

QUE SUS VOCES, SEAN LAS PROTAGONISTAS

Impacto del trasplante renal en la vida cotidiana
de los sujetos.

Casalis Juarez, Sofía Luz. - Lucchetti Gomez, Victoria.

Tutores:

Lic. Bermudez, Sabrina.

Lic. Bilavcik, Claudia.

Lic. Andrada, Ana.

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Sociales- Lic. en Trabajo Social.

2016

INTRODUCCIÓN

En el marco de las prácticas pre- profesionales del último año de la Licenciatura en Trabajo Social, decidimos insertarnos en la división de trabajo social del Hospital Córdoba, de la ciudad de Córdoba.

A partir de la indagación e inserción comenzamos a delimitar el área de intervención al trasplante renal, que es uno de los espacios donde el trabajo social dentro del hospital tiene mayor trayectoria.

El proceso de intervención que llevamos a cabo propone habilitar la circulación de las voces de las personas que transitan un proceso de salud - enfermedad que se encuentra atravesado por una problemática como es la insuficiencia renal crónica donde el trasplante aparece como un tratamiento posible, a partir del cual se modifican sustancialmente aspectos de la vida cotidiana, en distintas dimensiones: trabajo, estrategias familiares, redes vinculares, salud mental, física.

El trabajo, se encuentra dividido en cuatro capítulos, en los cuales desglosamos el proceso llevado a cabo; pasando desde la descripción de las características generales del contexto, hasta las estrategias desplegadas, pensadas y reflexionadas con el fin de contribuir a la transformación del objeto de intervención.

En el capítulo uno, recuperamos concepciones de los paradigmas de salud que atraviesan al campo, la trayectoria histórica y el contexto en el cual se han ido reproduciendo. Además, desarrollamos el marco legal vigente, leyes nacionales y provinciales en referencia al derecho a la salud. Por último las características generales del Hospital y la división Trabajo Social.

En el capítulo dos, identificamos y caracterizamos los sujetos de la intervención: las personas trasplantadas desde el año 2013 hasta mayo de 2015 en el Hospital Córdoba. Para esto, realizamos una búsqueda en las bases de datos del servicio de nefrología y de trabajo social. También exponemos los principales conceptos teóricos que nos permiten reflexionar sobre los sujetos de intervención.

En el tercer capítulo, realizamos una necesaria diferenciación entre intervención social e intervención profesional, lo que posibilitó la reflexión para la construcción del

objeto a abordar. Explicitamos las estrategias propuestas y desplegadas a lo largo del proceso.

En el cuarto capítulo y último, realizamos un análisis de los relatos de los sujetos trasplantados, en torno a sus capitales, a los cambios más significativos en el proceso de salud enfermedad, al impacto y relevancia del tratamiento de trasplante.

Finalizamos el trabajo con nuestras conclusiones del proceso y algunas propuestas para seguir fortaleciendo la intervención de la profesión en esta área.

Teniendo en cuenta la construcción del objeto de esta particular intervención, con sujetos trasplantados de riñón, comenzamos con el análisis de los paradigmas de salud que atraviesan el campo y también el contexto en el cual se han ido reproduciendo históricamente, principalmente el quiebre que constituyó la instalación en la década de los '90 del neoliberalismo como sistema socio- económico que dejó huellas hasta la actualidad, reflexionando también sobre las políticas de expansión de los derechos sociales, la ampliación de sus contenidos y su universalización en dirección al logro de mayor igualdad que se vienen desarrollando en los últimos doce años (2003-2015).

Además, en el presente capítulo desarrollamos las características generales de la organización en la que nos hemos insertado para llevar a cabo nuestra intervención pre-profesional, recuperando sus principales funciones y organización.

Paradigmas de salud

El paradigma es un modelo, un artefacto para hacer, un dispositivo para la acción. Es una forma de concebir al mundo, en la que se articulan conceptos, experiencias, métodos y valores. Es un marco teórico metodológico que se utiliza para interpretar los fenómenos sociales en un contexto determinado y que estructura- delimita las formas de actuar. (Yuni & Urbano, 2005)

El campo de la salud está constituido por distintas dimensiones, una de ellas está definida por cómo se entiende a la salud-enfermedad, el paradigma desde el que se posicionan los profesionales derivan en prácticas concretas, es decir que los modos de ver definen los modos de hacer y las intervenciones que lleva a cabo el equipo de salud, además cada paradigma estructura particulares relaciones de poder entre las disciplinas al interior del campo y entre los sujetos y el equipo de salud.

Los paradigmas vigentes en torno a las concepciones de salud-enfermedad son el biomédico, el modelo desarrollista o sanitarista y el paradigma de la medicina social.

El paradigma **biomédico**, es el predominante en el sistema de salud actual, aunque tiene sus orígenes en el tiempo de Galeno (e.130-201). Se divide al cuerpo en compartimientos estableciendo el diagnóstico y el tratamiento sobre las partes afectadas por lo que se escinde el cuerpo como totalidad. Biologicismo, dualismo, mecanicismo y determinismo son las categorías más relevantes de esta concepción, esta es la base de la teoría de Descartes (1596-1650), la cual concibe la dualidad cuerpo-alma, considerando al primero como una máquina y a su alteración como la enfermedad.

Este paradigma se fortalece con el orden social que comienza a estructurarse, las necesidades del naciente capitalismo (principios del siglo XIX) y de su modelo de acumulación exigen una ciencia médica que asegure la producción de la fuerza de trabajo. En él se ve el órgano como enfermo y el individuo como paciente. (Di Tella, 2004)

En el área específica en la que intervenimos, de trasplante, este paradigma de salud es hegemónico, ya que la mirada está puesta principalmente en la parte médica del proceso salud- enfermedad. Existen especialidades médicas para cada parte del cuerpo que se encuentra “enfermo”: así nos encontramos con nefrología, especialidad que trata

enfermedades renales, cardiología del corazón, neumonología de los pulmones, entre otras. Existe una visión fragmentada del proceso que vive el sujeto, se le presta atención a ese órgano que está deteriorado y no a la persona en general, quien dentro de la institución transita por múltiples servicios, quienes abordan una dimensión de la situación de salud sin necesariamente tener en cuenta las implicancias de otras disciplinas. Las profesiones no médicas aparecen como secundarias en la atención y son quienes tienen que invertir más capitales para modificar el actual estado de relaciones de fuerza en el campo, en el cual aparece las ciencias médicas ocupando los principales puestos de poder debido a su reconocimiento y trayectoria en la atención del proceso de salud- enfermedad.

El paradigma **sanitarista** o desarrollista define a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de malestar”, sustentándose en la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud. Este modelo no cuestiona la concepción del modelo biomédico prevalente, si no que reemplaza la explicación monocausal en la etiología de la enfermedad por una explicación multicausal, donde intervienen diversas variables, biológicas, sociales, psicológicas y ambientales.

El paradigma de la **medicina social** se constituye con el aporte de las ciencias sociales en sus distintas disciplinas, unido a los convulsionados procesos sociales producto de la crisis capitalista, que ponen en evidencia la desigualdad existente ante la vida y la muerte, la salud y la enfermedad de grandes sectores de la población y llevan a un cuestionamiento a los anteriores paradigmas biologicistas, así como la ineficacia de la práctica médica para combatir la enfermedad, debido a la incapacidad de explicar y transformar las condiciones de salud de la población. La crítica al paradigma médico hegemónico señala su carácter biologicista, a histórico, asocial, individual, de “participacionismo subordinado” y autoritario.

Se postula el análisis de la salud-enfermedad como proceso social en el que intervienen distintos condicionantes (de orden económico-social, político, ideológico y cultural) que si bien se expresan en individuos concretos se configuran sobre patrones sociales. (Di Tella, 2004)

En este sentido “la salud ya no es la mera ausencia de la enfermedad, sino algo positivo que supone para el individuo la recuperación de su autonomía, responsabilidad y el control sobre su propio cuerpo” (Rodríguez & Miguel, 1990, pág. 1)

Enriqueciendo la mirada Abed, plantea que definir el problema de la salud en términos de enfermedad biológica del individuo, genera dos tipos de limitaciones respecto a la generación de conocimiento sobre salud-enfermedad colectiva, por un lado, le da una especificidad que corresponde al terreno metodológico de las ciencias naturales, obstaculizando la comprensión de la salud como un proceso integral de múltiples dimensiones y por otro, lo desarticula de la totalidad social. (Abed, 1993)

La salud se trata de un derecho, lo que significa la garantía por parte del Estado de condiciones de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciéndose el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.

Existen diversos instrumentos legales internacionales y nacionales, en los que se establece el compromiso por “el disfrute del mejor nivel de salud posible”. En el art.59 de la Constitución provincial de Córdoba se expone que “La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social”. (Córdoba, 2001, pág. 26).

Conformación del sistema de salud en Argentina

Se desarrollan en el presente eje los aspectos relevantes del proceso histórico a través de los cuales se fue conformando el sistema de salud, que afectan, atraviesan de modo directo y marcan las pautas del área de intervención.

Consideramos de importancia problematizar la trayectoria histórica de los sistemas de salud en Argentina para entender sus procesos actuales y como llegaron a constituirse como tales; el sistema de salud en Argentina, tiene una historia vinculada con la generación de instituciones de caridad que luego tendieron a quedar en manos del Estado, y también creaciones relacionadas con la solidaridad vinculadas con comunidades de inmigrantes y con grupos obreros, incluyendo organizaciones de mutuo socorro que de

algún modo se convirtieron en las actuales obras sociales sindicales. Se suma a estos un sector privado, motivado por el lucro, que tiene un muy alto peso político. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

En este punto es pertinente mencionar que entendemos por sistema de salud, por ello retomamos de la Organización Mundial de la Salud; “Un sistema de salud compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud, su objetivo final es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o grupos poblacionales” (Gagliano, 2013, pág. 1).

En Argentina sistema de salud argentino compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado.

El subsistema Público, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 30%, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

Opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal); la Nación en la figura del Ministerio de Salud asume las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica, el rol del nivel central muy acotado.

El sistema de Obras Sociales en nuestro país, tiene sus antecedentes históricos en las asociaciones obreras, durante los años 40, el gobierno peronista, le imprime una nueva dinámica al sector debido a la promoción estatal y las demandas sindicales. (Isuani, 1985)

Se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la Ley 18.610. Las Obras Sociales durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios. Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados del régimen nacional de previsión social

Este subsector de obras sociales, se constituye como un seguro social, para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

El subsector privado, se conoce bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga, se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayores que el de las Obras Sociales. Se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, tienen medianos y altos ingresos. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

Desarrollo histórico

Una vez delineadas las características centrales que presenta la organización actual del sistema de salud en la Argentina, es necesario revisar los aspectos más importantes de su evolución reciente. Sin embargo, no se puede dejar de tener en cuenta un hecho central: el Estado no siempre se ocupó de la salud, sus políticas con respecto a la misma fueron variando a través de los años.

Por ello retomamos a Acuña y Chudnovsky, que plantean, que existen cuatro etapas identificables en función del nivel de concentración o descentralización de las decisiones del estado tomadas respecto del sector salud. Estos cuatro períodos se organizan de la siguiente forma:

1. El modelo “descentralizado anárquico”; el sistema sanitario argentino estaba conformado, durante la primera mitad del siglo veinte, por una diversa cantidad de instituciones que operaban, como respuestas a demandas puntuales y de corto plazo, tenían un comportamiento reactivo frente a necesidades específicas. La función del Estado era marcadamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial. Se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de fronteras a la vez que se ocupaba de la asistencia frente a contingencias.

El paradigma reinante en ese entonces entendía a la salud como una cuestión meramente individual de responsabilidad y objeto de caridad. El conjunto de instituciones que conformaban al área de la salud no eran más que el resultado de esfuerzos individuales altamente fragmentados, sin ninguna coordinación y con

una escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo. Esta concepción subsidiaria del rol del Estado respecto de la salud, tenía su correlato en la estructura del Estado Nacional: el sector estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

2. El modelo centralizado (1945-1955): la irrupción del Peronismo fue de la mano de un cambio de paradigma. La idea dominante durante este período era que la salud era responsabilidad del Estado. La consecuencia inmediata, fue la expansión estatal de la cobertura sanitaria. Durante este período, se nacionalizaron todos los establecimientos públicos y, también se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria a la vez que se llevaron a cabo una gran cantidad de programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas.

Se generó una fuerte dependencia del sector con respecto al presupuesto central. Respecto de los demás actores constitutivos del sistema de salud argentino, se observó la tendencia de las entidades mutuales a reagrupar a los trabajadores por rama de producción, sentando así las bases de lo que serían las Obras Sociales.

Las obras sociales, se tornaron centrales y constitutivas del formato que asumió el sistema de salud, por lo tanto, es fundamental para comprender este período, la transformación del Departamento Nacional de Higiene en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, convirtiéndose así, a la salud pública en un asunto de interés específico. En este período se intentó desde las Secretarías de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, llevar a cabo una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno, satisfaciendo sus aspiraciones por mejores condiciones de vida y mayores niveles de consumo. En esta dirección, se llevó a cabo, una ampliación de la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria, por ello se produjo un importante crecimiento de los servicios públicos.

Esta expansión del subsistema de salud público convirtió al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica “para todos”. En suma, la capacidad asistencial instalada durante el gobierno peronista expresaba un sector público que había hecho de la atención médica uno de sus principales instrumentos de legitimación. Sería difícil, retrotraer el acceso a la atención médica hospitalaria a una situación de marginalidad, puesto que se

había establecido como un comportamiento colectivo al que no era posible renunciar. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

3. La descentralización del sistema (1955-1978): tras el derrocamiento de Perón en 1955, el gobierno de la llamada Revolución Libertadora inició una serie de reformas tendientes a transferir hacia provincias y municipios, las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos en manos del Estado nacional.

Se observa una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud, se realizaron las primeras transferencias jurisdiccionales y por el otro, las Obras Sociales cobraron importancia dentro del entramado de actores relevantes del sistema.

En este marco, bajo el gobierno del general Onganía y de la denominada "Revolución Argentina" y ante la evidencia de la agitación social que se plasmó en toda su dimensión en la insurrección popular denominada "El Cordobazo" (1969) es que se desencadenó como respuesta a las medidas económicas, la proscripción generalizada de la actividad política y el crecimiento de un nuevo sindicalismo que impulsaba la confrontación.

En 1974, en el marco de la reapertura democrática se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de conformar un sistema único de salud con eje en el Estado que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

4. La descentralización orientada por las relaciones financieras entre la nación y las provincias inaugurado en 1976: las políticas asumidas en materia de salud por el gobierno militar, reflejan como consecuencia un uniforme deterioro del papel del Gobierno. Es notable que el financiamiento del Estado y la provisión de salud cayeron.

Un hecho a remarcar hacia fines de la década de los años setenta, es que se retomó con énfasis las políticas de descentralización fiscal de varios hospitales que aun dependían de la nación, y se aprobaron convenios entre Nación, Provincias y Municipios con el propósito de transferir de la Nación a distintas jurisdicciones.

En este período, se impulsaron medidas importantes en términos de la transformación del sector: la fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos. El desarrollo de un mercado de servicios de salud como consecuencia de

la reducción de la capacidad del Estado, que llevó a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos; y por último, la ampliación de lo que primero se llamó Comité Federal, que implicaban encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales en un ente mayor y con más capacidad que se denominó Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA).

En 1983, con la apertura democrática, el deterioro de los servicios del sistema de salud se veía reforzado por la profunda crisis económica que ya afectaba al país. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

Los 90

Durante este período democrático, el presidente Carlos Menem, y su ministro de economía, Domingo Cavallo, signaron un gobierno en el que se instauró la “convertibilidad”: un peso argentino ‘equivalía’ a un dólar, conjuntamente con esta política económica, nuestro país estuvo marcado por políticas neoliberales; llamadas reformas de “segunda generación” impulsadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que tras, la primeras reformas macroeconómicas, plantean una “segunda ola” de reformas que se dirigió a modificar, los servicios de salud, políticas estatales dirigidas a modificar las regulaciones sociales vigentes, este “paquete” se caracterizó por el interés en redefinir y especificar las funciones del Estado, por fortalecer sus capacidades de gestión y garantizar la aplicación de sanciones efectivas al incumplimiento de sus mandatos, por la preocupación en establecer el punto de equilibrio entre competencia y regulación.

En el marco de la reforma de esta década existieron estrategias de descentralización impulsadas desde el Estado nacional dentro del subsector público: por un lado, la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales. Es importante tener en cuenta que el proceso de transferencia se dio un replanteo explícito de las incumbencias de cada nivel jurisdiccional, orientado a disminuir la participación del Estado nacional en la prestación de servicios de salud pública.

La lógica que motivó la transferencia de hospitales estuvo, en realidad, orientada a lograr el equilibrio fiscal de las cuentas nacionales. De hecho, los gobiernos provinciales vieron en la transferencia de hospitales una posibilidad de recibir fondos que mejoraran su situación financiera.

A partir de la reforma constitucional del año 1994, se establece que la salud es un bien público y es competencia del Estado asegurarla a toda la población, evitando su mercantilización. En este contexto, el Ministerio de Salud asume la función de coordinación, regulación y asistencia técnica, como así mismo tiene formalmente a su cargo la “normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional; comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación” (Belmartino, 1999)

En los últimos 10 años, tomando los artículos de la Revista Argentina, realizada por el Ministerio de salud de la Nación, podemos mencionar que a partir de 2003, comienza a transformarse las políticas de salud en un sentido de inclusión y acceso al derecho de la salud por parte de todos los ciudadanos, a través de programas como el SUMAR, el cual brinda cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años, la asignación universal por hijo y por embarazo o la provisión gratuita de medicamentos esenciales. Entre las medidas destacadas se encuentran la sanción de distintas leyes que amplían los derechos, por ejemplo la ley de parto respetado sancionada en el año 2004, las leyes de producción pública de medicamentos, de control de tabaco, de celiaquía, de venta de medicamentos en farmacias, de reproducción asistida, de los derechos a la protección de la salud mental, entre otras. En este sentido también se realizaron importantes avances en materia de salud sexual y reproductiva, promulgándose la ley de salud sexual y procreación responsable, y la que facilita el acceso en servicios públicos de las intervenciones de contracepción quirúrgica. (Manzur, 2013)

En 2009 se sanciona la ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, modificándose en el año 2012. En ella se establecen los derechos a recibir asistencia, trato digno y respetuoso según las convicciones y creencias de quienes acuden a los servicios de salud y de las personas que lo acompañan, intimidad, confidencialidad, y autonomía de la voluntad, lo que implica que el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. También se explicita el derecho a recibir la información sanitaria necesaria vinculada a su salud, así como el derecho a elegir no recibirla. (INADI, 2013)

Uno de los indicadores de estas inversiones y preocupaciones del Estado Nacional por la salud, es el crecimiento del presupuesto destinado a esta área que creció un 93,18 % en un periodo de doce años. (Manzur, 2013)

Retomamos el concepto de cuestión social propuesto por Margarita Rozas, el que refiere a “el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura que tiene una raíz común: la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social mientras la apropiación de sus frutos se mantiene privada, cada vez más monopolizada por una parte de la sociedad”. (Rozas Pagaza, 2010, pág. 46).

En cada período histórico, son determinados problemas sociales los que cristalizan la cuestión social y afectan a la ciudadanía los que a través de una lucha discursiva y política, se convierten en objeto de atención del Estado quien interviene por medio de sus instituciones y políticas sociales para contribuir a la resolución de las problemáticas, y para ello moviliza diferentes recursos humanos, técnicos, tecnológicos, económicos a fin de dar respuestas concretas a la población.

Consideramos pertinente para continuar con el análisis mencionar la importancia de las políticas públicas y las políticas sociales, se constituyen como respuestas a las demandas de la ciudadanía.

Entendemos por políticas públicas, el conjunto de intervenciones estatales que tienen como objetivo actuar sobre las condiciones de vida y de reproducción de la vida de la población. Respecto a las políticas sociales en plural constituyen el espacio sobre el cual interviene el profesional, pero fundamentalmente como son intervenciones específicas y sectoriales que integran la política social del estado (Danani, 2009), constituyen una respuesta a la cuestión social para intentar compensar las desigualdades sociales, es de importancia reconocer estos aspectos ya que son un punto de referencia para comprender a la profesión en el contexto contemporáneo.

Si bien, los últimos años (2003-2015) implicaron un gran avance en la creación y promulgación de políticas públicas de salud, existe una gran dificultad en la implementación de estas, lo que no permitiría que estos derechos se puedan ejercer efectivamente. Esto implica un desafío para los trabajadores sociales en el ámbito de la gestión de la política social entendido como, espacio privilegiado de reproducción o

transformación de la política social a través de actores que juegan allí sus apuestas estratégicas. (Chiara & Di Virgilio, 2009).

Analizar la implementación de las políticas de salud, implica tomar en consideración el concepto planteado por Chiara, M. y Di Virgilio, M. de régimen de implementación que es el “conjunto de condiciones que desde las distintas dimensiones funcional, material y política organizan los arreglos entre los participantes de la gestión de las políticas”. (Chiara & Di Virgilio, 2009, pág. 64). Esto quiere decir que se debe prestar atención a las competencias y funciones de cada uno de los niveles jurisdiccionales, tanto nacional, como provincial y municipal, y el juego que se da entre ellos a través de las políticas de descentralización, a las transferencias entre jurisdicciones de los recursos, así como la política tributaria de cada nivel y los niveles de autonomía que caracterizan a los diferentes actores. (Chiara & Di Virgilio, 2009)

Breve Historia del Hospital Córdoba

Kaminsky G. plantea que: las instituciones hacen a un conjunto de relaciones que atraviesan y confluyen en un espacio, se da una articulación, un movimiento constante de lo instituido y lo instituyente que se materializa en una organización, entendida como el espacio en donde los sujetos desarrollan sus actividades de intercambio. (Kaminsky, 1994)

En el Hospital Córdoba como institución se concretizan las políticas públicas de salud, al mismo tiempo su historia está entrelazada con la conformación del sistema de salud y es el espacio en donde coexisten los paradigmas de salud, espacio de lucha entre las profesiones por conservar, aumentar, modificar sus recursos de poder y su hegemonía en el campo.

En el marco del gobierno Peronista que desplegó políticas de mayor inversión e intervención estatal en salud, se inauguró el Hospital Córdoba el 1° de Julio de 1950. Se encuentra ubicado en el Barrio Pueyrredón de la ciudad capital. Atiende a población adulta a partir de los 13 años, cuenta además con el único Instituto del Quemado de la provincia. Es una institución de salud de alta complejidad, corresponde al tercer nivel de atención (alto riesgo).

Esto quiere decir que “Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto sea por los recursos humanos capacitados, como así también por los recursos tecnológicos disponibles”. (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba , 2011, pág. 29)

Dispone de los siguientes servicios de alta complejidad: *Cardiovascular:* Hemodinamia Diagnóstica y Terapéutica, Marcapasos Endocavitarios Definitivos, Cirugía Cardiovascular con y sin Bomba de Circulación Extracorpórea, Cirugía Vascular Periférica, Angioplastia Central Periférica, Colocación de stent. *Neurológica/ Neuroquirúrgica:* Cirugía Sistema Nervioso Central, Cirugía Sistema Nervioso Periférico. *Nefrológica:* Hemodiálisis, Trasplante Renal, Litotricia Extracorpórea. *Imagenológica:* Ecodoppler Color - Blanco y Negro –Cardíaco Oftalmológica: Fotocoagulación Laser, Lente Intraocular. Trasplante de Órganos. También cuenta con las siguientes especialidades: Clínica Médica, Cardiología, Hematología, Gastroenterología, Endocrinología, Urología, Traumatología, Dermatología, Diabetología, Fonoaudiología, Nutrición, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería y Farmacia. (Maldonado, 2014)

Unidad de Trabajo Social

La unidad de trabajo social, es parte de la institución desde su creación, y se encuentra así descripta en el carta orgánica del Hospital Córdoba, está conformada por un personal administrativo y ocho profesionales licenciadas en trabajo social, cuatro bajo régimen regular de ingreso al plantel de personal de la administración pública provincial (una es la jefa) y cuatro con contratos temporales (tres son residentes). Además forman parte del servicio dos estudiantes de trabajo social que se encuentran bajo la figura de pasantes. Cada una de las profesionales tiene a su cargo distintos servicios hospitalarios y programas (tanto ministeriales como hospitalarios). Se coordinan talleres socioeducativos y se participa en comités/ comisiones institucionales e interinstitucionales y en congresos y jornadas de capacitación.

Los programas que se trabajan pertenecen a diferentes esferas del estado: de nivel nacional -se desarrollan en las provincias-, nivel provincial y a nivel hospitalario. Estos últimos se trabajan al interior de las instituciones y lo ejecutan los profesionales a través del trabajo interdisciplinario.

La División de Servicio Social Del Hospital Córdoba tiene doble dependencia, dependencia administrativa de la dirección del hospital y dependencia técnica de la división servicio social nivel central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, que participa de la coordinación y articulación de estos programas entre los Servicios Sociales de cada hospital y los ministerios provinciales y nacionales.

En el Hospital Córdoba aquellos programas en los que interviene el Trabajo Social como disciplina son: Consejería sobre VIH (Sida) y otras ITS (Infecciones de Trasmisión Sexual), Programa Interministerial de Celiaquía, Unidad de Cesación Tabáquica, Probicor (Programa de Obesidad Interdisciplinario Córdoba), Procordia (Programa Córdoba Diabetes), Programa de Violencia Familiar, Programa de tuberculosis, atención al paciente oncológico, al Paciente Miastémico.

Las instituciones públicas de salud se conformaron históricamente en espacios de trabajo para los profesionales del Trabajo Social, debido a que las problemáticas de salud son una de las manifestaciones de la cuestión social que el estado ha abordado desde sus orígenes y el Trabajo Social se configura como una profesión especializada para ello.

En este capítulo identificaremos los sujetos de intervención: los hombres y mujeres que fueron trasplantados de riñón entre el año 2013 y mayo de 2015. Tendremos en cuenta para el análisis la relevancia de la enfermedad crónica en las trayectorias de vida, las representaciones y las relaciones que establecen los sujetos con otros actores, específicamente, con sus familias, las profesionales de trabajo social y del servicio de nefrología.

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud en las sociedades contemporáneas; el aumento sostenido de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial desde el pasado siglo, especialmente en países con altos indicadores de salud y desarrollo, su carácter complejo y multifactorial, su impacto sobre poblaciones vulnerables y el hecho de que producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen, las ha convertido en un verdadero reto desde lo económico, lo político, lo social y lo personal. (LLanes, 2011)

Ante una enfermedad crónica, el sujeto se encuentra en la situación de convivir cotidianamente, de manera prolongada o permanente con un daño, enfermedad, disfunción o discapacidad definida como “crónica” (la palabra "crónico" proviene del término griego *chronos*, que significa tiempo). En función de su larga duración y su carácter relativamente permanente, el sujeto crónicamente enfermo y también su familia aprenden a convivir con el padecimiento y sus consecuencias. La cronicidad en este sentido, iría moldeando en la biografía del sujeto, las formas en que el padecer es asumido, interpretado y experimentado en las dimensiones de la propia corporalidad, de sus actividades o sus relaciones sociales. (Carranza, 2008)

La cronicidad de la enfermedad no sólo irrumpe en la vida cotidiana de los sujetos, sino también en la de su familia/unidad doméstica, ya que el sujeto es social y se constituye con otros, lo que implica modificaciones en sus estrategias de sobrevivencia cotidiana.

Insuficiencia Renal Crónica

La insuficiencia renal terminal crónica, es el diagnóstico clínico que indica que estos órganos vitales ya no funcionan naturalmente (por diferentes patologías de origen). Como el organismo no puede prescindir del trabajo del riñón, existe un tratamiento sustitutivo de esa función, denominado diálisis. Durante de la década de 1950 se comienza a realizar este tratamiento en Argentina con máquinas importadas.

La diálisis consiste en el filtrado de la sangre por mecanismos extra-corpóreos y artificiales que realiza una máquina filtradora. Existen dos tratamientos alternativos de diálisis. Uno de ellos es *hemodiálisis*, que consiste en la filtración de la sangre realizada

por la máquina dializadora. Esta filtración dura varias horas (entre dos y cuatro) y en general se realiza día de por medio. La persona dializada debe permanecer recostada o semi recostada al lado de la máquina dializadora, en sillones que le permiten realizar determinados movimientos suaves con sus manos y su cuerpo. El otro tratamiento es la *diálisis peritoneal* y consiste en el mismo filtrado extracorpóreo con sondas en forma mecánica que la persona se realiza en su domicilio con los respectivos cuidados y en reposo absoluto. (Ferreira, 2014)

La persona que se encuentra bajo cualquiera de los dos tratamientos de diálisis depende de ellos para sobrevivir. Este tratamiento tiene un tiempo determinado de utilidad, por lo que las personas sometidas a él se inscriben en una lista de espera que les posibilita acceder a un trasplante en determinado tiempo, evitando así el agudizamiento de su estado. Esta inscripción la realizan en forma estipulada los centros de diálisis en conjunto con los centros de trasplante.

El trasplante

El trasplante renal se configura como otro tratamiento alternativo a la diálisis y no configura una cura de la enfermedad renal en estricto sentido. Dependiendo de la fuente del órgano receptor, el trasplante de riñón es típicamente clasificado como de donante fallecido (anteriormente conocido como cadavérico), o como trasplante de donante vivo. Los trasplantes renales de donantes vivos se caracterizan más a fondo como trasplante emparentado genéticamente (pariente-vivo) o trasplante no emparentado (no emparentado-vivo), dependiendo de si hay o no una relación biológica entre el donante y el receptor. (Ferreira, 2014)

La donación y el trasplante de órganos y tejidos se rigen en Argentina por la Ley 24.193, que desde el 22 de enero de 2006 incorpora las modificaciones introducidas por la Ley 26.066, también conocida como Ley de Donante Presunto. La nueva normativa establece que toda persona capaz y mayor de 18 años pasa a ser donante de órganos y tejidos tras su fallecimiento, salvo que haya manifestado su oposición. En tanto, la negativa es respetada cualquiera sea la forma en que se haya expresado. (INCUCAI, 2015)

Los trasplantes como práctica quirúrgica, se empiezan a realizar a mediados del siglo XX, con un lento pero progresivo avance durante las décadas siguientes hasta finales de los ochenta, a partir de cuándo el avance científico, principal y esencialmente farmacológico, permite la verdadera sistematicidad y desarrollo de la práctica. Hacia fines de esa década se comienzan a utilizar las denominadas drogas inmunosupresoras. Así el trasplante adquiere un nuevo dimensionamiento constituyéndose como una posibilidad de tratamiento frente a las enfermedades terminales y crónicas.

El trasplante renal es de los primeros trasplantes de órganos que se realizan y de los que se registran trabajos. Hacia mediados de 1950 se realizan trasplantes de este tipo en Estados Unidos, entre familiares. Simultáneamente en Argentina se comienza a desarrollar la práctica, de manera incipiente. (Ferreira, 2014)

Los trasplantes se afianzaron hacia fines de la década de los '70, gracias al descubrimiento de nuevas drogas inmunosupresoras. En 1977 se creó el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI).

En este contexto, y con la progresiva demanda de trasplantes, el Estado argentino se vio ante la necesidad de regular la práctica, haciéndose responsable de generar el acceso equitativo a un tratamiento de salud, el cual no dependa de las condiciones económicas de los sujetos, si no de criterios universalmente fijados por organismos específicos creados para tal fin.

El incremento más importante, y por ende la consolidación de la actividad, se experimentó en la década del '90 al promoverse desde el Estado políticas sanitarias que impulsaron nuevas instancias de coordinación. En 1990, el CUCAI se convirtió en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), pasando a ser un organismo descentralizado con autarquía y conservando su dependencia del Ministerio de Salud de la Nación.

En 2003 el INCUCAI lanzó el Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos, con la premisa básica de incrementar la procuración de órganos para implante de modo que éstos superen la incidencia de ingresos de pacientes en lista de espera.

En 2005, se aprobó la Ley 26.066, modificatoria de la 24.193, que incorporó la figura del donante presunto para las donaciones de órganos. La normativa, que establece que toda persona mayor de 18 años es considerada donante con excepción de quienes

manifiesten su voluntad con contrario, entró en vigencia en 2006 y permitió que la actividad de procuración continuara en ascenso. (INCUCAI, 2016)

En 2010 el Ministerio de Salud a través del INCUCAI y el sistema de procuración implementó el Plan de Desarrollo de Trasplante Renal, el cual articula acciones a diferentes niveles para prevenir, diagnosticar, tratar y seguir la enfermedad renal crónica. En ese marco se implementa la Estrategia Hospital Donante, la cual tiene como objetivo incorporar la procuración como una actividad propia de los hospitales para incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplante. El Hospital Córdoba se constituyó como centro de trasplante.

El país a lo largo de la historia ha tenido un aumento sostenido en las intervenciones en materia de trasplante, según datos del INCUCAI durante el 2014 se realizaron 1257 trasplantes de riñón, particularmente en nuestro escenario de intervención: el hospital Córdoba en este mismo año se realizaron 28 intervenciones y hasta el 10 de julio de 2015 se practicaron 22, que evidencia un crecimiento paulatino de un año a otro.

Con respecto a los pacientes en lista de espera de trasplante hay 10.920, en gran la espera promedio del órgano es de 6.6 años. (INCUCAI, 2015) Esto consideramos que evidencia lo largo que puede llegar a ser el proceso para los sujetos, que eligen el tratamiento de trasplante, desde el momento del diagnóstico. Decimos que eligen ya que los sujetos pueden inscribirse o no en la lista de espera del órgano.

En el sistema SINTRA a 2015, hay 26.928 pacientes registrados con IRCT que están llevando a cabo hemodiálisis. En el hospital Córdoba asisten 180 personas a realizar este tratamiento en seis turnos diferentes, tres veces por semana, cuatro horas por día.

Luego de acceder al trasplante, los sujetos tienen acceso a la cobertura del tratamiento de inmunosupresores garantizado por el Programa Nacional de Seguimiento Posttrasplante, así como transporte gratuito, programas de empleo y formación y pensión por invalidez para las personas en situación de desempleo forzoso, regidas por la ley de protección para personas trasplantadas.

En la formulación de la política pública se denota la hegemonía del modelo médico, ya que se considera a la atención médica como la de mayor importancia, sin prever la participación de otros miembros del equipo de salud en el abordaje.

El análisis de los datos estadísticos y la recuperación del avance del trasplante en los últimos 60 años permiten dar cuenta que la insuficiencia renal crónica afecta a un gran número de personas y el trasplante se constituye en la opción que se elige con mayor frecuencia.

Sujeto, aproximaciones teóricas

Recuperando los aportes de Custó y Fonseca, podemos caracterizar a los sujetos involucrados en el problema social, como un sujeto de necesidades, producto de las condiciones objetivas, de la historia, como espacio de relaciones de poder, deseante, y que tiende a constituirse en productor de lo colectivo. (Custó & Fonseca, 2009)

Tomando a Bourdieu, podemos mencionar que los sujetos no solo se definen por sus condiciones objetivas, sino también, por lo social hecho cuerpo por sus habitus, esto es a decir del *habitus*, una estructura estructurada por las condiciones objetivas y estructurante de percepciones, pensamiento y acción. (Bourdieu, 1988)

Pensarlos como, sujetos históricos, es decir contextualizados, políticamente, económicamente y socialmente, en un escenario particular, atravesado por las instituciones sociales que influyen y fundan representaciones y relaciones determinadas, subjetivas y sociales. También como sujetos deseantes, es decir que tiene deseos y necesidades, que lleva incorporados consciente o inconscientemente el poder que se expresa sobre otros; este poder posibilita o dificulta la obtención de sus deseos o necesidades de acuerdo a la relación de fuerza, ellos se movilizan para generar sus recursos, soluciones y alternativas. (Custó & Fonseca, 2009)

Consideramos importante pensar a los sujetos como ciudadanos, es decir identificarlos con los derechos civiles, políticos y sociales, pensarlo de esta forma implica que conforman una comunidad política y que requiere participación en la construcción de una identidad y de un orden político.

Al campo del trabajo social ingresan sujetos que tienen dificultades para reproducir su existencia en los términos socialmente establecidos. Estas dificultades no son solo de orden económico, sino también vincular, simbólico, afectivo.

¿Sujetos pacientes?

Los sujetos de la intervención son aquellas personas que fueron trasplantadas de riñón desde el año 2013 al 2015. Estas personas, transitaron un proceso hasta llegar al trasplante, desde el momento en que son diagnosticadas de insuficiencia renal crónica terminal. Hay dos tratamientos posibles para esta enfermedad: la diálisis y el trasplante. La mayoría de las personas primero realizan diálisis y después optan por un trasplante. Es importante mencionar que el trasplante se puede realizar con donante vivo, quien debe ser un familiar directo del sujeto o con donante cadavérico.

Luego del diagnóstico de la enfermedad, en caso de que el sujeto necesite ingresar a diálisis, comienza el proceso de inscripción en lista de espera, el equipo médico tiene el deber de informar al paciente de la posibilidad de trasplante.

Se realiza una evaluación pre-trasplante, que es una valoración que se hace al paciente para determinar si está en condiciones de ingresar en lista de espera. Se efectúa evaluación médica, psicológica y social. Los resultados posibles de esta evaluación pueden ser: apto para ingresar en la lista de espera o no apto (transitorio o definitivo). El trabajo social valora la situación habitacional, familiar, relacional, económica y de posible adhesión al tratamiento del sujeto y su unidad doméstica.

Una vez finalizado el proceso de evaluación el ECODAIC (Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba) le notifica a la persona el ingreso en la lista de espera. En cada uno de los operativos de trasplante, se conforma una nueva lista de espera, porque en base a los datos del donante y a las condiciones psicofísicas del receptor se confecciona la lista de candidatos.

Si se dan las condiciones se realiza el trasplante, luego de unos días de internación el paciente es dado de alta con indicaciones de medicamentos, controles médicos y de cuidados en su vida cotidiana. Los controles médicos el primer mes son cada quince días, una vez por mes del segundo al sexto mes, y posteriormente cada tres meses. Las personas trasplantadas deben retirar las recetas de medicamentos en el hospital una vez al mes y luego con ella, la medicación en el Ministerio de Salud de Córdoba. Estas actividades son realizadas por el servicio de Nefrología los días lunes, miércoles y viernes.

Son personas que acceden al sistema de salud público, porque no cuentan con cobertura social, por lo que se encuentran desempleadas o en condiciones laborales inestables, sin acceso al sistema previsional.

Debido al proceso de salud-enfermedad que los sujetos atraviesan, consideramos que son posicionados por el sistema de salud como sujetos pasivos ya que en su mayoría son objeto de las decisiones de otros, dado que su recorrido por las instituciones sanitarias esta predeterminado, los pasos a seguir están ya establecidos por lo que su autonomía es escasa. Generalmente el ingreso al sistema de salud es por una emergencia lo que deriva en la entrada inmediata a diálisis, con información escasa respecto a cómo son los procedimientos, el tiempo de duración, el impacto en el cuerpo, y el tratamiento a futuro de la enfermedad.

Familia/ Unidad Doméstica

Los sujetos están insertos en una red de relaciones más amplia que es la familia/ unidad doméstica.

La familia como espacio social, es uno de los espacios fundantes en la vida de las personas, en ella construimos nuestras primeras relaciones, experiencias, y modos de aprender a ser, pensar, actuar y sentir. Es también una organización social, sus miembros combinan sus capacidades y recursos en pos de un objetivo en común referido a la reproducción cotidiana y social con una división del trabajo familiar, distribución de responsabilidades, derechos y deberes, dado el género, la generación y el parentesco.

La familia está determinada por factores históricos, demográficos, económicos, culturales y se enmarca en el contexto de la diversidad regional con desequilibrios y desigualdades en su desarrollo. (González, C., Nucci, N., Crosetto, R., Soldevilla, A.,Ortolanis,E., 1999)

La familia constituye la base de reclutamiento de las unidades domésticas, entendiéndose por estas: las actividades comunes ligadas al mantenimiento de lo cotidiano las definen como tales y en las cuales se combinan las capacidades de sus miembros y recursos para llevar a cabo las tareas de producción y distribución. (Jelin, 1986).

El análisis de estas categorías es importante, porque los procesos de salud-enfermedad se viven al interior de las familias, donde se generan estrategias que se

particularizan de acuerdo a los capitales (sociales, culturales y económicos) acumulados de cada unidad doméstica.

Entendemos por capitales al “conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten y se pierden” (Costa, 1976, pág. 3)

El capital económico está referido a la acumulación de recursos materiales de los que se apropian los individuos. (Gutierrez, 2006)

El capital social retomando a Bourdieu en Alicia Gutierrez (2006) es la suma de los recursos actuales o potenciales, correspondientes a un individuo o grupo, en virtud de que estos poseen una red duradera de relaciones, conocimientos y reconocimientos mutuos más o menos institucionalizados, esto es la suma de capitales y poderes que semejante red permite movilizar. (Gutierrez, 2006)

El capital cultural está ligado a conocimientos, ciencia, arte. Puede existir bajo tres formas en estado incorporado, es decir bajo la forma de disposiciones durables, relacionadas con determinado tipo de conocimiento; en estado objetivado, bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, etc. y en estado institucionalizado, como lo son los diferentes títulos escolares. (Gutierrez, 2006)

Conjuntamente con la modificación de los capitales, la familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud. La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se asistan las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes a la enfermedad crónica. (LLanes, 2011)

Grupo

Los sujetos se encuentran insertos en relaciones sociales, que exceden a la familia como son los grupos. Estas relaciones se expresan en la cotidianidad, de asistir al tratamiento de diálisis con la dependencia del mismo, si bien la participación en el grupo no es voluntaria si no que es una actividad de la cual depende la vida de los sujetos,

consideramos importante retomar este nivel de abordaje por que los grupos de diálisis se constituyen en lugares de encuentro y donde se dirimen necesidades.

Lo grupal proporciona una mirada complementaria al tratamiento, articula lo individual y lo colectivo. Por ello a la hora de plantear las estrategias consideramos que el abordaje grupal tenía mucho que aportar, desde poder: incorporar la categoría de ciudadanía, fortalecer la pertenencia, la cooperación, la resolución de conflictos, etc. (Mgter. Custo, 2009)

En este capítulo definiremos la construcción del objeto de intervención y plantearemos una aproximación teórica a las estrategias para abordarlo.

A continuación se describirá la propuesta desarrollada y su implementación que fue reflexionada y repensada en base a los aportes teóricos.

Intervención social e intervención profesional

Entre los aspectos centrales del campo de intervención profesional es necesario recuperar en primer lugar su constitución histórica y los conceptos de intervención social y sus dispositivos, los cuales se articulan con nuestra profesión y permiten reflexionar acerca de la constitución del campo disciplinar y sus prácticas y discursos.

La intervención social es la estrategia que una sociedad despliega o instituye a fin que los diferentes sectores que la integran mantengan una cohesión que les permita percibirse como tal. Por medio de la intervención social se busca dirimir de alguna manera los conflictos que en el seno social aparecen.

Retomando los aportes de Ander Egg, las intervenciones sociales son el “conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado”. (Ander- Eggs, 1995, pág. 161)

La profesión de trabajo social forma parte del dispositivo de intervención social, aunque no se reduce a él, se substancia en ese entramado de prácticas y discursos presentes en lo social orientados a atender las demandas e intereses que se configuran en cada formación histórica respecto de la cuestión social. (Cazzaniga, S; Franco, R; Salazar ,L; Pieruzzini, R; Villagra, V, 2005)

La intervención no es un episodio natural, sino una construcción artificial de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde diferentes actores. El espacio de la intervención implica tanto el espacio desde el que se sitúan las estudiantes y los profesionales, como el espacio social de los agentes y el campo en que se presenta la demanda.

Cada intervención tiene una intencionalidad, es decir, se encuentra teñida por el marco ideológico y político particular de quienes la crean, reflexionan y llevan a cabo.

Desde el lugar del Trabajo Social, no solo se busca contribuir a la posibilidad de encuentro entre las necesidades y los recursos que las satisfacen, sino también reestructurar las redes y relaciones en la que las personas interactúan para obtener o no los recursos que satisfacen sus necesidades.

El Trabajo Social interviene con metodologías y las mismas se van reconstruyendo en el proceso mismo de la intervención. Intervención como proceso, es decir flexibilidad de manera que recoger información, evaluación diagnóstica, definir objetivos y estrategias, también forman parte de la ejecución. Proceso en el cual se aplican los procedimientos y técnicas y demás herramientas metodológicas, según los abordajes familiares, grupales, comunitarios o institucionales y el tipo de problemáticas a atender. Los/as trabajadores/as sociales desempeñan funciones profesionales tales como gestión, promoción, prevención, asistencia, educación, consejo, concientización, etc. (González, C. 2001).

En nuestra intervención, trabajamos con dos niveles de abordaje, familiar y grupal. Familiar ya que las herramientas teóricas y metodológicas nos permiten comprender el impacto que tienen distintas dimensiones (trabajo, estrategias familiares, salud física, emocional) en el proceso post trasplante, tanto en el sujeto como en su familia. Grupal en tanto se trabajaron estas dimensiones, miedos e incertidumbres con grupos focales de personas que estaban en procesos de diálisis.

Objeto de intervención

En palabras de Nora Aquín, el objeto de intervención se constituye por la intersección entre tres esferas: sujetos con dificultades u obstáculos para reproducir su existencia, procesos de reproducción cotidiana de la existencia y procesos de distribución secundaria del ingreso. (Aquín N. , 1995)

“El objeto de intervención de una profesión es equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización debe ejercerse una función específica.” (Aquín N. , 1995, pág. 21)

Nuestro objeto de intervención se sitúa en procesos a través de los cuales se redefinen situaciones materiales y no materiales, las cuales incorporan las representaciones sociales o saberes y las relaciones entre los sujetos.

En cuanto a la dimensión material, Heller plantea que “el hombre es un ser de necesidades, y como tal crea los objetos de su necesidad y los medios para satisfacerla, pero tanto las necesidades humanas como los deseos y capacidades para la creación de o el encuentro con los satisfactores, están asimétricamente repartidos según la posición que los

sujetos ocupan en la estructura social” (Heler, La producción de conocimiento en el Trabajo Social y la conquista de autonomía, 2004, pág. 7)

En cuanto a la dimensión no material, retomamos a M. Teresa Sirvent, quien plantea que las representaciones sociales son; “un conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos de un grupo comparten en relación a ellos mismos y a los fenómenos del mundo circundante” (Sirvent, 1999, pág. 50).

Las relaciones sociales citando a María E. Custo son: “un vínculo elemental primario y social que se establece con la articulación de los hombres entre si y un ámbito donde se manifiestan las necesidades de los sujetos sociales y sus posibilidades de frustración o satisfacción” (Custo, 2009, pág. 46)

Por lo mencionado anteriormente lo definimos a nuestro objeto, de manera general como:

El impacto del trasplante como parte de un proceso de salud enfermedad crónico, en la vida cotidiana de los sujetos y sus Familias/ U/D.

Su construcción surge a partir de una inquietud planteada por parte del referente del Servicio de Nefrología, ante el desconocimiento de la situación social de los sujetos trasplantados.

A partir de esta demanda, se comienzan a analizar qué tipos de necesidades, representaciones sociales y dimensiones de la vida cotidiana atraviesan el proceso de salud- enfermedad de los sujetos trasplantados a través de poner acción diferentes estrategias de intervención.

Estrategias de intervención

Al decir de González, C. las estrategias son un “conjunto teórico metodológico que opera como una matriz orientadora de la actuación profesional así como de su análisis”. (González C. , 2001, pág. 10)

Las estrategias, por lo tanto, son procedimientos fundados en la teoría y en la comprensión de la realidad, para abordar un determinado problema. En nuestro proceso de

trabajo elaboramos estrategias de intervención, teniendo en cuenta nuestra área de trabajo Nefrología.

Desde la especificidad de nuestro campo profesional, existen posibilidades de llevar a cabo intervenciones desde distintos niveles de abordaje con respecto a los sujetos: grupal, comunitario, institucional o familiar. El nivel de abordaje de la estrategia de intervención, depende de la definición de los sujetos de intervención. Lo que se define como específico de cada nivel de intervención está constituido por cuerpos categoriales que ayudan a comprender la complejidad de los distintos espacios en que los individuos desarrollan y reproducen su existencia; define una porción particular de lo social. (González C. N., 2005)

La indicación de trasplante como tratamiento necesario es un acto médico y su integra resolución se encuentra cubierta por el sistema de salud en sus instituciones del tercer nivel de atención. El acto quirúrgico en su dimensión material (estudios, procedimientos, recursos, medicación, internación, etc.) se encuentra “atendido” por el sistema de salud.

Ahora bien, la dimensión social, educativa y simbólica de este acto que irrumpe en la “vida cotidiana” del sujeto implica un abordaje más amplio, integral e integrado tanto en el momento del pre trasplante como en del post trasplante. “Amplio” porque la complejidad de la realidad social, llama a establecer redes interinstitucionales e interjurisdiccionales; “integral” porque la complejidad del procedimiento de trasplante convoca a trabajar desde la interdisciplina porque trabajamos con sujetos bio-psíco-sociales e “integrado” porque se trata de que la totalidad del proceso se encuentre lo más integrado posible a la vida del sujeto. (Flores, 2014)

Entonces, las estrategias de intervención operan como un; “conjunto de prácticas profesionales dirigidas a resolver situaciones problemáticas de los agentes sociales en la reproducción cotidiana de su existencia” (González C. , 2001, pág. 10)

Los procedimientos son entendidos como acciones o actos que suponen un curso, refieren a los modos de ejecutar un trabajo, los más utilizados son:

- ❖ **Gestión:** implica arbitrar los medios para la obtención, recreación o defensa de algún recurso. En un sentido más restrictivo, refiere a trámites conducentes al logro de un propósito, que sirve para atender a alguna necesidad.
- ❖ **Co-gestión:** supone que la administración de recursos económicos, culturales o sociales se realiza de manera conjunta entre el profesional y los agentes portadores de necesidades.
- ❖ **Promoción:** implica impulsar la realización de acciones o la formación de determinados conocimientos y representaciones.
- ❖ **Dilucidación:** supone la problematización de una situación analizando las alternativas de acción y sus consecuencias respecto de las necesidades y su jerarquización, de los recursos económicos, culturales y sociales de los agentes, etc. Se puede esclarecer una situación basándose en la idea de saber mutuo.
- ❖ **Prevención:** a través de ésta se anticipan las posibles consecuencias de una situación. Las actividades que se desarrollan tienden a promover la participación. (González C. , 2001)

En esta instancia y de acuerdo a las construcciones, el nivel de abordaje es el familiar y el grupal, ya que las herramientas teóricas y metodológicas nos permiten comprender el impacto que tienen distintas dimensiones en el proceso de trasplante, tanto en el sujeto como en su familia, y a través de grupos focales como el grupo de diálisis.

Que sus voces, sean las protagonistas

En nuestro proceso de trabajo elaboramos estrategias de intervención, teniendo en cuenta la construcción del objeto de intervención y las dimensiones que decidimos abordar.

Si bien consideramos que la intervención es un proceso, las desarrollaremos por momentos para una mejor comprensión de las acciones que fueron llevadas a cabo.

Inserción y Reconocimiento

La inserción a la unidad de Trabajo Social del hospital comenzó en el mes de noviembre de 2014 cuando tuvimos nuestro primer contacto con la referente institucional, en el marco del cursado de la materia seminario de diseño de estrategias de intervención.

Durante ese encuentro tuvimos una primera aproximación al servicio, en el cuál se nos informó sobre el equipo de profesionales que trabaja allí, las actividades llevadas a cabo y el marco de posibilidades para realiza la tesis.

En el mes de febrero del año 2015, se retomó el contacto con la unidad y comenzamos con estrategias de inserción y reconocimiento institucionales, a través de las cuales a través de entrevistas a las profesionales del servicio, observaciones participantes y revisión de documentos escritos construimos la trayectoria del servicio, las actividades que desarrolla, los recursos con que cuenta y las particularidades del abordaje de trabajo social en el tercer nivel de intervención del sistema de salud.

En un primer momento se realizaron observaciones y entrevistas a la referente institucional a través de las cuales se conoció los programas y líneas de acción con las que trabajaba el servicio, posteriormente se realizó un recorrido institucional por el hospital, lo que permitió identificar los distintos servicios con los que se trabajaba y se tenía articulación.

En un segundo momento se realizó entrevistas a cada una de las profesionales que trabajaban en el área de interés: trasplante. En la unidad de trabajo social, las licenciadas abordan el proceso de salud-enfermedad en relación al trasplante cada una teniendo a cargo un tipo de trasplante: corazón y pulmón, riñón, corneas, médula. A partir de las indagaciones se puede concluir que la intervención de trabajo social en el proceso de salud-enfermedad que involucra al trasplante como un tratamiento posible no varía según el órgano trasplantado.

Aparece así una continuidad del modelo de organización médico de las intervenciones, ya que el diseño de la intervención profesional parte desde una visión biologicista, hegemónica, sin considerar lo social, solo se tiene en cuenta el éxito físico, de que el riñón funcione, sin tener en cuenta el impacto tanto previo como posterior que tendrá el trasplante en la vida cotidiana de los sujetos, lo que implica tener en cuenta las dimensiones simbólicas, económicas y relacionales.

A partir de las entrevistas seleccionamos el trasplante de riñón como nuestra área de interés debido a la trayectoria de la intervención de trabajo social en el servicio de nefrología y las implicancias que tiene la enfermedad crónica en la vida cotidiana de los sujetos, enfermedad que tiene la particularidad de requerir que los sujetos tres veces por

semana asistan a una institución de salud para conectarse a una máquina, de la cual depende su vida.

Al mismo tiempo realizamos observaciones participantes para conocer la dinámica institucional del servicio, particularmente en el servicio de atención inmediata, en la cual se presentan situaciones que requieren de procesos de asistencia, en lo que tiene que ver con el acceso a medicamentos, prótesis y otros recursos de salud, asesoramiento para acceder a distintos programas. En este espacio también otros profesionales de la salud solicitan interconsultas, llevan pedidos de derivaciones o concurren a solicitar el uso del teléfono para llamar a pacientes, ya que es el único servicio del hospital que tiene línea telefónica con salida al exterior.

El proceso de indagación y exploración de nuestra área de intervención comenzó con la revisión de bibliografía relacionada al tema y específicamente la producida por trabajadoras sociales.

En simultáneo realizamos nuestra presentación al servicio de nefrología y entrevistamos a su referente, comenzamos a acompañar las tareas de las trabajadoras sociales en el área y a indagar en torno a los informes que se producían tanto desde el ingreso del sujeto a diálisis en el hospital como a los informes de pre y post trasplante.

Una vez presentadas en nefrología comenzamos a indagar respecto a los registros que se tenían de los pacientes trasplantados y nos facilitaron un cuaderno en el cual se anotan los trasplantes realizados por año con los datos de los sujetos; de esta forma decidimos hacer un recorte y recuperar información de quienes fueron trasplantados en el hospital durante los años 2013 a 2015. Durante estos años fueron trasplantadas 72 personas, quienes todos los meses asistían al hospital ya sea para retirar el pedido de receta para medicamentos o para asistir al turno de control médico.

Nuestra estrategia de intervención: Que sus voces, sean las protagonistas.

Proceso que culmina con cierto acercamiento al del objeto de intervención: “El impacto del trasplante como parte de un proceso de salud enfermedad crónico, en la vida cotidiana de los sujetos y sus Familias/ U/D”, propusimos una estrategia de intervención que tuvo como objetivo recuperar la palabra de los sujetos en su proceso de salud-enfermedad.

Esta estrategia fue desarrollada utilizando los siguientes instrumentos: encuestas, entrevistas en profundidad, observación de un espacio de encuentro entre ex compañeros de diálisis, la realización de talleres como espacio de intercambio entre sujetos trasplantados y sujetos que se encuentran en diálisis y, la creación de folletos de difusión de la opinión de los sujetos sobre su experiencia de trasplante.

Encuestas

El primer contacto con los sujetos es realizado a través de las encuestas que diseñamos con el formato de la encuesta internacional de calidad de vida fs-36 (cuestionario de salud abreviado), el cual fue modificado de acuerdo a nuestras inquietudes. Luego de la selección de la muestra, el día en que tenían los turnos los llamábamos por su nombre y apellido y le contábamos sobre nuestro trabajo y la posibilidad de que antes o después de su turno pudieran responder la encuesta. Todos a quienes llamamos mostraron disponibilidad para realizarla y relatar sobre su proceso de salud – enfermedad y de la experiencia del trasplante en particular. La encuesta abordaba distintas dimensiones que se ven modificadas después del trasplante, por ejemplo: trabajo, relaciones sociales, actividades cotidianas, percepciones de su salud actual y antes del trasplante, salud emocional, entre otras.

A partir de su administración, se agregaron dos preguntas que aparecían en el relato de algunos encuestados, ¿Qué significó el trasplante en tu vida? ¿Qué le dirías a una persona que quiere trasplantarse?

También se indagó particularmente en el tema de la movilidad al momento del operativo de trasplante y de los posteriores controles. De la lista inicial que construimos, agregamos a algunas personas que en los días en que nos encontrábamos en el hospital asistían a control.

De la implementación de este instrumento a 20 sujetos, logramos recabar información relevante al proceso, lo que permitió también, un acercamiento a la caracterización de los trasplantados. Como por ejemplo: de los encuestados 12 son hombres y 8 mujeres. La edad promedio es de 42 años, siendo el de mayor edad 64 años y el de menor 21 años. El tiempo de diálisis promedio por el que pasaron los sujetos es de 4 años y media, quien más estuvo en diálisis fue 12 años. En cuanto al lugar de residencia 7

son de Córdoba capital y 12 del interior y 1 de otra provincia. De los encuestados, 9 se realizaron el trasplante con donante fallecido y 11 con donante vivo.

Los sujetos explicitaron en las encuestas el interés por relatar su experiencia, a otros sujetos que están en lista de espera para ser trasplantados. Por ello, para continuar complejizando la mirada del impacto del trasplante en la vida cotidiana de los sujetos, realizamos entrevistas en profundidad.

Entrevistas en profundidad, construcción de relatos sobre el proceso de salud enfermedad.

La creación y puesta en marcha de este instrumento tuvo como objetivo general profundizar en el conocimiento sobre aspectos de la trayectoria singular de los sujetos, que se dieron en su proceso de salud- enfermedad desde el diagnóstico hasta el tratamiento mediante trasplante renal y actual vida como sujeto con trasplante.

Los objetivos específicos fueron: indagar acerca de los obstáculos/ dificultades / potencialidades/ posibilidades que reconocen los sujetos con trasplante renal y sus familias/ unidades domésticas, con respecto al tratamiento de su IRC y reconstruir las dimensiones que desde la percepción de los sujetos se ven modificadas luego del trasplante.

Se mantuvo un primer acercamiento con los sujetos mediante encuestas durante el mes de julio, indagamos acerca de diversas dimensiones de su vida cotidiana con 20 pacientes, mediante un instrumento de elección de múltiples opciones.

Para la selección de la muestra intencional que requerimos en este estudio utilizamos las siguientes variables:

- ✓ edad: mayor / menor
- ✓ seguimiento del área de servicio social: sí / no
- ✓ género: varón / mujer
- ✓ tipo de donante: vivo / cadavérico
- ✓ tiempo de diálisis: mayor / menor

- ✓ tiempo de trasplante: mayor / menor
- ✓ lugar de residencia: Córdoba capital / interior
- ✓ cantidad de operativos

Lo que se convierte en la siguiente selección:

- Paciente de mayor edad – (17)
- Paciente de menor edad - (14)
- Paciente con seguimiento de Trabajo Social – (07)
- Paciente sin seguimiento de Trabajo Social - (08)
- Mujer con donante vivo – (14)
- Mujer con donante cadavérico – (01)
- Hombre con donante vivo – (11)
- Hombre con donante cadavérico – (18)
- Mujer con más tiempo en diálisis – (01)
- Mujer con menos tiempo en diálisis – (15)
- Hombre con más tiempo en diálisis – (16)
- Hombre con menos tiempo en diálisis – (18)
- Lugar de residencia en Córdoba Capital – (18)
- Lugar de residencia en el interior de la provincia - (17)
- Mayor cantidad de operativos de trasplante. (16)
- Más tiempo de trasplantado – (4)
- Menos tiempo de trasplantado – (12)

Siendo finalmente parte de la selección 10 personas, dado que algunos sujetos se encuentran dentro de más de una de las categorías.

Los datos de contacto se recabaron a partir de relevar las historias clínicas de los pacientes para poder acordar con ellos la fecha de los encuentros, los cuales fueron en la misma instancia en la cual vinieron a control o a retirar medicación. Mediante la búsqueda del libro de turnos, de las historias clínicas y en el sistema de información del hospital, se accedió a los teléfonos de contactos de los pacientes y los días que tienen control. Con dos

de los sujetos, pudimos contactarlos personalmente y acordar la próxima entrevista, ambos con buena predisposición.

Se realizaron cuatro entrevistas en profundidad, con aproximadamente dos horas de duración, en los consultorios de Unidad de trabajo social, se abordaron los aspectos del proceso de salud enfermedad, teniendo en cuenta cuatro ejes, antes del diagnóstico, el diagnóstico, el tratamiento, y el trasplante. Teniendo en cuenta la trayectoria de cada uno de los sujetos y las dimensiones por los que fueron seleccionados, se realizó la guía de preguntas semi estructuradas.

Observación de un espacio de encuentro entre una persona trasplantada y sus ex compañeros de diálisis

A partir de las entrevistas realizadas y las conclusiones derivadas de su análisis se propuso a los sujetos la posibilidad de contar su experiencia del proceso salud- enfermedad y de las modificaciones o no que acontecieron en su vida cotidiana, a partir del trasplante a otras personas que se encontraban en diálisis en el hospital.

Una de las entrevistadas (María¹) explicitó que visitaba periódicamente a sus ex - compañeros de diálisis y que en esa instancia le preguntan como está, como se siente, conversan sobre la familia y sobre su vida cotidiana después del trasplante.

Frente a esta oportunidad le propusimos poder participar en una de sus visitas a sus ex compañeros de diálisis, a lo que accedió. Acordamos asistir conjuntamente en el momento en que el turno entraba a merendar, media hora antes de que sean conectados a las máquinas.

El encuentro se concretó en el mes de octubre de 2015 en el espacio de merienda del tercer turno de diálisis del Hospital. Este espacio compartió María, con sus compañeros durante 5 años hasta este año en que se trasplantó. A partir de ese momento los visita todos los meses y aprovecha ese espacio para vender productos de panificación, lo que se constituye como un ingreso más a la economía familiar.

A partir de nuestra presencia, surgieron inquietudes y relatos sobre su vivencia como tercer grupo de diálisis, ya que al comenzar el tratamiento a las 17:00 horas tienen

¹ Se utilizaran de aquí en adelante, nombres ficticios para resguardar la identidad de los sujetos de la intervención.

acceso a menos servicios profesionales, por lo que se sienten “olvidados” y “dejados de lado”. Uno de los sujetos Raúl, demandó asesoramiento para la gestión de un viaje de recreación para el grupo de diálisis, expresó

“acá... viste, estamos bien con la diálisis, pero de acá (señala la cabeza), nos vamos desgastando”

(Raúl, comunicación personal, octubre 2015)

Podemos observar que dicho espacio para María, constituye un sitio de acompañamiento, escucha y diálogo, como así también un lugar que le permite incrementar su capital social y económico a través de la venta de productos de panificación.

En la reunión con la referente institucional se informaron y discutieron sobre las demandas realizadas al servicio por lo que se decidió como estrategia, realizar un relevamiento de necesidades en este turno y acercarse para recordar el mecanismo en que los sujetos pueden acercar sus demandas, a través de la médica de guardia quien a su vez al otro día informa las novedades al área de trabajo social.

El relevamiento fue realizado el siguiente viernes con el acompañamiento de la referente institucional, las demandas solicitadas fueron sobre, asesoramiento para gestión de recursos como renovación del certificado de discapacidad, acceso al programa vale lo nuestro y acceso a medicamentos. Se receptaron las demandas y se dialogó sobre el mecanismo para comunicar las necesidades y consultas al servicio de trabajo social, los sujetos propusieron poner en funcionamiento un cuaderno para comunicarse con las profesionales, lo que a la semana siguiente fue concretado.

Espacio de Intercambio entre sujetos trasplantados de riñón y en proceso de diálisis.

El abordaje del Trabajador Social tiene como sustento los derechos humanos, en cada intervención que se realiza se ponen en marcha dispositivos y ejercicios cotidianos de fortalecimiento de la construcción y revalorización de la persona como: sujeto de derechos, de escucha, creador y actor de su realidad. Se intenta trabajar desde una modalidad que considere al sujeto activo, en la autogestión atención de la salud.

El abordaje grupal proporciona una lectura complementaria al tratamiento, ya que articula lo individual y lo colectivo, a través de diferentes técnicas. Adquieren especial importancia vinculados al proceso de salud – enfermedad, la percepción que las personas tienen de este proceso y su tratamiento, los temores que experimentan y sus expectativas

hacia el futuro, los cambios que produjo el trasplante en su cotidianidad (tiempo, independencia, restricciones en su alimentación, costos d tratamiento, entre otros) y las prácticas de cuidado que realizan.

El conocimiento de las vivencias de las personas contribuye a que el equipo de salud acompañe a las mismas, teniendo en cuenta su mundo vivencial y el lugar / rol que cada una ocupa en el seno familiar, lo cual les puede ayudar a adaptarse a la nueva situación y al tratamiento, pudiendo generarles menos sufrimiento a los sujetos y familias. La expresión por parte de los sujetos de lo que les pasa, sienten, viven en el proceso de post- trasplante permite compartirlo con sus pares y poder entre todos y todas intercambiar dudas y saberes.

A partir de la realización de las entrevistas en profundidad, comenzamos también con la puesta en marcha de otra estrategia de intervención, generar un espacio donde los sujetos trasplantados de riñón puedan contar su experiencia del paso por este proceso de salud enfermedad y que su experiencia sea puesta en valor, que puedan interactuar con los pacientes que aún no pasaron por un trasplante, que permanecen en diálisis.

En la instancia de entrevista se dialogó con los pacientes sobre la propuesta, para saber su predisposición, su interés y con cual estrategia o medio, es decir talleres, autobiografía, un video, entre otras, para luego seguir en contacto con ellos para generar esta nueva intervención de recuperar sus experiencias.

El objetivo general planteado fue generar un espacio de intercambio entre sujetos trasplantados de riñón y aquellos que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Córdoba. Los específicos fueron 1) posibilitar que los sujetos puedan transmitir su propia experiencia del proceso de salud-enfermedad, 2) generar instancias y acciones de recreación dentro del espacio 3) fortalecer los procesos grupales, de conocimiento, confianza y diálogo-

Las actividades propuestas fueron:

- Presentación del equipo de trabajo y objetivo del espacio - 5 min.
- Relato de la experiencia - 20 min.
- Cierre y preguntas - 10 min.
- Entrega de folletos – 5 min.

Invitación

A partir de la organización de los turnos de diálisis y de comedor, se programó el espacio de encuentro en los horarios más adecuados donde pudieran estar la mayor cantidad de personas. La invitación, se realizó por medio de la entrega de tarjetas a cada turno, la cual fue personalizada y con anticipación para que tuvieran en cuenta la actividad.

La entrega de las invitaciones fue cuando ellos estaban en el tratamiento, en su mayoría se encontraron abiertos y predispuestos a participar, a cinco de ellos fue necesario que se las leyéramos porque tienen una disminución visual.

Desarrollo

El encuentro se realizó el día 11 de noviembre, día en que Alberto, pudo estar presente durante el almuerzo del segundo turno y la merienda del tercero, con el acompañamiento de dos de las trabajadoras sociales del servicio.

Primero se realizó la presentación del espacio y la propuesta del encuentro y Alberto comenzó a contar su proceso de salud- enfermedad con el apoyo de una línea del tiempo, en la cual se iba pegando los momentos más importantes del proceso como el diagnóstico, los posibles tratamientos, la fecha de trasplante. Esta técnica permitió que Alberto, se organice en torno a su relato y a su vez que quede de manera gráfica para los oyentes.

En los dos talleres existieron diferencias debido a la conformación de los grupos y a nuestro vínculo con ellos, que fue más frecuente y estrecho con el tercer grupo.

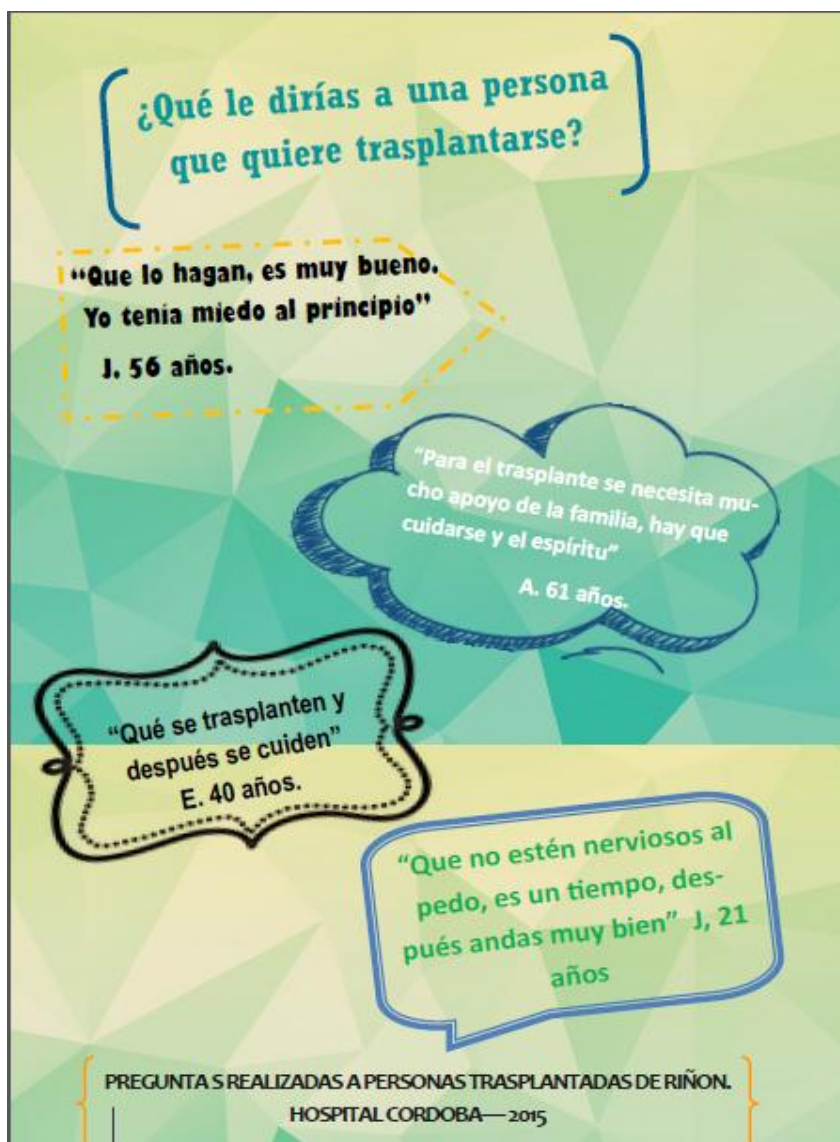
Durante el encuentro del segundo grupo costó generar un clima de escucha e interés, que se fue construyendo a partir de las intervenciones de Alberto, con preguntas a los participantes sobre aspectos ligados a su proceso de salud- enfermedad como la toma de medicación y las enfermedades asociadas que cada uno tenía a la insuficiencia renal.

En el espacio del tercer grupo, desde la presentación se constituyó un clima de conversación e intercambio, en donde los participantes compartían sus inquietudes, vivencias y preguntas con Alberto y entre ellos.

Luego se propuso la actividad del árbol de los deseos, en el que cada uno podía escribir sus proyectos de vida y deseos a futuro en las tarjetas y luego pegarlas en un árbol, los mensajes en su mayoría estuvieron relacionados a pedidos en torno a su salud, a la posibilidad del trasplante y al bienestar de ellos y su familia.

Folletos

Utilizamos un medio gráfico como el folleto para la difusión de la palabra de los sujetos, frases que fueron recolectadas en el proceso ya sea por las encuestas o en las entrevistas. El objetivo es que sus voces puedan llegar a mayor cantidad de gente y que sean un mensaje positivo para aquellos que están a la espera del trasplante, estos van a ser entregados a modo de cierre del espacio de intercambio. Luego del diseño de los mismos que fue exclusivo del equipo, nos enfrentamos a la dificultad de la falta de recursos para la impresión, ya que los costos para hacerlo en color y el tamaño que pretendíamos era mucho dinero, por lo que fueron impresos en blanco y negro y se les realizó con cartulina de colores un marco.





Para seguir sumando...

A modo de cierre, se propuso la entrega de una caja que contenía elementos relacionados al arte y a la recreación, como mandalas para ser coloreados, sopas de letras, pinceles, pinturas, frases, y artículos varios de librería. El objetivo de esta intervención fue generar instancias y acciones de recreación en principio dentro del espacio para romper con la rutina de su tratamiento y que puedan decorar el espacio del comedor y apropiarse del mismo, también se pretendía fortalecer los procesos grupales, de conocimiento, confianza y diálogo entre compañeros y compañeras.

En el siguiente capítulo, realizamos un análisis de los relatos de los sujetos trasplantados, en torno a sus capitales, a los cambios más significativos en el proceso de salud enfermedad, al impacto y relevancia del tratamiento de trasplante. Finalizamos con algunas propuestas para seguir fortaleciendo la intervención de la profesión en esta área.

Análisis de las intervenciones

Es necesario entender que el trasplante de órganos debe ser observado más allá de una perspectiva médica, para incluir un marco interdisciplinar, desde un punto de vista biopsicosocial, que asume el concepto de calidad de vida, relacionado con un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente con la ausencia de enfermedad.

Consideramos importante la interdisciplina, en tanto las nuevas demandas de los sujetos requieren de más de una disciplina para ser abordadas, requieren de equipos de salud, retomamos los aportes en este sentido de Carballeda: “La conformación de un "equipo de trabajo" implica sostener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la Intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal. La Interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la Intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro; es interacción y reciprocidad simétrica, es decir una complementariedad.” (Carballeda, 2001, pág. 1)

En las últimas dos décadas, el trasplante ha sido considerado uno de los mayores avances de la medicina, no sólo por su papel en la recuperación de la salud, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas y/o terminales por la falla de alguno de sus órganos.

Luego de utilizar la encuesta FS-36, al revisar detalladamente los instrumentos estandarizados internacionalmente, se consideró que no incluían todas las dimensiones de interés para cumplir los objetivos planteados en términos del impacto de los efectos secundarios del trasplante en la calidad de vida de los pacientes, sus relaciones interpersonales, el cambio de hábitos, los beneficios y los costos implicados

La sucesión de intervenciones que realizamos si bien fueron acotadas al momento del trasplante nos permitieron ver el proceso de salud enfermedad crónico de los sujetos, ya que el acceso a este tratamiento particular en los entrevistados se da entre cinco y ocho años después de haberse realizado el diagnóstico.

Para el análisis del proceso, se retomaron dimensiones que fueron recogidas a lo largo de las diferentes estrategias realizadas con los sujetos, desde la perspectiva de Bourdieu, en esta doble articulación de campo y habitus en los que se juegan capitales sociales, económicos y culturales que tienen que ver con las trayectorias de cada uno de los sujetos, y su posición en la estructura social que deriva de la acumulación distintiva de

cada uno de estos y que a su vez influyen en las distintas estrategias de afrontamiento, adhesión al tratamiento y calidad de vida.

El reconocimiento de las trayectorias de los sujetos permite entrever los distintos tipos de capital que posee cada uno de ellos: capitales económicos que se relacionan con la trayectoria laboral de los sujetos, capitales sociales y capitales culturales. La densidad de estos elementos se modifica por la coordenada de la enfermedad crónica.

Como hiciera Gutiérrez Alicia, en el trabajo “pobres como siempre” intentaremos analizar las trayectorias familiares, prestando especial atención a la modificación en la densidad de los capitales económicos y sociales de los sujetos y su habitus, antes y después de una enfermedad crónica que desembocó en el tratamiento de trasplante y que implicó una readaptación de estrategias. (Gutierrez, 2007)

Los capitales económicos fueron analizados a partir de las trayectorias laborales de los sujetos, y de distintas variables como: monto y fuente de sus ingresos familiares, tenencia de la vivienda.

Los capitales sociales fueron pensados, en relación a las redes familiares, vecinales y a los grupos de pares, alguno de los cuales se constituyen en sostén y acompañamiento del proceso.

En relación al habitus, reflexionamos como dentro del proceso salud enfermedad se modifican hábitos cotidianos y como se generan nuevos proyectos de vida a partir de acceder al tratamiento de trasplante.

Estos ejes nos permitieron el análisis de las estrategias de reproducción social de las familias/ud y cómo algunas se fueron modificando a lo largo del proceso.

Diagnóstico y tratamiento de diálisis

El diagnóstico de la IRCT irrumpe en la vida cotidiana de todos los sujetos con esto queremos decir que luego de algún episodio repentino de enfermedad, se les diagnostica e inmediatamente tienen que ingresar al tratamiento de diálisis. En todas las situaciones antes del diagnóstico se desconocía la enfermedad y los tratamientos:

“No conocía nada de la enfermedad, no tenía ni idea” (José, comunicación personal, 2/10/2015)²

“Sí, me dijeron cuál era el tratamiento de diálisis, la guía, los tubitos, la fistula, todo me explicaron, pero yo pensaba que me iban a hacer ese día y ya está, pero me dice no, vos te tenes que hacer tres veces por semana” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

En tres de las cuatro entrevistas los sujetos tenían patologías de base crónicas como diabetes, hipertensión, lo que en sus complicaciones derivaron en insuficiencia renal.

Ante la situación que enfrentan las familias y sus unidades domésticas, despliegan estrategias de afrontamiento, que se relaciona con el volumen y la estructura del capital que poseen. Por un lado, el volumen del capital hace referencia a la cantidad de recursos o poderes que cada unidad doméstica posee, y la estructura remite a la conformación que ese conjunto de recursos cobra en cada unidad de análisis. (Gutierrez, 2007).

Retomando a Llanes, plantea con respecto al impacto que tiene la cronicidad de la enfermedad en lo ocupacional, que “es común encontrar que como resultado de los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados al proceso de enfermedad, se produzcan cambios en el desempeño de las labores. Este es uno de los aspectos que mayor distrés genera pues conduce a los individuos a reestructurar su cotidiano de vida, a veces durante un tiempo considerable dedicarse solo al cuidado de la propia salud, aprender a desenvolverse en nuevos espacios sociales con nuevas normas y exigencias, y quizás también a orientar las capacidades, potencialidades y la búsqueda de autonomía. (LLanes, 2011)

Por ello para analizar los capitales económicos con los que contaba cada sujeto y su familia/ ud doméstica al momento del diagnóstico tuvimos en cuenta la situación laboral de los sujetos, el tipo de ocupación, el goce o no de transferencias formales y si posee o no cobertura de salud.

Con respecto a la situación laboral dos de los sujetos se hallaban insertos en el mercado laboral, ya sea formal o informal, constituyéndose su salario en el principal ingreso económico de sus familias/ud. Uno de ellos se encontraba cursando la escuela secundaria. El cuarto sujeto realizaba trabajo doméstico en su hogar, constituyéndose el principal proveedor de su familia/ud su pareja. Ninguno de los entrevistados recibía

² De aquí en adelante se citan de esta manera, fragmentos extraídos de comunicaciones personales en situación de entrevista con los sujetos de intervención.

transferencias formales por parte del Estado. El diagnóstico de diálisis permite a las personas acceder a la pensión por discapacidad, en el transcurso del tratamiento cada uno de los sujetos realiza la gestión de este recurso, el cual se constituye en un ingreso familiar predominante en todas las familias/ ud al generar el tratamiento desgaste físico, emocional, vincular que obstaculiza la posibilidad de trabajar de manera continua.

Con relación a la cobertura de salud, ninguno de ellos contaba con obra social privada.

Con respecto a la tenencia de la vivienda tres eran propietarios de la vivienda y uno alquilaba.

Son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos sujetos que provocan deterioro en lo físico, lo emocional y en la adhesión al tratamiento: tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario, restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte (Kimmel, 2001).

“Estuve un año como que estaba ahí tranquilo, después de esto ya me empezó a molestar, ya no tenía ganas de ir, no quería hacer nada”, “un año hice la dieta todo y andaba re mal y después deje de hacer la dieta, porque me cuidaba y andaba re mal” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

En el relato de los sujetos aparecieron obstáculos relacionados con las instituciones durante todo el proceso, particularmente en el momento del diagnóstico María relata:

“En el tránsito, me hicieron los estudios y se perdieron, la historia clínica todo, ahí adentro del hospital y bueno dije no me hago más nada y me enoje, me hicieron perder todos los estudios que eran 16, yo me deje estar hasta que volví” (María, comunicación personal, 14/9/ 2015)

Existen diversas experiencias con relación al proceso de diálisis, que tienen relación con el tiempo de duración del tratamiento y su frecuencia y la distancia al centro de diálisis:

“Tuve una vida totalmente normal en diálisis por eso yo la recomiendo, que no tengan miedo a la diálisis, es una cosa buenísima” “Al otro día el doctor me llevo a diálisis, yo no sabía lo que era, al otro día quede al pelo, que lindo esto, y bueno me empezó a gustar” (1 año de diálisis, centro de diálisis a 15 cuadras de su casa) (Alberto, comunicación personal, 26/08/2015)

“42 kilos pesaba, era muy flaquita, la cara caída todo... por la diálisis era, la diálisis te consume mucho” (12 años de diálisis, centro de diálisis a 40 cuadras de su casa) (María, comunicación personal, 2015)

“Tres años me dialice, yo le dije al doctor quiero que me trasplanten así no vengo más a diálisis, no vengo más...” “era por mi hermana que no faltaba a diálisis, yo no quería venir a veces, estaba cansado” (3 años de diálisis, rotación por diferentes hospitales para un mismo tratamiento) (Osvaldo, comunicación personal, 7/9/2015)

“Diálisis fue lo peor, lo menos” (8 años de diálisis, 20 km al centro de diálisis) (José, comunicación personal, 2/10/2015)

Los capitales sociales de los sujetos identificamos que están conformados por vínculos familiares, vínculos vecinales y conjuntamente con el diagnóstico y el ingreso a diálisis el grupo de diálisis.

La familia es el principal sostén y agente de acompañamiento frente al diagnóstico.

El grupo, se conforma debido a una afiliación necesaria por parte de los sujetos al tratamiento de diálisis, al verse deterioradas otras redes, comienza a ser un capital social relevante en cuanto a la contención y la adherencia al tratamiento y la apropiación del espacio, además de dializarse, se encuentra la satisfacción de otras necesidades como de pertenencia, de amistad, de acompañamiento y trabajo:

En diálisis “al último uno se hace amigo, está todo el día ahí conversando”

(Alberto, comunicación personal, 26/8/2015)

“Con un amigo de diálisis nos conocimos y empezamos a trabajar juntos en un negocio de reparación de electrodomésticos y de electricidad” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

Consideramos que el diagnóstico de la enfermedad genera en la vida cotidiana de los sujetos impactos en su habitus y en sus estrategias de reproducción, que se ven modificadas a partir de la irrupción del tratamiento.

En la dimensión laboral y educativa los sujetos modifican o interrumpen las actividades que venían llevando a cabo, uno de ellos dejan de trabajar para lograr una mayor adhesión al tratamiento, otro de los sujetos es desvinculado de su trabajo debido al diagnóstico de la enfermedad, el tercero modifica su asistencia a las clases de secundario, al comienzo concurriendo menos veces por semana, luego con una maestra en su domicilio y por último, debido al cansancio y el desgaste que le generaba el tratamiento, abandona sus estudios secundarios en tercer año.

Con respecto a los hábitos alimenticios con el diagnóstico y el ingreso a diálisis, son adaptados a la nueva situación de salud, con la incorporación de una alimentación saludable, restricción de alimentos como dulces, frituras, líquidos en gran cantidad; esto repercute a nivel familiar también ya que se modifican las pautas alimentarias para toda la familia/ud, incorporando estos nuevos hábitos a la alimentación familiar.

La rutina diaria conjuntamente con lo anterior se ve modificada, sustituyendo las actividades predominantemente laborales, educativas y de trabajo doméstico por aquellas ligadas al tratamiento de la enfermedad: asistencia a los turnos del hospital para controles, asistencia tres veces por semana a diálisis, consultas con distintas especialidades médicas, gestión del certificado de discapacidad y de la pensión por discapacidad, entre otras.

Teniendo en cuenta lo mencionado de la modificación de hábitos y de rutinas nos parece pertinente retomar los aportes de Llanes, plantea que: “Una de las cualidades básicas de las enfermedades crónicas, responsable de parte importante de sus impactos sobre las personas que con ellas viven, es justamente la cronicidad. Esta propiedad o condición impone en primer lugar lidiar de forma permanente con ella en los espacios físico, psíquico y simbólico de la individualidad; pero también demanda de forma obligatoria trascender dicha individualidad, en tanto el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana. Las relaciones interpersonales en general, las ocupaciones, la familia y la pareja constituyen las dinámicas de interacción fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan. Por tanto, son los/as amigos/as, los/as compañeros/as de trabajo, los familiares y la pareja quienes se convertirán en los principales actores, testigos y convivientes de dichos procesos.” (LLanes, 2011)

Trasplante

El tratamiento de diálisis de los sujetos, tuvo una duración variable de uno a doce años, donde luego de los 6 meses, el equipo médico tuvo la responsabilidad de que sean inscriptos en la lista de espera de órganos, ya que consiste en un derecho de todas las personas con influencia renal, para acceder al tratamiento se requirió la realización de una serie de estudios médicos y el consentimiento de los sujetos.

Del acceso al tratamiento de trasplante, los sujetos relatan:

“Al año de diálisis entre en la lista, después iba cada seis meses a renovar los estudios” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

“Desde siempre considere la posibilidad de trasplante, desde el año que me dijeron que me empiece a hacer los estudios para eso” (José, comunicación persona, 2/10/2015)

“Me mandaron a diálisis y me dijeron que podía llegara a salir un trasplante el día de mañana y la doctora me hizo todos los estudios y me puso en lista de espera” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

En el acceso al tratamiento de trasplante, aparecen obstáculos vinculados a la burocracia institucional que se constituyen en barreras para la accesibilidad. Una de las entrevistadas cuando elige ingresar a lista de espera de trasplante sus estudios se pierden, por lo que decide realizar ocho años el tratamiento de diálisis sin estar en la lista y en 2010, volver a realizarlos cuando es trasladada al Hospital Córdoba.

De igual forma es relevante la duración del proceso para llegar a ser candidato a trasplante, lo que dificulta en algunas situaciones su sostenimiento, ya que requiere de una serie de estudios, entrevistas, consultas que tienen tiempos burocráticos, administrativos, todo esto está regido por el sistema de salud público, proceso delimitado por una ley nacional que determina los tiempos y los procedimientos.

El tiempo de espera promedio del órgano para trasplante de los sujetos es relativa a cada proceso de salud enfermedad, el mayor tiempo de espera de este grupo fue de 4 años y el menor fue de 1er año, todo lo cual genera incertidumbre, despierta miedos, y hasta resignación “no esperarlo más al órgano”; durante este período, la mayoría fue convocado a operativos infructuosos en los cuales no se realiza el procedimiento de trasplante, agudizando estos sentimientos.

“Tuve dos, tres operativos pero no eran para mí, hasta que llego el mío” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

“tuve dos operativos, uno en mayo o junio, bueno ese no era para mí, me llamaron por teléfono y me vine, me sacaron sangre y el otro sí.” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Estaba como que no me interesaba, a último momento si sale, sale, ya no lo esperaba más y hasta que un día me salió, me llamaron, venite y bueno me vine”(José, comunicación personal, 2/10/2015)

El trasplante como procedimiento es una concatenación de sucesos que se dan de manera consecutiva y vertiginosa y producen mucho stress, es decir implica el llamado del

equipo médico informando sobre la posibilidad de ser trasplantado, la decisión de si se acepta o no y la movilización / traslado lo más rápido posible al hospital para realizar el procedimiento, ya que el tejido tiene un tiempo límite para ser trasplantado.

“Esto (llamado y decisión) es una hora, media hora y todos tienen que estar trabajando, no van a estar esperando tres días para que usted decida (a trasplantarse) por eso hay que estar más o menos organizado”
(Alberto, comunicación personal, 26/8/2015)

“Me llamaron un viernes a la noche como a las 9 y media y me preguntaron si estaba dispuesto a venir y le dije que sí. Fui a buscar a mis hermanos para que me trajeran, llegamos acá como a las dos de la mañana” (Alberto, comunicación personal, 28/8/2015)

“La doctora me llamo y me dijo que ya me iba a buscar el auto, me cambie y me subí y ahí me hicieron los estudios y a las 22hs me operaron.” (Osvaldo, comunicación personal, 7/9/2015)

“En ese momento estaba chocho, le conté a mi hermana, estaba decidido, estaba a la espera, estaba mentalizado” (Osvaldo, comunicación personal, 7/9/2015)

“Me avisaron a las seis de la mañana, estamos en un operativo me dijeron y seguro que ese riñón es para vos, ya te vamos a buscar para que te hagas diálisis y después te hacen el trasplante de riñón” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

En las entrevistas apareció que resultó importante en sus propias historias haber tomado con antelación la decisión del trasplante, por los sentimientos que genera este momento en los sujetos, dado lo significativo del hecho, que representa la culminación de la hemodiálisis y con ello de la asistencia tres veces por semana al hospital para estar conectado a la máquina.

“Para mí el trasplante fue un acontecimiento importante, porque espere tanto, tantos años, muchísimos años, para mí se me hacía eterno porque pensé que no se me iba a dar nunca y me salió” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Al entrar al quirófano me despedí, es un poco duro ahí despedirse de los amigos, de la familia porque uno nunca sabe, es una operación. A un amigo le tuve que decir, me voy pero no sé si vuelvo”
“Cuando estas solo ahí adentro en aislamiento, uno medita muchísimas cosas, que hice bien, que hice mal”
(Alberto, comunicación personal, 26/8/2015)

“En el momento del trasplante me sentía ansioso, quería que pase rápido. Estuve internado una semana y 4 días que me pareció mucho. Cuando empezaron a pasar los días yo estaba desesperado, me ponía nervioso y me quería ir pero aguante, aguante” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

Este es un momento de grandes ansiedades y sentimientos contradictorios, la práctica quirúrgica objetiva la posibilidad de modificación de la calidad de vida de los sujetos.

Trasplante y alta médica

El proceso de internación tiene una duración de entre 7 y 20 días dependiendo de cada situación particular, todos los sujetos estuvieron acompañados por sus familias en este proceso constituyéndose uno o dos miembros de la familia/ud en los cuidadores durante el lapso de internación.

Los cuidadores en las situaciones analizadas son: esposa, hermana, padres e hija. Los familiares más cercanos son quienes se hacen cargo de esta tarea asumiendo en este momento del tratamiento el acompañamiento durante la internación, los trámites referidos a la gestión de medicamentos necesarios para el alta médica, las funciones de apoyo y contención.

La situación de alta médica se constituye en un momento significativo durante el proceso, ya que la vuelta a la casa implica la necesaria modificación de una serie de hábitos cotidianos y familiares, tanto transitorios como permanentes, para lograr la adhesión al tratamiento. Los primeros meses son determinantes en el éxito o no del tratamiento, ya que debido a que se produce la baja de las defensas en el organismo se tienen que realizar una serie de cuidados estrictos para no rechazar el riñón, cuidados alimentarios, de higiene, físicos, entre otros y que el sujeto trasplantado no puede hacer solo.

Para recibir el alta médica se debe cumplir con una serie de requisitos, sobre todo ligados a la situación de salud física del sujeto y a la toma de medicación. El estado garantiza a todas las personas que acceden a este tipo de tratamiento la medicación post-trasplante de manera gratuita, previa realización de una serie de trámites en el ministerio de salud de la provincia de Córdoba , cuya obtención es condición para recibir la situación de alta médica. Sin los medicamentos no se otorga el alta.

En este proceso aparecen obstáculos, que derivan directamente en la extensión del tiempo de internación de los sujetos.

María, estuvo 20 días internada: “Me internaron el 28 de julio y salí el 17 de agosto culpa de los remedios del pizurno que no me los daban. Vos ya estás de alta me decían, te tienen que traer los remedios del pizurno, algún familiar o tu marido, mi hija les digo. Que venga tu hija a buscarte los remedios del pizurno y ya está” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Me iban a dejar ir el viernes pero no entregaban los remedios por el paro, así que el doctor me dice te vas a tener que quedar más porque no podemos conseguir los remedios, el lunes me dieron el alta y yo me quede hasta el otro sábado.” (Alberto, comunicación personal, 26/8/2015)

El regreso al hogar se da en diferentes situaciones; dos de los entrevistados vuelven a su hogar, y una de las entrevistadas a la casa de un vecino, debido a que la suya no estaba en condiciones para realizar la recuperación post-trasplante y estaba en proceso de refuncionalización, con financiamiento por parte del estado (mediada por intervención específica del servicio social del hospital³). Por otro lado José, por ser del interior y no contar con red de relaciones en la ciudad de Córdoba, debe quedarse en un hotel cercano al hospital.

“El regreso a mi casa fue primero a la casa de una vecina, que quedaba cerquita de la mía que estaban arreglando, me quede ahí dos meses. Estábamos con mi hija, las dos juntas, a donde iba yo iba ella. Después como el hombre se enfermó, tuve que buscar a otra vecina a ver si podía vivir unos días más ahí, me dijeron que sí” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Después del alta estuve más de un mes en el hotel acá en frente, cada dos días venía acá. Después de un mes me fui a mi casa” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

“En el pueblo hicieron rifas, se juntó más o menos 40 mil pesos para poder pagar el hotel, porque nosotros alquilamos en el pueblo” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

En la situación de María, son las redes vecinales las que acompañan el regreso a su hogar, proporcionándole vivienda a ella y a su hija por una serie de meses hasta que su casa estuvo en condiciones. En otra de las situaciones los vecinos del pueblo de origen del sujeto, realizan acciones de recaudación de dinero para poder sostener los costos de alojamiento de él y su padre durante el primer mes posterior al trasplante, ya que debían quedarse en la ciudad capital para realizar los controles periódicos. En este momento, podemos ver como en el proceso salud- enfermedad tiene gran relevancia el capital social

³ Durante la evaluación pre trasplante que realizó el servicio social se valoró la necesidad de realizar modificaciones en la vivienda de María, para poder contar con los requerimientos mínimos necesarios para su recuperación.

que poseen los sujetos y sus UD, porque favorece las condiciones del tratamiento y los cuidados.

Las redes familiares y vecinales se constituyen en este tipo de tratamientos como factor relevante en el éxito. Los sujetos recurrieron a su grupo de vecinos, o a la comunidad para satisfacer distintos tipos de necesidades que aparecen y requieren ser resueltas con rapidez para sostener el tratamiento. En estas redes se satisfacen necesidades tanto materiales como no materiales, cuando hablamos de materiales nos estamos refiriendo a la vivienda o dinero para el alojamiento y no materiales a las necesidades de acompañamiento, escucha, diálogo, que se satisfacen con las familias y en los grupos de pares entre compañeros de diálisis.

Las redes no solo se constituyen en factor de acompañamiento y éxito de tratamiento durante el tratamiento de diálisis, sino también en los momentos post-trasplante. Tres de los cuatro sujetos entrevistados siguen en contacto con su grupo de diálisis después del trasplante, visitándolos en los espacios de tratamiento y compartiendo espacios extra- institucionales. Debido a las características que requieren los procesos de hemodiálisis, este tipo de grupos se constituyen en relaciones estables, ya que requiere una periodicidad de los encuentros y debido a la duración del tratamiento se convierte en un hábito cotidiano.

Para María, este grupo es también un espacio donde despliega estrategias de reproducción, vendiendo productos de panificación cuando los visita, lo cual le permite otro ingreso económico,

“Yo a mis compañeros los vengo a ver, los vengo a ver y les doy ánimos, Fuerza les digo, que no bajen los brazos, que el trasplante va a salir” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Hay un grupo en Marcos Juárez de trasplantados y ahora me mandaron un mensaje para que vaya, así que voy a ir” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

(Cuándo lo llamaron por el operativo) “Fui a buscar mis hermanos que me trajeran e incluso se ofertaron dos o tres vecinos, se portaron muy bien conmigo” (Alberto, comunicación personal, 26/8/2015)

A partir del análisis podemos mencionar que tal como plantea Alicia Gutierrez en el libro “pobre´ como siempre” existe una correlación entre los distintos tipos de capitales:

poner en juego un capital posibilita el incremento de otros tipos de capitales, por ejemplo desplegar el uso del capital social permite aumentar el capital económico o cultural.

Estrategias de cuidado/cuidadores

El proceso de salud enfermedad requiere un fuerte compromiso con el cuidado, y desarrollar hábitos cotidianos y estrategias familiares que lo acompañen.

El cuidado por parte de los familiares cuidadores requiere de actividades vinculadas al trabajo doméstico, de mantenimiento y administración del hogar que tienden a ser repetitivas y rutinarias, a las que se suman otras que requieren aprendizajes, una particular dedicación de tiempo y reorganización intrafamiliar, como son la administración de medicamentos, la limpieza de los elementos de los sujetos trasplantados, mantenimiento de los animales fuera de la vivienda, la alimentación, etc.

“A mi papá le gustan mucho los perros así que se los tiré todos para el fondo, para el patio, los perros afuera (...) La cosa es que no te salten, no te lamban, todo eso... el contagio de los animales” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

“Ahí (toma de medicación) es donde actúa gran parte la familia, en este caso mi señora, ella tenía los frasquitos y ponía la hora, si hubiera estado solo no lo hubiera podido hacer” (Alberto, comunicación personal, 26/8/2015).

En el caso de María conjuntamente con las redes, su hija de 15 años aparece como la principal cuidadora en el momento del trasplante, es quien asume los cuidados y acompaña el tratamiento desde el momento previo a que le den el alta, buscando los medicamentos necesarios, en el ministerio de desarrollo social, acompañándola en el regreso a la casa, y en los cuidados post trasplante.

“Así que le doy gracias a dios que estuvo ella porque anduvo mucho porqué si no...” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

La significación del trasplante para los sujetos va de mano con la realización de actividades cotidianas, que no podían realizar por la enfermedad o que realizaban antes de su aparición, el tratamiento les permitió tener una “vida normal” en sus palabras. Se producen modificaciones en los hábitos cotidianos derivados del proceso de salud enfermedad, poder asumir otros compromisos debido al tiempo disponible, compartir otros

espacios con la familia, realizar actividades recreativas, laborales, debido también a la mejoría en el estado de salud.

“Cuando estas trasplantada ya es otra vida, es normal como antes” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Pude estar con la familia todos los días a la hora del almuerzo, que antes como me dializaba no podía, un alivio dejar de dializarme los fines de semana y a nivel físico también” (Osvaldo, comunicación personal, 7/9/2015)

“El trasplante significó un cambio que hice, porque ahora voy al colegio, trabajo por hora” “Curso tercer grado, en el barrio de mi casa, a tres cuadras. Es un centro vecinal.” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Me cuesta comer fruta ahora, antes vivía con la naranja, la manzana, ahora no. Y verduras, comé me dicen, pero no llevo la atención, antes cuando estaba en diálisis sí, ahora me gusta lo frito, a lo mejor el riñoncito sea delicado y coma todo lomito” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“salimos con mi hermana, le ponemos la pechera a la perra y salimos a caminar.” (Osvaldo, comunicación personal, 7/9/2015)

“Yo vivo feliz con lo que comó, tengo una huertita en casa, tengo todo” “A los treinta días del trasplante yo ya tenía una vida normal.” “Yo me pongo a barrer el patio, cebo mates, riego” “Yo tengo mi mate, mi pava aparte porque tengo que tomar sin azúcar, amargo” (Alberto, comunicación personal, 26/8/2015)

Consideramos importante evidenciar como en algunas trayectorias, la enfermedad crónica contribuye a generar determinadas disposiciones para actuar, es decir constituye un habitus, donde se encuentran limitaciones materiales y simbólicas, es una construcción del sujeto que está enfermo, por esa condición puede hacer determinadas cosas o no, si bien el trasplante ayuda a generar una mejor calidad de vida, hay limitaciones que quedan ya incorporadas, como por ejemplo en lo laboral, en la alimentación.

“No puedo hacer otro trabajo, en la parte laboral digamos, no puedo hacer lo que hacen otros” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

“Yo hoy por hoy no puedo comer como comía antes, no puedo ni quiero.” (Alberto, comunicación personal, 26/8/2015)

A partir de la adherencia al tratamiento y la mejoría en la calidad de vida permite, abrir las posibilidades a proyectar su vida a futuro y en este sentido, proyectan cuestiones laborales, educativas y recreativas, relacionadas con las cosas que quedaron pendientes en sus vidas.

“Tengo tantas cosas para hacer, me gustaría hacer tanto. Primero terminar el colegio y buscarme un trabajo por hora, trabajar porque el sueldo que yo cobro es el mío” (María, comunicación personal, 14/9/2015)

“Me gustaría hacer un viaje, ir a abrir la boca por ahí, a las sierras. Estoy esperando que me salga la jubilación, ya me tendría que haber salido y con los paros de ANSES no me salió” (Osvaldo, comunicación personal, 7/9/2015)

“Estoy esperando que empiecen unos cursos de electricidad, de todo eso y de terminar el secundario” (José, comunicación personal, 2/10/2015)

Por último, al reflexionar sobre el impacto del trasplante como parte de un proceso de salud enfermedad, podemos mencionar la diversidad de edades de las personas que realizaron/eligieron este tratamiento, lo que involucra diferencias ligadas a lo generacional en cuanto a cómo afrontar el tratamiento, a las expectativas de vida, a los proyectos, que desafía al profesional a la hora de plantear estrategias de intervención.

A partir de las estrategias desplegadas pudimos visibilizar que las enfermedades crónicas, particularmente la IRCT, como se evidencio en el análisis de sus voces, irrumpe en la vida cotidiana de las personas, impactando económica, psicológica y socialmente, en las relaciones, en la organización familiar, en el trabajo. Se modifican, también, las estrategias de sobrevivencia de las familias/ unidades domésticas, ya que el proceso involucra la modificación de dimensiones tales como hábitos alimentarios, incorporando nuevos alimentos y restringiendo otros, movilidad física, trabajo.

Este tipo de tratamiento tiene también una dimensión simbólica relevante, el trasplante aparece como un hecho de vital importancia, diferenciando un antes y un después, generando una ruptura relacionada a la representación que tienen los sujetos de sí mismos, que involucran designaciones de identidad ligadas al género, a su posición en la estructura familiar, a la generación y se agrega la identificación con respecto a su proceso de salud enfermedad estigmatizante “estoy en diálisis”, “soy trasplantado/a”. Retomando a Llanes, en este sentido aporta: “las cargas valorativas y significados que acompañan estas etiquetas, no son solamente impuestas desde lo externo si no también, asumidas internamente, en tanto el sujeto comparte la cultura que sostiene estas representaciones.” (LLanes, 2011, pág. 4)

El tratamiento involucra una situación particular, que es recibir el órgano de otra persona, con toda la carga valorativa y emocional que eso significa. También aparece en sus discursos el “merecimiento de ese órgano”, surge a partir de la trayectoria individual de los sujetos de si hicieron “bien” las cosas o no en su vida.

El agradecimiento a la familia del donante, en caso de que sea cadavérico, si bien no se conoce los datos del donante, genera en los sujetos el reconocimiento a esa familia que a pesar de estar en un momento de dolor, pudieron tomar la decisión de generar posibilidad de vida en otras personas.

En el caso del trasplante con donante vivo, genera al interior de la familia un complejo proceso de toma de decisiones, de incertidumbres, de someterse a estudios físicos para comprobar la compatibilidad, teniendo como caga, por un lado lo que corresponde por la posición familiar que se ocupa, por el otro lo que se desea y los riesgos que se corren. También podemos considerar que toda esta situación de miedos de las familias, no es acompañado, ni explicitado, si no que todo se da dentro de la vorágine que requiere el tratamiento.

Propuestas, para continuar la acción.

Los sujetos de intervención de trabajo social en el área de trasplante están atravesados por una situación de enfermedad crónica y por la posibilidad de acceder al tratamiento de trasplante. La intervención de la profesión aborda las necesidades, obstáculos y representaciones de la vida cotidiana de los sujetos en este proceso, debe apuntar a garantizar el acceso al derecho a la salud y a los derechos como paciente, lo que implica un abordaje integral que tenga en cuenta tanto aspectos materiales como simbólicos.

Creemos que la intervención actual podría ser más enriquecedora para el área si se propicia una nueva organización en la división de tareas en el área de trasplante del servicio social del hospital, que trascienda el modelo hegemónico proponiendo la creación de un área con un grupo de profesionales que aborden el proceso de salud- enfermedad de los padecimientos crónicos que se tratan con trasplante, más allá del órgano o tejido a trasplantarse.

La creación de esta área de trasplante permitiría un abordaje integral y en equipo, que favorezca la efectividad de las tareas que se realizan y la creación de criterios en el

abordaje profesional que se traduzcan en intervenciones unificadas, es decir, que sean esfuerzos conjuntos y no de cada profesional que realiza una tarea con cada servicio médico.

Conjuntamente la implementación de esta estrategia generaría la posibilidad de la creación de una base de datos con información referida al área de trasplante y las intervenciones del servicio de trabajo social, lo cual permitiría la toma de decisiones y la propuesta de líneas de acción basadas en las necesidades que presentan los sujetos al servicio.

El análisis del relevamiento de datos permitiría la construcción de proyectos que involucren abordajes grupales y comunitarios teniendo como fundamento las necesidades de los sujetos.

Por otro lado, a partir de nuestra experiencia, sostenemos la importancia de que existan grupos con personas que tienen enfermedades crónicas y que realizan este tipo de tratamientos para compartir vivencias, historias, inquietudes, miedos, y aprendizajes.

Pensar también la construcción de un espacio cultural y de recreación que permitiría hacer efectivo sus derechos, a la salud, a la recreación y a un ambiente sano.

Esto se puede viabilizar a través de la articulación con otros servicios, por ejemplo, rehabilitación, psicología, nutrición, etc., que generen actividades y espacios para los diversos servicios donde concurren los sujetos. Para que la atención no solo esté centrada en la parte física del tratamiento de la enfermedad, si no que se realice de manera integral y se aborde a la persona en toda su complejidad.

Esta propuesta, sería pertinente también considerando que el tratamiento que los sujetos con enfermedades crónicas atraviesan, genera un impacto a nivel de su vida cotidiana, que repercute de manera directa en su salud física, emocional, psicológica y de las relaciones sociales.

A partir de nuestras incipientes intervenciones, consideramos importante continuar con el fortalecimiento de los procesos grupales de las personas que asisten al IMAC, ya que en el desarrollo de los encuentros se visibilizó la importancia de que alguien que paso por un proceso similar de salud- enfermedad, pueda contar su experiencia y sea multiplicador de vivencias positivas.

La práctica de encontrarse y compartir la experiencia del proceso salud-enfermedad permitió a los sujetos poner en palabras los miedos, deseos, inquietudes, generar la posibilidad de una mayor empatía y conocimiento de los “otros” y fortalecer los vínculos entre los sujetos del grupo. En este sentido es imperativo plantear estrategias que incluyan a todos los turnos, para que la misma institución no genere inequidades.

Reflexiones Finales

El proceso de salud enfermedad tiene ejes fundamentales que atraviesan los relatos: los hábitos cotidianos que se modifican después del trasplante en comparación con el tratamiento de la diálisis, y con la no dependencia de una máquina, aunque aparecen otros sujetadores: los horarios de las pastillas, los controles mensuales y ligado a esto, los proyectos de vida de los sujetos, el lugar que ocupan las relaciones sociales y las redes al momento de acceder a este tratamiento y después, el acompañamiento en el momento del operativo, el ofrecimiento de alojamiento para la familia mientras el sujeto está internado, o durante los controles inmediatos, la importancia del rol de los cuidadores y de las estrategias de cuidado que tiene que desplegar tanto el sujeto como su familia/ud después del trasplante.

A partir del recorrido realizado en un año de práctica pre- profesional en el área de trasplante podemos reflexionar sobre diversos puntos que nos interpelaron en lo personal y en lo profesional a lo largo del proceso.

Por un lado reconocer el impacto que tienen este tipo de enfermedades crónicas en los sujetos y sus familias/ud, particularmente la insuficiencia renal crónica implica la adherencia a distintos tratamientos que involucran hábitos cotidianos muy diferentes. El tratamiento de hemodiálisis implica la asistencia tras veces por semana a diálisis, que involucra traslado, tiempo y desgaste físico y emocional. Por otro lado aparece el trasplante como otro tipo de tratamiento, que en la mayoría de los casos aparece después de adherir al anterior que genera una mayor independencia en la vida cotidiana, la posibilidad de volver a asumir y realizar otras actividades recreativas, deportivas, de la vida cotidiana.

En todas estas situaciones aparecen factores que repercuten en el éxito de los tratamientos, factores físicos, psicológicos, emocionales y vinculares, pero sobre todo sociales. En el proceso de abordaje pudimos observar la importancia que adquieren las redes familiares, vecinales y los grupos de pares, que influyen en la adherencia a los tratamientos.

Son muchos los obstáculos institucionales, personales, familiares que aparecen en el proceso a los sujetos y sus familias/ud, obstáculos que se dan en una situación de extrema vulnerabilidad, en donde existen derechos vulnerados como el acceso a la vivienda digna, a una alimentación saludable, a la educación y a la cultura.

Se activan una serie de mecanismos institucionales para garantizar los derechos de los sujetos ante la situación de enfermedad, que actúan como un espacio posibilitador/habilitante de garantizarlos porque se abren una serie de alternativas, posibilidades u oportunidades para que se efectivicen.

La población con la que trabajamos se encuentra en situación de extrema vulnerabilidad social, en donde la enfermedad se constituye en una situación más de quiebre porque disminuye las posibilidades de trabajar, de realizar las actividades domésticas, de continuar con las actividades cotidianas como el trabajo hogareño, el estudio, las actividades recreativas/deportivas.

La situación de enfermedad se constituye en un mecanismo que puede resultar perverso, teniéndolo en cuenta en una doble dimensión: como obturador y como posibilidad, como obturador de ciertas actividades y hábitos de la vida cotidiana que se venían realizando y como posibilidad de acceder a recursos económicos y materiales, para los casos en que ese acceso no estaba garantizado previamente a la enfermedad.

En este contexto, las redes se constituyen en un componente esencial del tratamiento. Redes que acompañan, que ayudan a salvar obstáculos y que permiten resolver de manera ágil los problemas que se presentan. Aparecen como recurso ante situaciones de carencias materiales y simbólicas.

Consideramos que lo que marca la posibilidad de éxito en el tratamiento de trasplante son las redes sociales que tienen los sujetos en situación de enfermedad, que contribuyen para subsanar los obstáculos que se van presentando a lo largo del proceso, obstáculos tales como aportes económicos para sostener la estadía post-trasplante de los familiares, acompañamiento en las etapas previas y post trasplante.

Al referirnos a redes lo hacemos tanto a las familiares, a las vecinales y a los grupos de sujetos pares, quienes contribuyen al sostenimiento del sujeto dentro del proceso de salud- enfermedad y la adhesión al tratamiento.

Las redes colaboran con una de las dimensiones más importantes del tratamiento, la de los cuidados, que implican una serie de modificaciones en las actividades cotidianas, en las que se requiere la colaboración y el acompañamiento de otros. El cuidado en las

familias/ ud se torna en una más de las estrategias de reproducción de las que se hacen cargo generalmente las mujeres, generando una sobrecarga en sus tareas.

De acuerdo a estas conclusiones y reflexionando sobre el proceso nos preguntamos ¿Cuál es la tarea de la profesión de Trabajo Social en este proceso? ¿Qué lugar ocupa la profesión en el abordaje de una enfermedad crónica en el sistema de salud público? ¿Qué podemos aportar desde la profesión de Trabajo Social para mejorar la calidad de vida de los sujetos?

Durante la experiencia observamos que Trabajo social en el abordaje de enfermedades crónicas interviene mayormente en situaciones de asistencia, que implican la gestión de recursos.

La propuesta de intervención se formuló en relación a estrategias de promoción, proponiendo la intervención de la profesión en el proceso de salud- enfermedad traspasando las estrategias de asistencia y desde la dimensión socio educativa, entendiendo la importancia que tiene el protagonismo de los sujetos en el proceso, escuchando lo que tienen para decir y proponer, teniendo en cuenta sus opiniones y formulando proyectos de intervención desde allí, trabajo social puede aportar en visibilizar la voz de los sujetos.

Nuestro proceso de práctica, fue la experiencia más cercana a la intervención profesional por ello no solo fue una gran experiencia, sino también un desafío ya que implicaba tomar decisiones y hacernos responsable por ellas. Ante esto nos sentimos interpeladas, atravesadas por la ética en unos momentos más que en otros a la hora del hacer.

Por ello consideramos que la reflexión ética debe estar presente a lo largo de todo el proceso, de manera ineludible porque implica que tomemos decisiones pensadas, reflexionadas, ya que incluyen a otras personas y tienen consecuencias sobre su vida. Retomamos a Heler que en este sentido plantea que: “La reflexión ética está presente en todo momento, ya que de lo que se trata es de tomar la dimensión ética que atraviesa el ejercicio profesional en todas sus facetas y etapas. Se trata de que pueda ser abordada de forma que instale el cuidado de los otros y por la propia profesión.” (Heler, 2002)

En el momento de concretizar estrategias y poner en marcha una técnica como la entrevista en profundidad, que nos permitieran recuperar la voz de los sujetos de

intervención, nos planteábamos como preservarlos, como asegurarles que lo que ellos digan de su historia iba a ser resguardado y utilizado con fines académicos, por ello ante este interrogante que nos atravesaba, decidimos implementar un consentimiento informado, lo que nos permitió cuidarlos y cuidarnos en la intervención.

Como planteamos la intervención fue un desafío, nos enfrentamos a todo un proceso que implicaba mayor autonomía, en cuanto a lo que queríamos y podíamos hacer y por ello también esto nos cuestionaba en tanto poder tomar decisiones por nosotras mismas y no que las practicas instituidas, nos atraviesen.

La experiencia de práctica, nos permitió también reflexionar en un aspecto más amplio como son las políticas públicas en salud.

Durante intervención nos encontramos, con sujetos de otras provincias que se atendían en el Hospital, porque en su provincia no estaba garantizada la práctica de este tratamiento. Si bien el hospital Córdoba es público, nos encontramos con sujetos que plantean que hay acuerdos entre provincias que permite que desde Salta por ejemplo vengan a realizarse la práctica quirúrgica. Esta situación nos plantea interrogantes, en tanto pensamos ¿Por qué no hay hospitales de alta complejidad en todas las provincias? ¿Por qué los sujetos deben depender de acuerdos entre provincias para acceder al tratamiento?

El área de trasplante se requiere de especificidad en tecnología médica y farmacológica, lo que implica una gran inversión por parte del Estado en el mercado, ya que los equipos médicos y los fármacos son comprados a empresas privadas. En el caso del tratamiento de diálisis en Córdoba, existe un solo proveedor de filtros para las máquinas de hemodiálisis, lo que implica una dependencia del sector privado.

En el análisis del proceso salud- enfermedad de la enfermedad crónica que deriva en un trasplante como tratamiento, evidenciamos que la mayoría de los sujetos llegan a esta situación porque no ha podido ser controlada su enfermedad de base (diabetes, hipertensión), por lo que pensamos que, lo que está fallando son los mecanismos de atención primaria de la salud. Creemos que si se invirtiera mayor presupuesto en atención primaria y prevención, habría más posibilidades de controlar las enfermedades crónicas y los sujetos, quizás se llegaría en menor medida a estas situaciones extremas, que implican tratamientos con un alto nivel de dependencia, modificaciones abruptas en la vida cotidiana y con altos costos económicos.

Creemos que pensar en este contexto de abordaje es pensar en un trabajo social súper especializado, para abordar la temática de trasplante, pero también sabemos que sería negar que en realidad en lo que intervenimos, los sujetos son los mismos, los que han sido privados de sus derechos, que la cuestión social, a histórica apolítica y des economizada es atacada solamente en sus refracciones ocultando su verdadera esencia que es la relación capital/trabajo con la consecuente apropiación desigual de la riqueza.

Por último queremos destacar que si bien fue un reto pensar en recuperar las voces, aportamos a que la práctica este centrada en los verdaderos protagonistas en los sujetos, que el proceso de salud- enfermedad les atravesó el cuerpo, que los cambio, que les dejo cicatrices no solo en la piel si no en su vida, en la forma de ver su mundo, por ello decimos que como futuras trabajadoras sociales esto es un gran aprendizaje, ya que somos nosotros lo que podemos hacer esto, los que podemos generar que la palabra circule, que ellos se expresen, que conviden a otros con sus historias.

Bibliografía

- Abed, L. (1993). El proceso salud enfermedad: alcances y limitaciones del modelo biológico. En L. Abed, *Enfermedad en la historia*. Córdoba.
- Acuña, C., & Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad San Andrés.
- Ander-Eggs, E. (1995). *Diccionario de trabajo social*. Argentina: Ed. LUMEN.
- Aquín, N. (1995). Acerca del objeto de Trabajo Social. *Acto Social*, 21- 30.
- Aquín, N. (s/f). *El campo del Trabajo Social*.
- Argentina, B. O. (06 de Julio de 2004). *Boletín Oficial de la República Argentina*. Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de <http://www.boletinoficial.gov.ar/DisplayPdf.aspx?s=01&f=20040706>
- Belmartino, S. (1999). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción, Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Tauros.
- Carballeda, A. (2001). <http://www.buenosaires.gob.ar/>. Recuperado el 6 de 6 de 2016, de <http://www.buenosaires.gob.ar/>: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>
- Carranza, R. M. (2008). *La Experiencia de los padecimientos*. México.
- Causa, P.; Lafir, J.; Waingand, N. (2007). *La intervención del Trabajo Social en la práctica Trasplantológica*. La Plata: -.
- Cazzaniga, S; Franco, R; Salazar, L; Pieruzzini, R; Villagra, V. (2005). Puentes y giros para asomarse al oficio. *Utopías*, 31-40.
- Chiara, M., & Di Virgilio, M. (2009). *Conceptualizando la gestión social*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Córdoba, C. d. (2001). *Artículo n° 59*. Córdoba.
- Costa, R. (1976). *Para una definición social de los actores sociales. La teoría del campo*. Córdoba: Mimeo.
- Custo, E. (2003). Intervención grupal y construcción de ciudadanía. En E. Custo, G. Pinotti, C. Bilavcik, A. Zamarbide, A. Domínguez, P. Machinandiarena, y otros, *Teoría, Espacios y Estrategias de intervención grupal*. Córdoba: Espartaco.

- Custo, E. (2009). Acerca de las relaciones sociales. En E. Custo, G. Pinotti, C. Bilavcik, A. Zamarbide, & y. otros., *Teorías, espacios y estrategias de intervencion grupal*. Córdoba: Espartaco Córdoba.
- Custo, E., & Fonseca, C. (2009). El trabajo Social: ¿Cómo mira a los sujetos que demandan su práctica profesional? En E. Custo, G. Pinotti, C. Bilavcik, A. Zamarbide, A. Dominguez, V. Tomasini, y otros, *Teorías, espacios y estrategias de intervención grupal*. Córdoba: Espartaco Córdoba.
- Danani, C. (2009). La gestión de la Política Social: un intento de aportar a su problematización. En M. y. Chiara, *Gestión de la Política social*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Di Tella, T. (2004). *Diccionario de ciencias sociales y política*. Ed. Ariel.
- Ferreya, S. (2014). *Calidad de vida en trasplante de órganos*. Ed. Espacio.
- Flores, N. (2014). *Trabajo social y trasplante*. Córdoba: -.
- Gagliano, M. N. (15 de Abril de 2013). *¿Qué es un "Sistema de Salud"?* Córdoba.
- González, C. (2001). *La intervención en el abordaje familiar*. Córdoba: Mimeo.
- González, C. N. (2005). Enseñar a intervenir con familiar. *Escenarios*, 21-27.
- González, C. (s/f). *¿Del caso social individual al trabajo social familiar? Un poco de historia y algunas reflexiones*. mimeo.
- González, C., Nucci, N., Crosetto, R., Soldevilla, A.,Ortolanis,E. (1999). *Necesidades y satisfactores en el análisis del espacio social familiar*. Córdoba: -.
- González, C.; Nucci, N. (2005). *Enseñar a intervenir con familias*. La Plata: Espacio.
- González,C.;Nucci,N.; Soldevila,A.;Ortolanis,E.;Crosetto,R.;Miani,A. (2001). *Las estrategias individuales en las estrategias familiares de reproducción*. Mimeo.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal- La otra década infame (I)*. Recuperado el 07 de Mayo de 2015, de Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal- La otra década infame (I): http://polsocytrabiigg.sociales.uba.ar/files/2014/03/capitulo_I.pdf
- Gutierrez, A. (2006). Las estructuras sociales externas o lo social hecho cosa. En A. Gutierrez, *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- Gutierrez, A. (2007). *Pobre´ como siempre...* Córdoba: Ferreyra editor.
- Heler, M. (2002). *Etica y Trabajo Social*. (B. Sabrina, Entrevistador)

- Heler, M. (2004). La producción de conocimiento en el Trabajo Social y la conquista de autonomía. *Revista Institucional*.
- INADI. (2013). *Inadi*. Recuperado el 6 de Diciembre de 2014, de www.inadi.gob.ar: http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2013/08/politicas-publicas-para-la-inclusion-y-la-igualdad1.pdf
- INCUCAI. (2015). *La donación de órganos con la nueva ley*. Buenos Aires: Incucaí.
- INCUCAI. (2015). *Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina-Memoria 2014*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- INCUCAI. (2016). www.incucai.gov.ar. Recuperado el 3 de Marzo de 2016, de INCUCAI: <http://www.incucai.gov.ar/index.php/institucional/el-incucaí/historia>
- INDEC. (2011). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de Instituto Nacional de Estadística y Censos: http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/menusuperior/eph/EPH_Conceptos.pdf
- Isuani, E. y. (1985). *La Fragmentación institucional del sector Salud en Argentina*. Buenos Aires: Mimeo.
- Jelin, E. (1986). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Buenos Aires: CEDES.
- Kaminsky, G. (1994). *Dispositivos Institucionales*. Buenos Aires: Lugar.
- Kimmel, P. (2001). *Factores psicológicos en pacientes en diálisis*. *Kidney International*.
- Laurell, C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. En C. Laurell, *Cuadernos médico-sociales*. Rosario.
- LLanes, L. (Dic de 2011). <http://scielo.sld.cu/>. Recuperado el 5 de Septiembre de 2015, de Revista Cubana de Salud Publica: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000400013&script=sci_arttext
- Maldonado, B. (2014). *El estudiante de trabajo social en los espacios de salud pública*. Córdoba: -.
- Manzur, J. L. (2013). La Salud en la Democracia. *Argentina Salud*.
- Manzur, J. L. (2013). Las décadas por ganar. *Argentina Salud*.
- Mgter. Custo, E. (2009). Hacia una propuesta de una estrategia teórica-metodológica de intervención grupal. En E. Custo, G. Pinotti, C. Bilavcik, A. Zamarbide, A. Dominguez, A. Machinandiaarena, y otros, *Teorías, espacios y estrategias de intervención grupal*. Córdoba: Espartaco Córdoba.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (2011). *Manual de Inducción*. Córdoba: Salud Córdoba.

Rodriguez, & Miguel, d. (1990). *Salud y Poder*. España: Siglo XXI.

Rozas Pagaza, M. (Julio de 2010). <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br>. Recuperado el 4 de Diciembre de 2014, de Revista O Social em Questao : http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq24_pagaza_4.pdf

Sirvent, M. T. (1999). *Cultura popular y Participación Social. Una Investigación en el barrio de mataderos*. Buenos Aires: Miño y Davila.

Yuni, A., & Urbano, C. (2005). *Mapas y herramientas para conocer la escuela*. Córdoba: Brujas.