que el/la médico/a sostenga, y todo aquello que queda por fuera o que no obtiene respuesta allí, debe ser respondido por los otros profesionales. Aún se percibe todo un sistema de jerarquías que imposibilita poner en marcha otras formas de trabajar.

“Siempre se sigue el escalafón. Desde la médica hacia abajo” (Entrevista a Técnica de la Sala de Diálisis del HPC).

“Ahora trato de derivar las cosas. Veo muy bien a quién le corresponde cada cosa, y que se hagan cargo. Me llega porque soy la persona a la que se le cuentan las cosas. Uno está y tiene más accesibilidad, pero siempre trato de derivar porque los reclamos después vienen hacia mí. Soy una persona muy abarcativa, pero trato ahora de diversificar.” (Entrevista a la Médica, Jefa de Sala de Diálisis del HPC)

No negamos la realidad de la existencia de situaciones que requieren inevitablemente de respuestas estrictamente biomédicas. Sin embargo, lo que aquí cuestionamos es el rol hegemónico que presenta el/la médico/ca en la atención en salud; donde no observamos que se generen procesos de trabajo conjunto, en los que se analicen y aborden las situaciones de los usuarios junto con todos los profesionales que integran el sistema de salud. Por el contrario, prevalecen respuestas individualizadas y relacionadas al aspecto estrictamente biológico, generando abordajes fragmentados que responden a las visiones segmentadas de los trabajadores de la salud.

Como hemos expuesto, las situaciones que se presentan en las instituciones de salud, y en particular en el contexto de una enfermedad crónica, rebasan los límites estrictamente médicos, abarcando aspectos que conforman al sujeto en su totalidad: lo social, lo económico, lo afectivo, lo subjetivo. Frente a estos escenarios, los abordajes y respuestas que se puedan formular deben acompañar la integralidad de las cuestiones sociales. Consideramos que uno de los desafíos que se nos presentan, como futuras profesionales en el campo de la salud, es impulsar nuevas propuestas de trabajo a partir del fortalecimiento de la interdisciplina. La construcción de este tipo de relaciones propone un modo de organización diferente para el trabajo en salud: es un diseño desde la interdisciplinariedad que aporte a la construcción del problema entre varias miradas y saberes, que supere los modos asimétricos instalados en la derivación o la interconsulta. En estos tiempos, los problemas que se presentan adquieren una trama de tal complejidad que obliga a trascender las acciones circunscritas en la inmediatez del hacer, para diseñar estrategias más integrales.

La construcción de intervenciones efectivas en salud demanda la emergencia de posicionamientos arraigados en la salud integral y el enfoque de derechos. Estos deben constituir el sólido marco que respalda las intervenciones en este campo. Es esencial fomentar un espacio donde cada profesional tenga la libertad de compartir su perspectiva

ante situaciones específicas. Este intercambio de ideas sienta las bases para la creación colaborativa de estrategias integrales de abordaje. Además, sostenemos que es fundamental reconocer al usuario del sistema de salud como un sujeto de derechos, y un participante activo en su propio proceso de atención. Este enfoque holístico y participativo promueve intervenciones más efectivas y centradas en las necesidades reales de quienes transitan las instituciones de salud.

Desde lo observado y expuesto, consideramos crucial la creación de espacios dentro de la Sala de Diálisis del HPC que fomenten intervenciones de este tipo. Abordando integralmente el proceso desde el ingreso de la persona a la Sala, con el inicio del tratamiento, centrándonos en todos los aspectos que impactan en la cotidianidad de quienes reciben el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica. Este enfoque permitiría desarrollar un trabajo continuo que trascienda al individuo, extendiéndose también a su entorno familiar si es necesario. Dentro del equipo, el Trabajo Social sería quien construya los factores psicosociales que influyen en el proceso de salud-enfermedad-atención; abordando las situaciones relacionadas con la salud de la persona, tanto en aspectos vinculados al inicio de la enfermedad como en aquellos que surgen como consecuencia de esta. Su labor se centra en desarrollar enfoques que fomenten y mejoren la calidad de vida de los individuos, al mismo tiempo que promueven su autonomía y garantizan el respeto de sus derechos. El Trabajo Social despliega un papel fundamental en la creación de un entorno de atención integral que considere tanto los aspectos médicos como los psicosociales, contribuyendo así a un abordaje más completo y centrado en la persona.

El propósito de este análisis pretende ir más allá de la comprensión del campo de la salud y específicamente del funcionamiento de la Sala de Diálisis del HPC. Con este trabajo, buscamos trascender la mera adquisición de conocimientos, problematizando la experiencia, cuestionando los diversos discursos que se manifiestan en el día a día. Desde nuestra práctica y trayectoria académica, aspiramos a examinar críticamente los espacios que hemos ocupado, brindándonos la oportunidad de reinterpretarlos desde una nueva perspectiva. Este TIF pretende generar reflexiones continuas que no actúen como cierres definitivos, sino como disparadores para pensar sobre nuestras prácticas: ¿Cómo concebimos al individuo sujeto de intervención? ¿Desde qué posición abordamos la colaboración con otras profesiones? ¿Qué

contribuciones puedo hacer desde mi especialidad para lograr abordajes que realmente mejoren la calidad de vida de los usuarios?

Para concluir, consideramos que todo lo expuesto anteriormente no sería posible sin la presencia de un Estado comprometido, que garantice y promueva prácticas en salud fundamentadas en un enfoque de derechos. En este contexto, es esencial que el individuo sea partícipe y protagonista de su propio proceso de atención, entendiendo la participación como un instrumento para democratizar las instituciones de salud. Un Estado comprometido no sólo asegura el acceso a servicios de calidad, sino que también empodera a las personas, permitiéndoles tener un papel activo en las decisiones relacionadas con su salud. Este enfoque colaborativo y centrado en los derechos contribuye a la creación de un sistema de salud más equitativo y orientado a las necesidades reales de la población.

En estos tiempos, donde (re)surgen discursos que cuestionan y niegan el rol del Estado, consideramos crucial seguir abogando por la garantía y ampliación de derechos. Es imperativo promover el debate constructivo en cada espacio, reconociendo que hay realidades que podrían mejorar, pero para ello se requiere la presencia activa del Estado. Un Estado que dedique recursos humanos y materiales para el adecuado funcionamiento de sus instituciones. Un Estado que construya a través de la participación ciudadana.

La salud es un derecho humano inalienable, y no podemos permitir que se negocie. Mantener firmes las banderas que promueven la justicia y la equidad es esencial en la búsqueda de una sociedad más inclusiva y comprometida con el bienestar de todos y todas.

Ni un paso atrás, nunca más.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR VILLANUEVA, Luis (1992). *El estudio de las Políticas Públicas*.
- AMELOTTI, Florencia y VENTURA FERNÁNDEZ, Nadia. “Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional” en: *Revista Margen*. N° 66, 2012.
- AQUÍN, Nora, CUSTOM, Esther, y TORRES, Exequiel “El problema de la autonomía en el Trabajo Social” en: *Revista de Trabajo Social*, Año 2012, N° 2. Disponible en: <https://revistapublica.files.wordpress.com/2022/10/10-19.pdf>.
- BREILH, Jaime. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)” en: *Revista Fac. Nac. Salud Publica*, Vol. 31, Suplemento 1, 2013.
- CAMPANA, Melisa (2010). *La asistencialización de la salud pública. La atención Primaria de la salud en el Municipio de Rosario*. (Tesis Doctoral). Rosario, Argentina, Universidad Nacional de Rosario.
- CAMPANA, M., & GARMA, M. E. “Los Caminos Conceptuales para dar Cuenta del «Sobre Qué» en la Formación Profesional de Trabajador@s Sociales en la UNR” en: *Cátedra Paralela*, 2005, N°3, Rosario, UNR, pp.5-18.
- CAPIELLO, Miguel Ángel (2019). *La Conquista de la Salud Pública. 30 años de gestión en Rosario y Santa Fe*.
- CAPLAN, Sergio, GÓMEZ, Lisandro (2011). *La importancia de comparar políticas de seguridad pública*. Ministerio de Seguridad de la República Argentina.
- CARBALLEDA, A. J. M. (2008). *Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires, Paidós.

- CASSARETTO, Mónica, PAREDES, Rosario “Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal” en: *Revista de Psicología*, Vol. XXIV, N° 1, Pontificia Universidad Católica del Perú Lima, Perú, 2006.
- CATENAZZI, A., CHIARA, M. “La participación en la gestión” en CHIARA, M., DI VIRGILIO, M. (organizadoras) *Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas*. Prometeo. Buenos Aires, 2009, Capítulo VII.
- CAZZANIGA, Susana “El abordaje desde la singularidad” en: *Desde el Fondo*, Cuadernillo N° 22, UNER, Facultad de Trabajo Social, 2001
- CAZZANIGA, Susana “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud” en: *Revista Margen*, Edición N° 27, 2001. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
- CAZZANIGA, Susana. “Visiones y tendencias en Trabajo Social. El lugar de la formación profesional como productora de sentidos” en CAZZANIGA, S. *Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*. Buenos Aires. Editorial Espacio. 2007. pp. 65-79.
- CHRISTENSEN, A. J. y EHLER, S. L. (2002). *Factores psicológicos en la enfermedad renal en etapa terminal: un contexto emergente para la investigación de la medicina conductual*. Revista de Consultoría y Psicología Clínica.
- DECRETO 522/13 (2013). *Salud Pública. Conceptos básicos y Generales. Junta de escalafonamiento*. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.
- DURÁN, J. M. y SELLARÉS, V. L. “Insuficiencia renal crónica” en SELLARÉS, V. L., TORRES, A., HERNANDEZ, D. y AYUS, J. C. (Eds.) *Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal*. Madrid, Harcourt Brace, 1998.
- FALEIROS, Vicente de Paula (1986). *Trabajo Social e instituciones*. Editorial Humanitas, Buenos Aires.
- FERRARA, F. (2009). *Relectura de la formación docente en salud*.

- FLACSO. (2011). Módulo I. *Determinantes sociales de la salud. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales.* Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/36978891/modulo-1-sede-flacso-programa-de-salud-pública-y-comunitaria->
- FLASH, C. & PASCHAL, C. (1999). *Enfermedad renal y diálisis.* Disponible en: <http://www.esrd/kdf.htm>
- FOLLARI, R. (1992) *Apuntes Seminario Epistemología* (mimeo). Facultad de Ciencias de la Educación. UNER. Paraná.
- FRUSTAGLI, R., SAMBRANO, M. y VALLI, M. (2014) *Trabajo Final Introducción a la Práctica Profesional III.* Cátedra I.P.P. III, UNR, 2014
- FRUSTAGLI, R., SAMBRANO, M. y VALLI, M. (2014) *Trabajo Final Taller de Aprendizaje Integrado III.* Cátedra T.A.I. III, UNR, 2014
- GOBIERNO DE SANTA FE. *Plan Estratégico Provincial.* Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>
- HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO (2013). Propuesta de trabajo y transformación para un proyecto de salud integral del Hospital Provincial del Centenario.
- IAMAMOTO, M. & CARVALHO, R. (1984) *Relaciones sociales y trabajo social,* CELATS, Lima.
- KARSZ, S. (2007). *Problematizar el trabajo social: definición, figuras, clínica.* Barcelona, Gedisa.
- MENÉNDEZ, E. “Modelo médico Hegemónico y Atención Primaria” En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.* Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas, 1998.
- MENÉNDEZ, E. “Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Auto atención. Caracteres estructurales” en “*La Antropología médica en México*”. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1992.
- MESCHINI, P. (2018). *Sistematización de la intervención en Trabajo Social: experiencias y fundamentos para un debate sobre el pensar-hacer en Ciencias Sociales.* Buenos Aires, Espacio Editorial.

- MONTAÑO, C. “Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Profesional crítico. Conferencia en XVIII.” en: *Seminario Latinoamericano de Escuela de Trabajo Social*, ALAETS, Costa Rica, 2004.
- MONTAÑO, C. (2000). *La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Sao Paulo, Editora Cortez.
- NETTO, J. P. “La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea” en ORGIANNI, E.; GARCIA, Y.; GUERRA, Y.; MONTAÑO, C. (ed.) *Servicio social crítico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético político profesional*. Cortez Editora San Pablo, 2003.
- NETTO, J.P. (1992). *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. Sao Paulo, Cortez Editora.
- NUCCI, Nelly, CROSETTO, Rossana, MIANI, Ana M., BILAVICK, Claudia, et al “La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública” en: *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 1, Nro. 2, 2018.
- OLMOS, F. y PUBILL, L. (2012) *Trabajo Final Introducción a la Práctica Profesional I*. Cátedra I.P.P. I, UNR, 2012
- OLMOS, F., PUBILL, L. y VALLI, M. (2013) *Trabajo Final Introducción a la Práctica Profesional II*. Cátedra I.P.P. II, UNR, 2013
- OMS. *El derecho a la salud*. Folleto Informativo Número 31. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- OPS/OMS (2005) *La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- PERDOMO RAMIREZ, Claudia Andrea y SOLANO RUIZ, Mari Carmen. (2018) “*La construcción social de la experiencia de vivir con una enfermedad renal crónica*”. Disponible en: www.enfermagem.rlae.eerp.usp.br.
- PETERSON, J. C. “Insuficiencia renal crónica” en: C. G. Tisher y C. S. Wilcox (Eds.), *Nephrology*. Baltimore, Williams & Wilkins, 3a. Edición, 1995.
- RAMOS, E. L. “Pacientes trasplantados renales” en: C. G. Tisher y C. S. Wilcox (Eds.), *Nephrology*. Baltimore, Williams & Wilkins, 3a. Edición, 1995.

- ROVERE, Mario. (2006). *Aportes de la Salud a la Construcción de una Gobernabilidad Democrática. Municipalidad de Rosario. “Una ciudad modelo en salud pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión”*. El Ágora. Rosario.
- ROZAS PAGAZA, M. (2001) *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio.
- SABINO, Carlos (1992). *El proceso de investigación*.
- SAUTU, R. “¿Cómo se hace una investigación en Ciencias Sociales?” en SAUTU, R. (comp.) *Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas*. Buenos Aires, Ediciones Lumiere, 2007, pp. 21-36.
- SAUTU, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires, Ediciones Lumiere.
- VERGARA QUINTERO, M. “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad” en: *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. Colombia, 2007.
- WAINERMAN, Catalina, SAUTU, Ruth (1997). *La trastienda de la Investigación*. Buenos Aires, Editorial Belgrano.

Anexos

ENTREVISTA A JEFA DE SALA DE DIÁLISIS (M)

E: *¿Cuánto hace que trabajás en la sala y cuáles son las herramientas que utilizas para llevar a cabo ese trabajo?*

M: Yo soy la coordinadora y jefa de la sala. Básicamente hago los dos roles porque no hay jefe de sala. Estoy nombrada como coordinadora, pero hago las dos cosas. En ese cargo estoy desde el 2016, pero en el servicio estoy desde el 2006 como médica.

En cuanto al trabajo, yo organizo todo lo que es pacientes, personal, insumos, derivaciones, tanto desde la sala hacia al exterior, como desde el exterior hacia la sala; pacientes que están en tránsito, pacientes que están internados, que hacen hemodiálisis crónica. Mantenimiento de la sala de agua también estoy al tanto. Desde Trabajo Social charlan conmigo también algunas veces, muchas veces trabajamos conjuntamente situaciones problemáticas, generamos reuniones con la gente de Trabajo Social y Psicología abordando diferentes situaciones problemáticas en la sala, gente que tiene dificultades. Muchas veces la gente llega por tener otras dificultades, no sólo la enfermedad en cuestión.

E: *En cuanto a las demás profesiones, además del Trabajo Social y Psicología que ya mencionabas, ¿Cómo se manejan? ¿Trabajan de alguna manera en particular?*

M: Bueno, trabajo con las secretarías cuestiones administrativas, y con los médicos, enfermeros, mucamos, los médicos de otros servicios, las demás cuestiones. Con todos se trabaja. Dependiendo de cómo se presenta la situación a veces es como nos vamos desempeñando.

E: *Hace tanto tiempo que estás dentro de la sala, que imaginamos que se va modificando la forma de trabajo. Esto que mencionabas recién, por ejemplo, que dependiendo de cómo se presente la situación se define la forma de trabajar sobre ella, nos hace pensar en las dificultades u obstáculos que pueden generarse al trabajar con las otras profesiones. ¿Notás alguna? ¿Existen?*

M: Cada uno tiene su particularidad, más dentro de este Hospital donde hay mucho de competencia. A mí no me interesa para nada, pero bueno, existe. Y a veces cuesta relacionarse con ciertas personas por esos egos. Pero con el resto bien, obviamente no somos todos

amigos, pero trabajamos todos bastante coordinados, tratamos de hablar bastante las cosas. Trabajar juntos y codo a codo, porque acá se trabaja todo el día y todos están trabajando todo el tiempo, tratando de poner lo máximo que se pueda con un mismo fin.

E: *¿Cómo consideran, desde la sala, al usuario, a sus familias?*

M: Bueno, ahora viene menos gente no sólo por la pandemia si no porque vienen en remises entonces se reduce la cantidad de gente. Empezó con la pandemia de ese modo, para evitar que vengan en transporte público, pero ahora sigue también. Nosotros generamos reuniones con los familiares bastante seguido sobre todo con los que más dificultades presentan y las hacemos con la Trabajadora Social y la Psicóloga. Lo hacemos con ellas, generamos la reunión y tratamos de que estén alguna de ellas porque en general se plantean algunas cuestiones que tienen los pacientes no sólo médicas si no también psicosociales.

E: *¿Cómo ves a la salud? ¿Podrías definirla desde tu mirada?*

M: Como una situación de bienestar, no sé. Podría ser eso. Y acá adentro tenemos pacientes que tienen carencias no sólo de su salud, de muchos aspectos, no sólo médico.

E: *El hecho de que haya Trabajadora Social dentro del espacio, ¿Trajo modificaciones? ¿Resultó favorable?*

M: Nos ayuda mucho más el hecho de tener un referente acá adentro, conoce más la sala y podemos vincularnos más directamente con la persona.

E: *Otra profesión que tiene mucha importancia acá es la de los enfermeros. ¿Cómo ves su trabajo?*

M: Ellos están siempre con el paciente, los escuchan las cuatro horas, tienen un contacto directo. Están ahí. Son a los que el paciente por ahí les refiere cosas que al médico no, son los que te dicen cómo los ven, o te dicen que conviene poner a determinados pacientes juntos. Tienen un montón de roles a parte de lo que es la enfermería pura. Las mucamas también, si bien tienen menos contacto, están siempre; ayudan en algunas cosas. No sé, acá se han hecho hasta colectas de las meriendas que sobran para algún paciente en particular. Hay un montón de funciones fuera de lo que es netamente dializar. Y que van surgiendo de la misma cotidianeidad y de estar escuchándolos y ver qué necesitan. Se trata de poder ayudar en lo

que se pueda. Tienen esa contención primero del lugar conocido y segundo, que realmente acá por ahí tienen más contención que en otros centros privados. Es así. Desde lo social, lo psicológico. Hay dos psicólogas todo el tiempo. Acá tenés respuesta ante lo que necesiten. Es difícil derivarlos a otros centros también.

E: *Sí, eso es algo que notamos en nuestro paso por la sala. Esos lazos que se forman acá y lo importante que son para el desarrollo de situaciones que son mucho más complejas que la diálisis propiamente dicha. Pensábamos en las demandas que te llegan como jefa, directamente a vos, ¿Cómo las trabajás?*

M: Ahora trato de derivar las cosas. Veo muy bien a quién le corresponde cada cosa, y que se hagan cargo. Me llega porque soy la persona a la que se le cuentan las cosas. Uno está y tiene más accesibilidad, pero siempre trato de derivar porque los reclamos después vienen hacia mí. Soy una persona muy abarcativa, pero trato ahora de diversificar.

ENTREVISTA A TRABAJADORA SOCIAL DE LA SALA DE DIÁLISIS DEL HPC

(T.S)

*E: Bueno, para arrancar si nos puedes contar un poco de tu rol profesional dentro de la Sala...
Hace cuánto estas presente en la misma; cuál sería tu función.*

T.S.: Bueno, la inserción concreta.. o sea, siempre vinimos trabajando como apéndice.. a demanda del Servicio de Diálisis hasta fines del 2018 más o menos, donde, desde Dirección nos piden para regularizar el tema del traslado de los pacientes, porque había una cierta normativa donde parecía que PROFE no iba a pagar más los traslados, entonces ahí hicimos un relevamiento de toda la Sala, y empiezo a trabajar más activamente en la Sala de Diálisis. Este relevamiento nos hace ver que hay muchos pacientes que no tienen Pensiones, o que las tienen, pero no están afiliados a PROFE, y empieza a mostrar un poco en qué condiciones estamos en la Sala de Diálisis. Y empiezan a surgir un montón de situaciones que hacen que, la importancia que Trabajo Social esté más presente, y ahí me asignan como parte del equipo... Que, a su vez, yo ya venía trabajando más que nada en la parte de Trasplante Renal, entonces a partir de ahí quedo con todo lo que son los trasplantes del Hospital y la Sala de Diálisis. Este primer acercamiento es como que como va con una demanda concreta, me facilita más entrar a la Sala... no era que iba yo a mirar... porque, si bien Trabajo Social siempre fue reclamado desde la Sala de Diálisis, al no estar involucrado tan específicamente, tampoco el reconocimiento profesional del otro estaba. Y bueno eso fue una conexión de a poquito, hasta que es como que hoy es, la tercer pata de la disciplina está en Trabajo Social.. o sea, ante todos los ingresos, ante cualquier situación, se consulta digamos. Paso por lo menos 5/6 meses hasta que logramos empezar a tratar de armar reuniones de equipo, porque al principio era una idea bastante loca, y después fue, se fue normatizando también, porque era pasar por la Sala y que el técnico te demandara, el médico que estaba a cargo.. o sea, entonces se organizaron, a través de los Jefes de Servicios, empezamos con los Pases por lo menos cada quince días, un mes, no tan sostenidos como en las Salas de Internación, pero sí una lectura de todas las situaciones por lo menos una vez al mes. Y ahora la demanda es continua, digamos.. no sólo la demanda del profesional para una intervención de los otros profesionales, sino de la misma gente, el reconocimiento de la gente ya es diferente.. Pasa

que la población es muy estable, una vez que ya quedaste relacionado con Diálisis, te ven.. y el turno que queda más aislado, que es el tercer turno, es como que lo cubre mucho Psicología y deriva.. vienen a la mañana, o lo hacemos telefónicamente, pero bueno el nexo ahí está dado más por Salud Mental. Y lo que estamos haciendo ahora es ir viendo el paciente cuando ingresa.. cuando ingresa a una Sala de Internación y sale con el diagnóstico de que va a quedar en Diálisis, ya desde ahí ya empezamos, lo entrevistamos, se hace una pequeña encuesta que pide el SINTRA? para su derivación a la Lista Nacional de Pacientes que están en tratamiento de Diálisis, y ya ahí uno tiene conocimiento del paciente desde que ingresa al Hospital.

E: *¿Y en cuanto a las herramientas o técnicas de trabajo que utilizas cotidianamente?*

T.S.: Hoy por hoy lo que más estamos usando es el trabajo conjunto con Salud Mental, casi ninguna entrevista se hace sola, por lo menos las entrevistas de inicio tratamos de hacerlas juntas. En este momento hay 2 Psicólogas, una que depende de Universidad, y una que era de, lo que depende del Nodo, que viene desde CUDAIIO. Entonces trabajamos mucho la entrevista en forma conjunta. A veces complementamos con una entrevista con algún familiar si es necesario, y se van asesorando, y se va trabajando el tema del Certificado de Discapacidad, el tema de la Pensión, y lo que va surgiendo desde la gente.

E: *Y siguiendo el hilo del trabajo conjunto con otras profesiones, y de qué manera.. ¿Con los demás profesionales de qué manera se da?*

T.S.: Con los médicos clínicos de la Sala hay relación todo el tiempo. Psiquiatría y Salud Mental vienen de la mano y es más la Psicóloga quien hace el contacto con Psiquiatría. Y en la Sala se trabaja con Nutrición, pero no hay mucha demanda ni de Nutrición hacia nosotros, ni viceversa, salvo el refuerzo con algún bolsón alimentario y demás, pero no algo interdisciplinario; por ahí te tira una demanda loca pero no más que sentarse a charlar y a debatir los casos. Y la mayoría de estos pacientes también se van reevaluando para trasplante, entonces ahí si hacemos todo lo que es la logística con los Centros de Salud de la zona.

E: *¿Ellos evalúan en cuanto a condiciones de vivienda, o cuál es el trabajo con las instituciones del barrio?*

T.S.: En realidad, CUDAIIO pide para el ingreso a la lista de espera de trasplante, un informe social específico que es sobre la vivienda. Entonces nosotros ahí hacemos la conexión con el

Centro de Salud, y si el paciente no está adscripto, se trata de adscribir al Centro de Salud para que ellos puedan hacer la confección del informe y el seguimiento. Eso nos ha traído bastantes dificultades en territorio, sobre todo en esta cuestión Municipalidad-Provincia, hay muchas colegas que se resisten a hacerlo, hay otros Centros de Salud, que es hacia donde uno apunta también a trabajar, pero les cuesta de que no sea una derivación aislada de Trabajo Social, sino al equipo territorial para que haya un médico clínico que lo siga, que haya un equipo que lo siga en territorio; pero nos está por ahí costando el llegar a los Centros de Salud. Por momentos, ese trabajo en red estuvo más aceitado; en época de pandemia fue un desastre porque los Centros de Salud estaban abocados a otra cosa, y lo que hacíamos por ahí si era urgente subir la lista, era estrategias de pedir fotos vía WhatsApp, o filmación de la casa, y hacérselo acá, dependiendo de la urgencia. Pero bueno, lo que sí a nivel Política de Salud, la Municipalidad, de parte de la Secretaría de Servicio Público de la Vivienda lo único que está priorizando ahora es pacientes en lista de espera de trasplante, entonces la accesibilidad de recursos está para mejoramiento de vivienda, que no está en otras áreas.. Entonces bueno, es como que hay bastantes ventajas. Y la otra accesibilidad que hay hoy a través de la Ley de Trasplante es que las Pensiones Nacionales, digamos el paciente que accede a una lista de trasplante y entra en lista a nivel de INCUCAI, puede acceder a un subsidio por trasplante, que es el mismo monto que la Pensión Nacional, que tiene después la posibilidad de tener Incluir Salud, pero el trámite es mucho más fácil, es por la web. Simplemente, cargas el DNI, el carnet del INCUCAI que está en lista de espera de trasplante, documento, el CODEM de la Anses, un mail y un número de teléfono, y ya la cargas. Y salen más rápido. De esta forma le da al paciente cierta posibilidad de acceder más rápido, que un paciente común, digamos.

E: *¿Qué características tiene que presentar el paciente para ingresar a la lista de espera de trasplante?*

T.S.: Lo que CUDAIIO te pide son una evaluación psicológica, donde lo que más se busca es que no haya ninguna patología de base expuesta, que pueda el día de mañana, cuando te someten a un trasplante, que sea contraproducente... Que le pueda hacer una crisis... Porque un paciente trasplantado después queda con medicación crónica de por vida. Después te piden todo lo específicamente médico, y dentro de Trabajo Social lo que más se evalúa es que la

vivienda tenga condiciones mínimas de higiene y de limpieza, que tenga un techo aislado, que tenga paredes revocadas y pintadas, los pisos que puedan ser limpiables, si no son de cerámico, que sean de un portland alisado que se pueda limpiar. O sea, condiciones mínimas para que el paciente cuando vuelve inmunodeprimido, se le pueda garantizar mínimamente que no haga infección en la casa. No animales adentro.. ver cuán acompañado va a estar el paciente, eso también se busca mucho, poder tener una red de contención en el momento del alta de un trasplante, porque el paciente va a necesitar mucho acompañamiento.

E: *Volviendo al tema del trabajo interdisciplinario.. ¿Reconoces ciertas dificultades u obstáculos?*

T.S.: Mira... Al principio había mucha resistencia, y mucho de no saber muy bien ellos cuál era tu rol, entonces todo lo que fuera una cuestión más administrativa, o una cuestión de "garantizar un derecho".. No ser parte de un equipo.. Y eso de a poquito, y con la aceptación de nuestro lugar en la Sala, se va modificando.. Pero antes era "haceme este trámite... O un paciente no vino, bueno, llámalo"... Muchas cosas se van modificando. Pero en el hacer, hay posiciones por ahí más duras de los médicos, que si eso es Trabajo Social o no es Trabajo Social te corresponde a vos, llamar a los Centros de Salud... Pero bueno, de a poco se va modificando. Y esta vía de entrada, que fue el tema de los traslados, fue muy fuerte, porque también aparece la Pandemia jugando en el medio, aparece que hay que garantizar al paciente el traslado al Hospital. La Ley de Diálisis marca que es un tratamiento crónico y que el paciente tiene que tener garantizado su ida y vuelta al Centro de Diálisis; en realidad, los seguros están cubiertos desde el momento que salís de tu casa hasta el momento que se vuelve a la casa, como parte del tratamiento. Entonces, bueno, ir peleando con eso porque se juega mucho recurso, sale muy caro traer los pacientes a dializar, en autos particulares, en remises.. Con la Pandemia no podes traer más de dos, en algunos casos solos por el aislamiento.. Entonces todo ese tema de logística un poco fue la puerta de entrada más grande que tuvo Trabajo Social en la Sala, para acomodar eso. Hoy está muy aceitado, hoy directamente lo maneja la Secretaria, yo por ahí intervengo más cuando son de localidades de afuera, cuando los costos de traslado van a ser muy altos, cuando no tienen PROFE, en la relación con las Comunas... El día a día se fue aceitando mucho la logística de trabajo

E: Ahora pasemos al sujeto de intervención, a los usuarios.. ¿Cómo los concebís? ¿Cuál es tu mirada?

T.S.: La población está muy vulnerada.. Hay mucho paciente que llegan a este estado, pero de abandono, por falta de no haber estado relacionados a los circuitos de salud, y con algún complemento extra.. Hay muchos pacientes complicados con el tema de adicciones, mucho paciente complicado con Diabetes, mucho paciente complicado con situaciones familiares de despego, o sea, con poca familia atrás.. Entonces yo creo que tenes de todo. Es poca la población que no presenta una complejidad extra digamos, a la cuestión médica. Tenemos pacientes que son muy buenos adherentes al tratamiento, tenemos pacientes muy pasivos al tratamiento, tenemos pacientes que hacen picos de venir, y después faltan y no quieren venir más, con cuestiones ahí más de salud mental, de cansancio.. al ser un tratamiento crónico, un tratamiento con una perspectiva de, salvo un trasplante, muy lejana de cura, que no hay cura, entonces también eso.. Cuando se trabaja hacia un trasplante lo que también uno trata de enfatizar es que no es que te curas, también es tratamiento... Entonces el éxito de un trasplante también hay que trabajarlo desde antes, porque dejas una medicación y ya se te cae el trasplante.. Tenemos muchos pacientes que han tenido su período de diálisis, un trasplante exitoso, un par de años con trasplante y caída.. Y la vuelta a un tratamiento de diálisis es muy frustrante para la gente. A veces lo que sucede, es que se agotan los injertos por sí mismos, porque el órgano que se colocó no era de buena calidad, o que el cuerpo lo rechaza sin que haya dejado la medicación, y muchos otros, por dejar la medicación. Y tenemos un grupo de población grande que está muy cruzada con el tema de adicciones, entonces son pacientes difíciles, super recontra demandantes, donde vos sos la que tiene los recursos, y en Sala también es difícil el manejo para los médicos, con demanda continuamente de que el paciente insulta, que se pone difícil, que se quiere desconectar todo el tiempo.. Tenemos varios pacientes hombres jóvenes, sobre todo, que no terminan de asumir la enfermedad.. Entonces también dar cuenta del límite y hasta donde el Trabajo Social tiene que dar respuesta, porque en teoría todo lo que nadie da respuesta, tiene que dar cuenta el Trabajo Social, en todo ámbito.. Desde el médico que te lo manda porque no le entendió lo que estaba diciendo... Todo lo que está fuera de la medicina, es Trabajo Social. Pero lo bueno es que estamos teniendo muchas reuniones con las familias en grupo, con los médicos, con los psicólogos...

Se está trabajando mucho más interdisciplinariamente, y nos cuentan para un montón de cosas, osea hacen jugar la palabra Trabajo Social que antes no estaba.

E: *Y, en cuanto a las familias, ¿Qué rol tienen en el tratamiento, en el día a día?*

T.S.: Depende del paciente, de su edad.. Hay muchos pacientes donde la familia está totalmente ausente, que vos los ves totalmente solos, y cuando demandas hacia un afuera, no tenes un afuera.. Y hay familias que están muy presentes, o muy demandantes también. Esta cuestión de que el remisero los trae solos hace que la familia quede un poco más aislada del tratamiento del paciente.. Antes cuando se manejaban en autos particulares, o en colectivo que tienen el pase libre los dos, entonces siempre había un familiar que acompañaba, que quedaba afuera de la Sala muchas veces esperando las cuatro horas sentado ahí, que tenías otra relación con las familias.. Ahora con la Pandemia también eso se vio muy sesgado porque no los dejan entrar, entonces todo eso va llevando a que uno pierda un poco el contacto con la familia. Pero también hay de todo.. Tenes familias que te vienen a golpear la puerta, y tenes familias totalmente ausentes. Muchas veces eso se ve reflejado en cómo llega el paciente a dializar, en la higiene, en la angustia, y demás. Tenemos un paciente de muchos años de diálisis, que por su mismo cuadro clínico no va a ser trasplantado, por todo esto otro, por no tener familia, por una cuestión psicológica, porque su cuerpo ya tiene un deterioro y otras morbilidades, entonces esos son los crónicos que uno los acompaña desde otro lugar; y tenes esos otros pacientes que entró, dializó tres meses, se trasplantó y nunca más lo viste. Hay un gran número ahora que, no es tan importante como la diálisis tradicional, pero que está haciendo peritoneal; sobre todo la gente que recién empieza o gente joven, es la que se trata más de canalizar por la peritoneal. A ellos se le hace un seguimiento por el tema trasplante, pero con el tratamiento en sí mismo quedan ligados al Centro de Diálisis, que ahora está en convenio con el Español y con UPCN, entonces ya queda desvinculado prácticamente del Hospital. Vos lo vas viendo cada seis meses que viene a renovar los papeles de trasplante, y nada más. Pero esos generalmente son, o pacientes jóvenes, o los que ya están quedando sin acceso vascular, como otra alternativa de tratamiento. Y, por otro lado, lo que te plantea la gente, es que es mucho más cómodo el tratamiento, porque es en tu casa, te libera de las cuatro horas del sillón, pero no es para todos tampoco. Este tipo de tratamiento se va ofreciendo a la persona, desde el equipo, porque va un informe social, porque la casa tiene

que tener determinadas condiciones para poder garantizar el tratamiento, y tiene que haber alguien que pueda acompañar en los cambios de la diálisis, y el paciente también tiene que acceder a ser él quien se haga el tratamiento.. Entonces, si bien es una decisión, por los accesos vasculares, bien médica, se trabaja en equipo.. De hecho, ahora están pidiendo primero un informe social para poder mandarlo, si están las condiciones dadas. Igual, volviendo con el tema recursos, la Municipalidad está aportando mucho para estos pacientes, se está pudiendo a largo/mediano plazo, poder decirle "bueno, hoy no, pero..", y eso lo trabajamos con la colega que hace peritoneal, que es la que puede marcar que es lo que necesitan ellos para el tratamiento.

E: *En cuanto a las políticas públicas, políticas sociales, con las que se trabaja dentro de la Sala..*

T.S.: Estos recursos, a nivel Tarjeta Alimentaria, que ahora también está frenado, se cayó con la Pandemia y no están saliendo nuevas Tarjetas.. Se trabaja también esta cuestión de Servicio Público de la Vivienda, inscripción en lista, Vivienda Santa Fe, lo que más se trabaja es eso, y hacia el afuera con todo lo que tiene que ver con Salud Pública extra Hospital, por ejemplo, Centros de Salud. Con el tema de Pensiones, está bastante aceitado, ahora hay un médico que está haciendo los CMO acá, con él estamos trabajando bastante en la accesibilidad a las Pensiones. Por un lado, está la Pensión por Trasplante, que sale más rápido; tuve un paciente que le salió en dos meses, son pocos papeles. Ahí el nudo es ver qué paciente va para trasplante, y qué rapidez hay entre que le haces el informe y sube a la lista. Yo siempre hago eso de ver los tiempos.. Si veo que el paciente está muy complicado y veo que no va a subir rápidamente a una lista de espera, arrancamos con la tradicional, y sino prefiero esperar con el paciente dos o tres meses, y mandarlo por la del Subsidio por Trasplante porque es mucho más rápida. Igual con la Ley de Trasplante, se garantiza lo que no se garantiza por Certificado de Discapacidad. Los Certificados de Discapacidad, una vez que el paciente se trasplanta, se cae, porque supuestamente el paciente estaría curado; en cambio con el Certificado que da el CUDAIIO, la credencial del CUDAIIO sirve como el CUD y no tiene vencimiento. Lo mismo que el Subsidio tiene las mismas condiciones que la Pensión, o sea si uno se inserta en el mercado laboral formal, se cae la prestación.

E: *Por último, ¿Cómo definirías la salud?*

T.S.: La salud hoy en día lo que se está viendo es que está en un momento bastante caótico. Uno trata de garantizarle los derechos que tiene la población a la salud, y hoy no se si están tan garantizados. Esta cuestión de poder pensar más allá de una salud médica, de una cuestión biológica, sino una salud integral, donde una persona tenga cubiertos todos sus derechos está un poquito lejos, por falta de accesibilidad, por falta de recursos. La vida cotidiana de los pacientes está siendo cada vez más dura, se está viendo cada vez más una población mucho más empobrecida que ni siquiera accede a los medios de salud; y una población que antes tenía una Obra Social, o un nivel medio de vida, que está cayendo de nuevo en un Hospital, en lo público. Y una Salud Pública que está cada vez más fraccionada. Los cambios de gobierno hacen que.. Años atrás teníamos una Salud Municipal y Provincial casi que se trabajaba en forma conjunta, y hoy cada vez se ve más el fraccionamiento en relación a los distintos colores políticos, llámalo como quieras. Entonces los tiempos son más lentos, las accesibilidades son más lentas.. La Pandemia demostró mucho más la fractura, los huecos que hay en el Sistema. Y hoy tenemos toda una población que no se controló por dos años, por estar guardada, que hoy cae con un deterioro muy grande en su salud. Y nosotros tenemos mucha población que no queda dializando acá porque no hay camas.. Entonces hay mucha población que llega, hace un pique por el Centenario, o viene de otro lado derivado y directamente ni pica por los sillones del Centenario, y directamente va al privado, porque hay mucho paciente en Diálisis. La población que dializa acá viene de toda la ciudad, y tenemos gente de Totoras, de.. Osea se trate siempre de que el paciente pueda volver a dializar a la zona donde él vive, pero por ahí no hay convenio, o no hay sillones en otro lado, y tenemos una población de acá y del Gran Rosario (San Lorenzo, Arroyo Seco, Villa Constitución, Alcorta). Ahora tenemos una señora que es de Santiago del Estero, que tiene familia en Perez, y estamos buscando que pueda volver a Santiago. Se está trabajando mucho también en eso, en darle la primera atención y después volver a su lugar de origen. Había una chica que era del Chaco, un pueblito perdido en la nada misma del Chaco, y acá tenía a los padres. Muy complicada ella con su salud, vino acá, y quiso volver; así que se le fue armando toda la estructura y después de cinco meses de dializar acá, volvió con su familia allá, que tenía a su esposo y dos hijos chiquitos. Fue aceptada en Chaco, Resistencia; le queda a cuatrocientos kilómetros su diálisis... Eso también pasa mucho, que las distancias acá son menores. Poder garantizar los tratamientos en la Provincia de Santa Fe no es lo mismo ni en el norte de Santa

Fe, en el interior menos. La accesibilidad está muy relacionada con las distancias en el interior, entonces te llega un paciente que la familia lo trae del Chaco muy descompensado, y cuando vos empezás a indagar, la situación de salud está muy perjudicada, por la falta de accesibilidad, falta de colectivos, falta de recursos, por las distancias; entonces esa gente llega muy descompensada.

Trabajar en red con el afuera es muy importante, y por ahí se hace fácil, o por ahí se hace muy difícil. Hay colegas que presentan trabas al momento de realizar los informes. El paciente que dializa tiene la característica que viene tres veces al Hospital, entonces para afuera es como que ya lo chupó la institución, y volverlo al Centro de Salud, o que el paciente vuelva al Centro de Salud, cuesta, ya que quedan muy referenciados con nosotros, y de afuera también se ve igual. Entonces a veces es difícil pedirle a una colega afuera que acompañe los procesos del paciente. Salvo esos pacientes que ya venían con una fuerte atención primaria, y caen después al Hospital; ahí es más fácil que lo sigan pudiendo ver. Pero de los dos lados es, tanto del Centro de Salud hacia el paciente, como del paciente hacia el Centro de Salud; lo cotidiano queda más pegado a la institución. Despejarse del Hospital les cuesta un montón a los pacientes.

La ley de Trasplante dice que, a los tres meses de empezar el tratamiento de diálisis, ya tiene que estar subido a lista de espera, pero muchas veces el paciente todavía no asumió ni que es crónico, ni lo que le está pasando, le quiebra la vida en mil pedazos. Entonces cuando le decís que vayan a hacer los papeles para trasplante, te quedan mirando, y empezamos a remar todo de nuevo; todavía no están entendiendo que tienen una máquina ahí que les está filtrando la sangre y que su riñón no está funcionando. Si bien a nivel médico, las cosas para trasplante tienen que estar subidas a los dos meses, porque te lo pide así el sistema para que su diálisis tenga su financiador y demás; tratar de frenarle el ingreso a la lista de espera desde lo social y psicológico, porque el paciente no está en condiciones de pensarse trasplantado, que tiene toda otra responsabilidad y carga afectiva. Cuando entras a una lista, y después de estar dializando, al cuarto mes te llaman para un trasplante.. Y seguramente ese trasplante no va a dar buenos resultados, porque aún no están incorporados los cuidados, que es algo crónico.. Y cuando empezas a depender de vos mismo, de los horarios de tomar la medicación, se cae. Ya hemos tenido varias experiencias, hasta cuando el donante ha sido un familiar. Hay veces

que uno todavía no asume la enfermedad, y te trasplantan y crees que ya está; y es muy frustrante cuando tienen que volver a diálisis.

ENTREVISTA PSICÓLOGA SALA DE DIÁLISIS (P)

E: *Bueno, para comenzar, nos gustaría conocer un poco sobre cuál es tu rol dentro de la sala.*

P: Ingresé en el año 2011. La sala de diálisis tiene un marco regulatorio, hay una ley nacional que en este momento no recuerdo cuál es, si quieren después se las paso. Regula la existencia de profesionales acá adentro. Entre todos los profesionales están los nefrólogos, los técnicos, la parte de mucama, y aparecen los psicólogos y los Trabajadores Sociales como agentes importantes dentro del equipo. Mi ingreso fue en el 2011, yo estaba trabajando en lo que es procuración de trasplante antes de venir acá, y en ese momento no había Psicóloga, había una que hacía trabajo para la gente de trasplante, entonces la idea fue diseñar y empezar a pensar cómo podía ser la práctica con pacientes o con familiares y el equipo mismo. Ahí se fueron estableciendo distintas pautas de trabajo y en ese momento disponíamos acá al lado, no sé si vieron al lado de la escalera, la sala de espera, y teníamos ahí un insumo para trabajar con ellos, para trabajar de manera grupal o incluso con los familiares que estaban esperando afuera. Después el trabajo mío con los pacientes es, fue y sigue siendo de esta manera, nosotros nos acercamos todos los días a hablar con los pacientes, hay momentos que son críticos y ahí tratamos que no estar ahí en la sala, el momento de conexión y desconexión del paciente, esos dos momentos son puntuales, son críticos, el equipo de salud está muy atento porque puede pasar algo con el paciente en esa conexión y nosotros estamos afuera, incluso son momentos privados para la persona misma, a algunos le duele, otros se ponen incomodos, entonces siempre nosotros estamos fuera. Una vez que los conectan pasamos a ver cómo están, si hay alguna situación por la que quieren hablar, con muchos hacemos lo que es psicoterapia e intentamos que sea en consultorio porque es muy difícil abordar las cuestiones afectivas y movilizantes de forma colectiva y en la sala donde están las otras personas. Podemos dividir el trabajo en dos épocas: antes de la pandemia, el paciente podía llegar antes, venían en colectivo cuando tenían que hacer psicoterapia, y ahora está todo muy limitado. Vienen todos en remis, todos llegan a dializarse y se van y casi no tienen tiempo de espera. Y antes de la pandemia trabajábamos psicoterapia y luego se incorpora otra Psicóloga, y el trabajo se tornó más sencillo digamos, porque empezamos a compartir las funciones tanto en la sala de diálisis como en la parte de trasplante.

Los pacientes de acá, digamos las patologías renales son una epidemia a nivel mundial, nacional y provincial. Hay muchísimos pacientes que entran por diabetes, por hipertensión, o por alguna otra causa van a ingresar a diálisis. Esta sala de diálisis es la única sala pública del sur de la provincia, las otras son todas privadas. Por su parte, los pacientes cuando llegan acá no tienen cobertura de salud; ahí es donde interviene la Trabajadora Social en una primera entrevista que es para hacer el certificado de discapacidad y asesorarlos en cuanto a la pensión a la que tienen acceso aquellos que no hayan tenido años de aporte. Y ahora en el marco de la pandemia, varias funciones se modificaron, la sala se modifica, había tiempo para que merienden o coman algo, ahora ya no. Están todo el tiempo con el barbijo puesto, antes había más circulación de gente dentro de la sala, ya no. Ahora hay pacientes que no los puedo atender acá (consultorio) por una cuestión de tiempos, y hago videollamadas desde mi casa, a las 20 hs cuando ya terminé mis actividades, se sigue dando esta opción digamos, atender al paciente por fuera del horario de trabajo.

E: *Con respecto a las herramientas o técnicas que utilizas cotidianamente, ¿Qué nos puedes decir?*

P: Hago las entrevistas. Para lo que es trasplante hay una entrevista más estructura, digamos qué tipo de preguntas hacer porque son más específicas; pero acá es por entrevistas y algunas otras cuestiones que podamos necesitar antes alguna circunstancia, pero básicamente es la entrevista. En algún momento había chicos pediátricos acá y ahí se han utilizado otras herramientas como juegos.

E: *¿Ahora ya no hay niños acá? Recordamos en nuestro paso por la sala a algunos.*

P: No, ahora ya no hay, incluso hay uno que falleció, tres se habían trasplantado, y uno reingresó con 18 años.

E: *¿Con qué otros profesionales trabajas?*

P: Hubo como una modificación, antes había un trabajo como más dividido. Yo hacía mi trabajo, y al paciente se le hacía una entrevista con Trabajo Social, nos organizábamos así. Y de un tiempo a esta parte, que no puedo precisar cuándo, hicimos un abordaje del paciente desde el primer momento, planear una entrevista cuando llega acá y después el trabajo con los pacientes que están internados acá, digamos vienen con una enfermedad renal muy aguda

y ahí determinan que tienen que ingresar a diálisis. Y entonces ese ingreso a diálisis que es invasivo, y todo un cambio, eso es lo que vamos abordando y por lo general trabajamos mucho tiempo juntas con la TS. Si el paciente está ingresando lo vemos juntas, y alguna cuestión, por ejemplo, hubo una cuestión que trabajó mucho la TS con la otra Psicóloga, había una chica que venía del Chaco, con una condición de salud muy complicada, y desde el minuto que la chica pudo decidir, su deseo era volver al Chaco con sus hijos. Sus padres la querían retener acá porque decía que no estaba en condiciones de decidir, y se hizo todo un trabajo fantástico entre todos, la paciente llega acá en un estado muy vulnerable, la familia que la quiere retener, y se pudo trabajar para respetar el deseo de ella, su derecho. Se armó toda una estrategia porque la chica es de un pueblo de Chaco, y se armó todo para que ella se quede dializando en capital, y regrese los fines de semana con sus hijos. Y fue un trabajo que hizo B (la otra Psicóloga) y M (Trabajadora Social). Y lo importante de trabajar en equipo, conocer a la otra persona y saber de sus tiempos e ir viendo cómo se aborda. La verdad yo estoy muy contenta de cómo estamos trabajando con M en particular y con todo el equipo de Trabajo Social.

Después también hacemos interconsultas con la parte de Psiquiatría. Hay pacientes que requieren la intervención de un Psiquiatra por temas de depresión, hay temas de ansiedad, por consumo problemático de sustancias. Vieron que acá la política es la georreferencia al territorio. Todas las atenciones tienen que ser en el territorio. Acá hay una primera intervención con Psiquiatría y después se deriva y se sigue en los casos que se puede, no siempre se puede seguir desde la sala. Tal vez porque hay momentos en el que el paciente no viene, y es imposible saber qué está pasando con ese paciente, entonces se tiene que referenciar en el territorio. Y después bueno, con todo el equipo de trabajo que en este caso son los nefrólogos y los técnicos. Cuando hay un paciente internado, preguntamos a ver cómo está, cuáles son las necesidades, qué se va a hacer, cómo salió la operación; hay un trabajo con los nefrólogos. Y los técnicos son figuras clave, son las personas que los conectan a los pacientes. Son ellos los que tienen el contacto más cercano. Y ellos muchas veces nos vienen a decir, fijate tal persona que está angustiada, o qué se puede hacer por ella. Así que el pedido de consulta te puede llegar por varios lados.

E: *¿Existen dificultades para trabajar con el resto de los profesionales?*

P: No, porque uno conoce la cuestión dinámica.

E: *¿Vos crees que hay un trabajo interdisciplinario?*

P: Sí, incluso trabajamos también con las jefas de la misma manera que también trabajamos con los médicos, abordamos las situaciones, algunas muy extremas y hay que pensar hasta dónde continuamos, qué podemos hacer, digamos que se hace un trabajo, a mi gusto, muy interdisciplinario, y muy pensado siempre en el paciente. Tienen todo el mismo objetivo. Por ejemplo, un cambio de horario. La otra vez viene la coordinadora y dice, le voy a cambiar el horario a tal persona; y le digo, acordate que tal persona en tal horario está ocupada; ah, tenés razón, como que estamos pendientes de cómo se trabaja. Y lo que uno no nota, tal vez el otro sí. Los técnicos tienen una calidad muy humana superior a la media, digamos. Por ejemplo, hay una que siempre está en la organización de eventos, en las fiestas decorando la sala. En su época, cuando se podía, se festejaban los cumpleaños, se traían sándwich para festejar. Ahora estamos limitados por la pandemia. Pero pensamos que en algún momento se va a poder recuperar todo eso. También cuando hay algún familiar de algún paciente internado lo van a ver, se ocupan de saber si pueden ayudar en algo. Muy solidarios.

Después hay situaciones complicadas en la sala como los hay en todo ámbito. Pero eso se va trabajado con todas las herramientas que tenemos a los fines de cuidar al paciente y también a todo el equipo.

En algunas ocasiones el trabajo es con los pacientes y en otros con el equipo. Cuando fue el momento crítico de la pandemia, estábamos acompañando, sosteniendo a los pacientes, pero también ocupadas del equipo. Sostener la angustia de las mucamas, técnicos, médicos. Ellos el cuerpo lo pusieron en el caos. Y poder hacer intervenciones, cosas que observamos. Tienen mucha referencia con nosotras, nos escuchan, estuvieron dispuestos cuando nosotras instalamos este dispositivo. Es algo que viene de la coordinación de salud que se intentó hacer en guardia, en terapia no se pudo, y en sala 3. Veníamos en distintos horarios, grupos chiquitos para ver cómo lo estaban transitando y poder abordar alguna cuestión compleja.

E: *¿A qué te referís cuando hablas del dispositivo?*

P: Fueron dispositivos que se armaron para atención de los trabajadores de la salud. Como Psicólogas teníamos el objetivo de observar y entrevistar. Y poder ver situaciones de ansiedad

extrema, si estaban durmiendo bien, los miedos. En ese momento también funcionaba un teléfono con la atención de un Psicólogo para hablar sobre las cuestiones que estaban sucediendo en el marco del trabajo en la pandemia. Después ya con el tema de la vacuna como que todos nos relajamos en el buen sentido. Digamos, más seguridad; porque acá el protocolo hay que cumplirlo.

E: *¿Cómo ves a la persona que transita la enfermedad?*

P: Es compleja la situación. Porque son pacientes con una vulnerabilidad en todos los ámbitos. Hay pacientes que están muy solos, o pacientes que no tienen casa, pacientes que son cartoneros. Muchas veces yo digo, la enfermedad es un desencadenante de un proceso de vida que, si bien el tratamiento de diálisis es movilizante, se bancan otras cosas que son terribles. Los pacientes que ingresan tienen una dieta, y cómo adaptas esa dieta a la realidad del paciente. Hay algunos que comen en comedores, gente en situación de calle, excombatientes. Distinto es los pacientes que tienen contención familiar, un grupo de pertenencia, referencia a un centro de salud. Muchas veces es contenedor todo esto, tenemos un paciente que era analfabeto, cartonero, con una situación de vida compleja, en su momento cirujeaba a caballo, en un momento se queda en la finitud del cuerpo, no le pueden poner más la fístula, hay un principio y un final donde se pueden hacer los accesos vasculares. Él se queda sin accesos vasculares, deciden que la mejor opción para él era un trasplante, o la diálisis peritoneal, que es la diálisis que podía realizar en su casa y el accedió a la diálisis peritoneal, él pudo realizar todas las putas que tiene ese tipo de diálisis, la realiza y luego entra en la lista de espera y hoy está trasplantado. Después de toda una historia de vida compleja, fíjense cómo pudo seguir, hoy estableció su estado de salud, tiene una casa. El medio de vida que tenía ya no lo tiene. Es la mirada del Estado sobre la singularidad. Porque tal vez si él no llegaba con esa problemática de salud... él siempre tuvo su esposa, sus hijos. Hoy viene a los controles. Pero bueno, son situaciones particulares y la problemática del paciente no es solo de salud. Hay pacientes que son diabéticos, enfermos renales y celíacos. Pero tienen una capacidad de supervivencia y de reponerse de situaciones que sorprenden y seguir. Estando en diálisis fallecen seres queridos, tienen situaciones complejas de vivienda, violencia y siguen. Tienen una capacidad, pero también hay todo un equipo

E: *Esto que decías del sentido de pertenencia y acompañamiento nos hizo recordar que cuando veníamos, todos nos decían que no querían irse de acá.*

P: Ah, bueno eso es otro tema. Pasa que algunos no quieren acceder a PROFE por no irse a un privado. O algunos se van y quieren volver. Porque como que tiene otra impronta la salud pública que el privado. Incluso para con los centros de salud, si ellos vienen desde alguno es distinto, porque tenés un centro de referencia; pero si arrancan acá y después los tenés que mandar a un centro de salud... es tremendo. Ellos quieren a su equipo, con sus técnicos y médicos, sus compañeros. Tienen toda su vida organizada así, pasan muchas horas acá.

E: *Tu mirada sobre la salud, ¿Cuál es?*

P: Yo aparte de ser Psicóloga soy epidemióloga. Entonces mi mirada de la salud no es solo de la cuestión orgánica, no solo de la cuestión subjetiva, sino que es un estado total, con casa, con cloacas, es un todo. No puedo sacar a los pacientes del lugar donde ellos habitan, digamos. La salud pública tiene momentos mejores y momentos peores. Hay momentos en los que uno tiene más recursos para intervenir desde el Estado, hay otros que se cortan. Eso lo hablamos mucho con M, por ahí ella tiene más recursos para saber para dónde ir. Hay cosas que son frustrantes. Muchas veces las necesidades del paciente tienen que ver con una necesidad básica, que hay que poder acompañar. Muchas veces viene un paciente que necesita comer. Y pasó, tengan en cuenta que son pacientes que vienen del sur de la provincia, sin cobertura, es un centro de diálisis público, van a venir pacientes de localidades completamente distintas, vienen de Armstrong, Alcorta, las realidades de las posibilidades y las dificultades son distintas. Pero hay momentos que estamos mejor y momentos que estamos peor. Pero nos seguiremos adaptando a esas realidades. La camiseta puesta en la salud pública. Vuelvo a decir, la capacidad de resiliencia, de reponerse y de estar acá.

E: *Nos es fundamental, si bien nosotras venimos del estudio de Trabajo Social, la salud mental, la mirada de la Psicología en el tratamiento de diálisis, el cambio en la realidad de vida y cotidianeidad de las personas. La pérdida o inexistencia de un trabajo.*

P: Sí, además hay ciertos trabajos que requieren de una fuerza corporal que ellos no pueden hacer. En la sala la mayoría son varones. Y se cómo se rompe con ese rol tan estereotipado del varón proveedor, digamos.

Bueno, cualquier cosa que necesiten me avisan y lo vemos.

E: *¡Muchas gracias por tu amabilidad y tu tiempo!*

ENTREVISTA ENFERMERA TÉCNICA DE DIÁLISIS (T)

E: *¿Cuánto hace que trabajás en la sala? ¿Cuál es tu rol?*

T: Bueno, yo soy Técnica de Diálisis. Hace veinte años que hago diálisis, y diez que estoy acá.

E: *¿Cuál es el aporte que brindas desde tu profesión a los pacientes? ¿Cuán importante es tu trabajo?*

T: Bueno, lo que es la diálisis supongo que ya lo explicó la Doctora. Desde mí parte, lo que es importante es la contención del paciente. Ellos ingresan lo hacen con mucho miedo porque desconocen todo entonces el estar ahí al lado de ellos, hablarles clarito para que ellos entiendan. Muchos pacientes han venido y tenían miedo de dormirse porque se despertaban y tenían miedo de que no haya nadie. El estar ahí siempre al lado de ellos. Te despertás, estoy acá. Me llamás, estoy acá. Siempre al lado de ellos.

E: *Con respecto al trabajo con otras profesiones, ¿Cómo se lleva a cabo?*

T: Estamos en contacto con los doctores y con las mucamas. Tratamos de llamar a la Trabajadora Social o a la Psicóloga si notamos algo distinto, raro. Siempre se sigue el escalafón. Desde la médica hacia abajo.

E: *¿Y notas algún obstáculo para llegar a ellos?*

T: No. Los llamamos, siempre responden bien.

E: *¿Cómo ves desde tu profesión a las personas que dializan? ¿Cuál es tu mirada con respecto a sus familias?*

T: La contención de la familia es importante, que los acompañen, que siempre estén disponibles en cuanto al tratamiento. Y nosotros con ellos hacemos casi una relación de familia, porque pasamos más tiempo con ellos que con la familia. Son cuatro horas, tres veces a la semana y probablemente los veo más a los pacientes que a mi marido. La relación es esa. Si bien tenemos que mantener la distancia terapéutica que se dice para no involucrarte tanto, es muy difícil en esta área porque los ves mucho a los pacientes y ya nos conocemos; las

caras, el tono de voz, todo. Es otra la relación. Desde nuestro lado y el de ellos también: qué te pasa que tenés esa cara, y eso. Es más, como una familia grande.

E: *¿Podrías decirnos cómo consideras a la salud?*

T: Se ve mucha vulnerabilidad. Tenemos casos de adicciones, hay mucha pobreza. Muchísima. el estado de la vivienda. En el verano te das cuenta de la falta de higiene porque no tienen los recursos necesarios y en el invierno el olor a humo que traen es terrible porque con lo único con lo que se calefaccionan es con la leña. La cantidad de peso que traen en el invierno es mucho más que en el verano. Cuando les preguntas por qué, y porque lo único que tengo para comer es mate cocido. Ahí te das cuenta de que la nutrición de ellos es muy mala porque no tienen los recursos para alimentarse y para vivir correctamente tampoco. es mucha la carencia económica que tienen. Viene a Nutricionista y le dice lo que tiene que comer, yo te entiendo que le tengas que decir eso, pero el paciente como lo que tiene. Después lo ves reflejado en el laboratorio que es un desastre. La persona como lo que tiene, esa es la realidad de ellos. Entonces a vos te duele que por ahí los médicos los retan, y vos decís, está comiendo lo que puede. Y también te das cuenta acá, porque te dicen: te quedó algo para que comamos... ni siquiera les alcanza con la colación que se llevan de acá. Hacemos bolsitas. Si quedó leche, azúcar. Con unas compañeras juntamos, por ejemplo, elementos de higiene; y cuando están internados se los llevamos, porque no tienen. O juntamos y hacemos algún pedido y también le damos. Me a tocado llamar a la Trabajadora Social de Pérez (yo soy de Pérez) y hablarle sobre pacientes que les corresponden a Pérez, a Concejales que se estaban postulando: la gente necesita comida. No te estoy pidiendo plata para que se compre algo, pedimos comida.

Trabajamos en equipo, y bien. Es importante ese trabajo y tenemos todos el mismo objetivo, que el paciente salga adelante.