

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	3
<b>Resumen</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	5
<b>Capítulo 1: La salud como espacio de acción</b>	
1.1 El trabajo social en el campo de la salud.....	7
1.2 Sistema de salud.....	8
1.3 La historia de la salud en Argentina.....	9
1.4 Diversas formas de entender la salud: Concepciones y paradigmas.....	19
<b>Capítulo 2: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)</b>	
2.1 Condiciones sociales en la salud.....	21
2.2 Enfermedades crónicas no transmisibles.....	23
2.3 ¿La familia como principal cuidador?.....	24
<b>Capítulo 3: Sujetos que transitan por una enfermedad</b>	
3.1 Sujetos como portadores de derechos y responsabilidades.....	27
3.1.1 ¿Quiénes son?.....	31
3.1.2 Diversos modos de sentir y transitar las ECNT: representaciones y prácticas.....	35
3.2 “Personas enfermas” categorías sociales reproducidas.....	38

**Capítulo 4: Construyendo caminos para la acción**

4.1 Espacio de intervención: Hospital Córdoba.....	41
4.2 Intervención profesional.....	44
4.3 Delimitando el campo.....	45
4.3.1 Definiendo el objeto de intervención.....	46
4.4 Modos de ver y hacer .....	48
4.5 Estrategias de intervención.....	49
4.5.1 Funciones y procedimientos.....	51
4.5.2 Descripción de las estrategias realizadas.....	54
4.5.1 Análisis de las estrategias.....	61
4.6 Aprendizajes y consideraciones finales.....	65

**Bibliografía**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Principalmente a Dios que nos dio la fortaleza y guió para superar cada obstáculo y debilidad en el largo camino que transitamos en nuestra carrera.*

*A nuestros padres que fueron el sostén fundamental, por el sacrificio, el trabajo de todos estos años para que logremos cumplir con uno de nuestros sueños más anhelados. Gracias por confiar y creer en nosotras, por los consejos y valores que nos inculcaron.*

*A nuestros hermanos/as por estar presente siempre y brindarnos el apoyo moral en esta etapa.*

*Agradecemos a la Facultad de Ciencias Sociales y sobre todo a la Universidad Nacional de Córdoba por brindarnos una educación libre y gratuita. A cada docente, por haber compartido sus conocimientos, a referentes institucionales y en especial a nuestra profesora de Intervención Profesional que nos ha guiado y preparado para la elaboración de nuestra tesina.*

*Mayra y Gimena*

## **RESUMEN**

La problemática que abordamos son los obstáculos que se presentan en la adhesión al tratamiento los sujetos con enfermedades crónicas no transmisibles. Consideramos que estas enfermedades se constituyen en un problema de salud, son de larga duración, inciden en todos los ámbitos de la vida, produciendo una limitación para poder llevar adelante su proyecto vital; los cambios que deben afrontar y cómo estos inciden directamente en sus relaciones, inserción laboral, vínculos familiares, redes sociales, colocan al sujeto en una posición vulnerable, muchas veces dependiendo completamente de sus cuidadores/ras, quienes por lo general, son su grupo familiar.

Nuestro proyecto de intervención pre-profesional lo desarrollamos en el Hospital Córdoba, es una de las instituciones de alta complejidad de la provincia de Córdoba, República Argentina, América del Sur. Corresponde al tercer nivel de atención dentro de la red sanitaria de Córdoba, tiene la capacidad y recursos para dar respuestas a diferentes procesos de salud-enfermedad.

Desde el Trabajo Social creemos importante abordar las representaciones sobre la enfermedad y el tratamiento de los sujetos (teniendo en cuenta los factores que dificultan su adhesión), dado que es necesario poder construir herramientas que posibiliten la resolución autónoma de los mismos, con los recursos que ellos poseen. Teniendo en cuenta los significados de la enfermedad, las estrategias que utilizan para llevar adelante la nueva situación y organización de su vida. Creando dispositivos desde la prevención secundaria y brindando información acerca de los derechos que tienen cuando ingresan al Hospital, con la intención de fortalecer sus potencialidades y autonomía para afrontar la situación y reproducir su vida cotidiana con las menores dificultades posibles.

Para llevar adelante la estrategia de intervención y con la hipótesis que a mayor cantidad de problemas que conlleva la Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), mayor es la cantidad de estrategias que la familia desarrollará para hacer frente a la situación, nos propusimos:

Contribuir a fortalecer los procesos de auto reconocimiento y tratamiento de los sujetos con enfermedades crónicas no transmisibles y su unidad doméstica, mediante intervenciones de prevención secundaria en el internado, planificadas conjuntamente con el Servicio Social del Hospital Córdoba.

## **INTRODUCCION**

En el marco de las prácticas pre-profesionales del quinto nivel de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba, desarrollamos durante los años 2017-2018 nuestra tesina de grado en el Servicio Social del Hospital Córdoba en el marco del convenio firmado por la Carrera Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales- UNC y dicha institución.

Durante este proceso buscamos identificar cuáles son las representaciones y prácticas que tienen los sujetos que conviven con una Enfermedad Crónica no Transmisible sobre su enfermedad y el tratamiento, como así también que factores operan como obstaculizadores y/o facilitadores para adherirse a los diversos procesos que conlleva un problema de salud. Dado que es necesario poder construir herramientas que posibiliten la resolución autónoma de los mismos y con los recursos que ellos poseen.

Para comprender a los sujetos con los que intervenimos nos posicionamos desde una perspectiva de derechos, reconociendo a los mismos como sujetos de derecho, con la intención de fortalecer sus potencialidades y autonomía para afrontar las problemáticas y necesidades que atraviesan. Nos centramos principalmente en el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales, y al de estar informados/as, a participar y a decidir autónomamente respecto a su salud. Por ello como equipo nos propusimos crear dispositivos desde la prevención secundaria y brindar información acerca de los derechos que tienen cuando ingresan al Hospital.

Entendemos nuestra intervención dentro de un proceso de investigación - acción, que se caracterizó por la utilización de herramientas metodológicas cualitativas y cuantitativas para el logro de los objetivos propuestos. Las técnicas y herramientas utilizadas fueron: encuestas, investigación documental, observaciones participantes, entrevistas semiestructuradas, cuaderno de campo, discusiones en talleres sobre salud, informe de actividad y evaluación anual. Aclaramos que todos los nombres utilizados en el presente trabajo son ficticios con el fin de preservar la identidad de los sujetos con los que trabajamos.

Este documento se encuentra dividido en cuatro capítulos en los que se desarrollará el proceso de intervención realizado.

En el capítulo primero expondremos en un primer momento al campo de la salud como un espacio de acción para profesionales de Trabajo Social, entendiendo al mismo como un espacio social, donde se entretejen relaciones sociales de poder, de acuerdo a las posiciones y

relaciones entre actores sociales, y como los profesionales intervienen en el mismo. Presentaremos luego el sistema de salud de nuestro país, el cual se divide en tres subsistemas, el público, el de obras sociales y el privado, y realizaremos un recorrido de la historia y políticas de la salud en Argentina. Para finalizar el primer capítulo plantearemos los diferentes paradigmas y concepciones que se dieron a lo largo de los años en relación a la salud.

En el segundo capítulo plantearemos como entendemos a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, teniendo en cuenta los diversos factores que la determinan, basándonos no solo en los causales sino también en las cuestiones estructurales y sociales que los generan. Presentaremos a las familias como principales cuidadores, especialmente las mujeres, enfocándonos en una perspectiva de género.

En el tercer capítulo realizaremos una descripción y análisis de los sujetos con los que trabajamos en el Hospital Córdoba, a los que concebimos como sujetos portadores de derechos y responsabilidades; en relación a esto expondremos las responsabilidades por parte del Estado y como se hace presente para la protección de aquellos sujetos a través de la ley N° 26.529 “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”. Presentaremos quienes son según diferentes categorías conceptuales, las estrategias que llevan adelante, y principalmente cuales son las prácticas y representaciones que tienen los sujetos en torno a la enfermedad con la que conviven y el tratamiento que deben seguir, y por último que representaciones sociales hay sobre las ECNT.

Finalizando, en el capítulo cuarto, expondremos al Hospital Córdoba como nuestro espacio de intervención y donde nos insertamos específicamente para realizar nuestra practica pre-profesional. Además presentamos la construcción de nuestro objeto de intervención y a partir de esta definimos y desplegamos nuestras estrategias de intervención, las cuales fueron llevadas a cabo por medio de los procedimientos de promoción, prevención, dilucidación.

Para concluir con este escrito exponemos nuestros aprendizajes finales, destacando los impactos de nuestra intervención y algunas líneas de acción para seguir fortaleciendo la intervención de la profesión en el área de salud pública, en el tercer nivel de complejidad.

### ***1.1 TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD***

Según lo planteado por Nora Aquín (2004), entendemos el campo de intervención como el espacio de una delicada intersección de tres esferas, estas son la reproducción cotidiana de la existencia, la distribución secundaria del ingreso y los sujetos con dificultades para la reproducción cotidiana. La primera refiere al conjunto de actividades que diversas personas desarrollan para mantener o mejorar sus condiciones de vida, la distribución secundaria del ingreso trata del conjunto de procesos a través de los cuales el estado afronta la cuestión social, y por último, las dificultades que se le presentan a los sujetos, según la direccionalidad de los procesos de distribución secundaria, pueden ser tanto del orden material y no material como el afectivo, de capacitación, vinculares, entre otros.

Teniendo en cuenta que la intervención profesional es aquella que *“se desarrolla en la compleja trama de las relaciones sociales, conectada a las determinaciones económicas, históricas, políticas, culturales y sociales, a las dinámicas sociales, al papel del Estado, a las instituciones sociales y a los sujetos socio históricos a la que va dirigida la intervención”*. (Crosetto R. , 2011, pág. 1) Nuestra práctica profesional se ubica en un campo, espacio social, donde se entretujan relaciones sociales de poder, de acuerdo a las posiciones y sus relaciones entre actores sociales provistos de diferentes capitales.

Considerando la profesión como un dispositivo diseñado por el estado para responder los problemas derivados de un sistema social desigual, el campo de intervención debe ser situado en el contexto en el que forma parte. En torno a esto se relacionan sujetos que presentan dificultades para la reproducción de su vida cotidiana, sujetos que portan los recursos y satisfactores, y los que cuentan con un saber específico, como los profesionales de trabajo social.

El campo de la salud, se caracteriza por su complejidad, resultado de los problemas de financiamiento, corrupción, la autonomía por parte del estado que no posibilita la conformación de otras institucionalidades en dicho campo, la falta de regulación en la formación de los profesionales, entre otros.

Es por ello que consideramos importante retomar lo planteado por Spinelli Hugo, quien cuestiona la idea de sistema, para referirse a la salud y prefiere utilizar el término de campo, ya que sistema resulta un concepto funcionalista que expresa de modo simplificado un área demasiado compleja como es la salud. En tal sentido el autor retoma a Bourdieu para definir el campo como la *“convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones con autonomías relativas, en la que los diferentes agentes luchan por la*

*consolidación, apropiación o predominio de uno o más capitales*”. (Spinelli, 2010, pág. 2) Dichos capitales pueden ser económicos, sociales, culturales y simbólicos.

Lo planteado nos permite entender que el campo de salud va más allá de ser un sistema, compuesto por tres subsistemas el público, el de las obras sociales y el privado. En ella se dan relaciones entre los distintos actores que circulan en él, quienes interactúan en torno a sus posiciones, capitales y necesidades. En el cual se ponen en juego las fuerzas de los actores que lo conforman, por la adquisición de recursos para la resolución de las necesidades que se les presentan.

En el campo de la salud, el trabajo social interviene en las dificultades o déficit que tienen los sujetos en sus procesos individuales, familiares y/o colectivos de salud, desarrollando diferentes dispositivos de protección social, a través de actividades, planes y programas de cada institución.

## **1.2 SISTEMA DE SALUD**

El sistema de salud en nuestro país cuenta con tres niveles de atención, se distinguen en términos de problemáticas de salud a resolver. El primer nivel se refiere a las acciones de promoción, prevención, trabajo comunitario y participativo, de proximidad territorial, entre otros, el segundo y tercer nivel se refieren a agrupaciones de respuestas de diferente grado de complejidad y especialización, que actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención. En el tercer nivel las patologías y recursos son de alta complejidad, como así también la tecnología utilizada para la atención médica. Por lo tanto estos tres niveles intentan cubrir la atención de las problemáticas de salud de la comunidad, a partir de la combinación de diferentes tecnologías y contenidos.

Por otro lado, el sistema de salud está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las obras sociales y el privado.

El subsistema público está constituido por *“recursos que provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población”* (Acuña & Chudnovsky, 2002, pág. 5). Generalmente, quienes demandan de la atención de este subsector, carecen cobertura de alguno de los otros subsistemas, o bien, son personas con recursos insuficientes para la resolución de problemáticas de salud que se les presenta. Opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres



niveles (nacional, provincial y municipal), cada provincia cuenta con su autonomía respecto a las decisiones sanitarias en cada jurisdicción. Sin embargo el Ministerio de Salud de la Nación es el organismo encargado de la regulación de la totalidad de los servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normalización, 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.

El subsistema de obras sociales se constituyó *“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”* (Acuña & Chudnovsky, 2002, pág. 12).

Por último el subsistema privado *“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 mayor que el de las Obras Sociales (...) se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (“doble afiliación”)*” (Acuña & Chudnovsky, 2002, pág. 15).

El sistema de salud Argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación tanto en recursos financieros, como en las desigualdades sociales que se presentan en cada subsector. En este campo es necesario que se lleven adelante políticas de salud que contribuyan a una equidad y a reducir la brecha que se presenta entre grupos sociales más poderosos y los que quedan excluidos de poder acceder a la salud como un derecho.

### **1.3 LA HISTORIA DE LA SALUD EN ARGENTINA**

A raíz de la existencia de problemas, contradicciones y dificultades que presentan los sujetos para la reproducción cotidiana de la existencia, entendemos que se requiere de la intervención del estado a través de la implementación de políticas sociales para reducir las desigualdades que se presentan en la sociedad. Por ello siguiendo a Danani quien entiende a las políticas sociales como intervenciones sociales del estado *“el actuar sobre las condiciones de vida y de reproducción de la vida de la población, pensando esas condiciones y ese proceso en su doble referencia de “vida social y de vida de los sujetos””* (Danani, 2009, pág. 29).

Considerando que la formulación de políticas por parte del organismo estatal debe contribuir a disminuir la brecha que divide a sectores poblacionales la cual crea una desigualdad para el goce de los derechos humanos universales.

A través de los años el rol del Estado no siempre fue el mismo, en lo que respecta a la salud y sus políticas fueron variando. A continuación describiremos las diferentes etapas y las políticas sociales que fueron desarrolladas en cada período en nuestro país.

### **Modelo Liberal**

Modelo descentralizado anárquico (1880 hasta 1945): el sistema de salud argentino, durante la primera mitad del siglo XX se encontraba conformado por diversas instituciones que respondían a demandas puntuales y de corto plazo. La mayoría de estas instituciones estaban fuertemente ligadas a la caridad y la filantropía, en manos de las damas de la beneficencia y la Iglesia Católica. Según Acuña y Chudnovsky:

La función del Estado era marcadamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial, (...) el paradigma reinante en ese entonces entendía a la salud como una cuestión meramente individual de responsabilidad y objeto de caridad (...) sin ninguna coordinación y con una prácticamente escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo. (Acuña & Chudnovsky, 2002, pág. 19).

En 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene (DNH) constituyendo el comienzo de las políticas sanitarias estatales. La Ley Orgánico del DNH de 1891 completo este cuadro con regulaciones en materia de higiene y salud pública. Estas primeras prácticas en el ámbito de la salud se limitaban solo a la ciudad de Buenos Aires, ocupando las mutualidades un papel importante en la atención médica.

En la provincia de Córdoba, particularmente, según Carbonetti el sistema se desarrolló a partir de la iniciativa de asociaciones privadas de beneficencia y de los niveles estatales nacional y municipal, con escasa intervención del nivel provincial.

En este contexto se fue configurando el sistema asistencial en la Provincia de Córdoba, con un Estado provincial poco activo en la conformación de instituciones de asistencia de la salud y donde las escasas instituciones que se creaban se constituían a resultas de negociaciones políticas,

donde los sectores católicos tuvieron una intervención trascendental, tanto desde el gobierno como desde las asociaciones de beneficencia (Carbonetti, 2004).

A fines del siglo XIX se crea la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Nacional de Córdoba, generando recursos humanos y materiales al proceso de conformación del sistema sanitario, constituyendo así una elite médica que se fue insertando en el Estado provincial y municipal, impulsando políticas de medicalización del sector salud.

Este fue el inicio del lento proceso de construcción del aparato sanitario de la Provincia de Córdoba, coincidente con un proceso de apropiación, por parte de la medicina diplomada, de los sectores estatales vinculados a la salud, siguiendo un marcado modelo biomédico hegemónico.

El crecimiento del aparato sanitario en la provincia fue escaso, ya que el Consejo de Higiene tenía muy pocas intervenciones en el cuidado de la salud y ésta era dejada en manos de los municipios y de las Asociaciones de Beneficencia, dependiendo de éstas el desarrollo de instituciones de salud pública, hasta 1926, momento en que empieza a generarse una participación más activa del estado en el sector, poniendo énfasis en los problemas relacionados con la salud de la población que provocaban el hacinamiento y la pobreza. Estos integraban la cuestión social del momento, incluían fenómenos sociales, laborales e ideológicos, consecuencia de la industrialización y la urbanización que se llevaba a cabo en Argentina.

### **Modelo de Bienestar**

En el marco definido por la crisis de la década del 1930 y la II Guerra Mundial, se generaron las condiciones para la transformación del aparato estatal y su avance ante las problemáticas sociales. En Argentina, en un contexto de crisis política, que se cerró parcialmente con del Golpe de Estado de 1943, se produjo una coyuntura especialmente favorable al avance estatal, de la mano del proceso de sustitución de importaciones, el desarrollo de nuevas industrias y la incorporación de amplios sectores al sistema político (Rodríguez, 2013).

Con la asunción de Juan Domingo Perón como presidente de la Nación, se dio un cambio de paradigma, entendiendo a la salud como una cuestión de estado. En consecuencia de este cambio, se nacionalizaron todos los establecimientos públicos (desplazando a la sociedad de beneficencia), se desarrollaron una red de centros de atención ambulatoria llevando a cabo una gran cantidad de programas dirigidos a las problemáticas sanitarias específicas. En 1950 mediante la Ley N° 4.244 que establecía la creación de Ministerios – secretarías de Gobierno, entre los que se encontraba la salud pública y la asistencia social, la misma hacía hincapié en que

las acciones de la salud debían estar coordinadas y correspondían tanto a Nación como a municipalidades, cuyo objetivo era establecer y asegurar la unidad y eficiencia de la acción sanitaria. Se puede decir que *“la gran 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”* (Acuña & Chudnovsky, pág. 21). Se destaca, dentro de este modelo el fortalecimiento de las mutuales, las que dieron base a las obras sociales.

En este período se puede ver la expansión del estado en términos de políticas públicas, lo cual alcanzó a vastos sectores de la población que antes quedaban excluidas. También se definió por haber desarrollado una sociedad inclusora y ampliamente participativa.

En Córdoba, el peronismo y la política local de sus primeros años generó inestabilidad y debilidad en cuanto a la definición del sistema hospitalario provincial. Esta dinámica no puede ser desconocida al considerar la escasa o nula transformación en el sistema hospitalario local, la cual debe ser leída como parte de un proceso más general, donde la salud pública no ocupó un espacio central en la agenda de unos gobiernos involucrados en una conflictividad política permanente.

En el año 1949 se da el inicio de una etapa de concreciones y transformaciones materiales e institucionales sin precedentes en la provincia, dan cuenta de un proceso de avance de las instancias provinciales en la transformación del sistema hospitalario, la creación de nuevos establecimientos, amplias inauguraciones de infraestructura hospitalaria entre ellos, la fundación del Hospital Córdoba y la incorporación de la gran mayoría de los nosocomios de la provincia a dependencia del organismo de salud pública provincial. Como así también se produjo la refuncionalización de unidades asistenciales, de existencia previa a 1946, especialmente a partir de la intervención y estatización de todos los nosocomios existentes en la provincia que se hallaban administrados por las asociaciones de beneficencia.

A partir de la crisis de 1949 se vivía un contexto de retracción a nivel nacional, pero en el caso de la provincia de Córdoba el proceso experimentado fue de expansión, siendo favorecido por la estabilidad institucional luego de la asunción del gobernador San Martín, que le permitió proyectar un Plan de Obras Públicas, ocupando los problemas hospitalarios uno de sus principales ejes de atención.

En efecto en todos los presupuestos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y hasta el final del período peronista, verificamos la consolidación de una tendencia ascendente en la proyección de gastos.

Con el derrocamiento de Perón, la Revolución Libertadora delegó las responsabilidades del Gobierno Nacional respecto a la salud hacia los gobiernos provinciales y municipios; lo que trajo aparejado un deterioro de las instituciones de salud pública.

Por lo tanto como prestador, además de descentralizar hospitales públicos, sanciona la Ley N° 17.102 de hospitales de comunidad. Durante este período, disminuye el número de camas del sector público y se incrementa la capacidad instalada del sector privado, ocupando un lugar importante las obras sociales. Esta etapa se caracteriza por la formación del modelo pluralista de planificación descentralizada.

### **Modelo Neoliberal**

Desde 1970, Centrangolo Oscar plantea que el sistema se consolida institucionalmente con la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la Ley N° 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. Se amplía considerablemente la cobertura, al tiempo que se pone en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó en la práctica, que la población trabajadora se convirtiera en cautiva de la obra social del gremio correspondiente.

El sistema de obras sociales se extiende a jubilados y pensionados, mediante la ley N° 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con el objetivo de brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la población de mayor edad. Esta institución, básicamente financiada por cargas sobre los salarios de los trabajadores formales, tuvo un importante desarrollo a lo largo del territorio de la Nación (Centrangolo, 2011).

Por otra parte, en lo que respecta a la salud pública, la red de servicios estatales que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a ser la única cobertura de una porción creciente de la población que generalmente no poseían cobertura de seguridad social, pero a la vez, brindó cobertura adicional a los asociados a otros esquemas y personas de ingresos altos, dando lugar a casos de múltiple cobertura provocando consecuencias negativas en materia de eficiencia

En efecto fue consolidando al sector de salud argentino, como una organización caracterizada por su fragmentación, este es un rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad, por su falta de coordinación y articulación que impide la conformación de un verdadero “sistema” de salud y realizando un uso ineficiente de los recursos, como también la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado).

En esa época el gobierno militar avaló a los sindicatos a través de una ley que se constituiría un importante factor de poder permitiéndoles que recauden sus propios fondos. Comienza la provincialización de los centros asistenciales, con transferencias desde la nación a las provincias sin contrapartida financiera, esto no resultó un proceso exitoso ya que fue deteriorando la oferta de servicios públicos. Bajo el nuevo gobierno de Perón (1974) se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, su objetivo era la equidad en el acceso a la atención de salud para toda la población, éste sistema no obtuvo los resultados deseados por la Nación, hubo baja adhesión y fue intervenido en 1976.

En el año 1978 continua el traspaso de hospitales nacionales a los niveles subnacionales sin contrapartidas presupuestarias. En los años siguientes se impulsaron medidas de transformación del sector salud, un intento de definir la estructura y el funcionamiento del área con el objetivo de lograr una articulación. Hacia la apertura de la democracia en 1983, el deterioro de los servicios de salud se veía afectado por la crisis económica que abarcaba a todo el país.

Durante el gobierno radical encabezado por Alfonsín se reconoce la Ley N° 23.343 sobre el Pacto de Derechos Económicos y Sociales que *“invocaba en su artículo 13 la responsabilidad de los Estados Partes en brindar las mejores condiciones de salud posibles. Señalaba especialmente, cuidados para los niños y las embarazadas”* (Elias, 1999, pág. 1).

En la década de los noventa se retoma la política descentralizadora pero esta vez en un contexto democrático de gobierno, se realizaron reformas sectoriales en el marco de una política económica de apertura comercial, desregulación de algunos mercados y privatización de empresas de servicios públicos, esto implicó una doble tendencia en la reforma del estado y cambios en la política social. En el área de salud la racionalización de recursos en Hospitales Públicos de autogestión, llevo al límite de pérdida de la calidad de gratuitos, completó la nueva estatificación de gasto y calidad de prestaciones. Con la crisis económica el sistema de salud público se vio afectado por el debilitamiento en todos sus niveles.

Este período estuvo fuertemente influenciado por los organismos multilaterales de crédito, Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, según Ase, I. y Buriyovich, J.

(2003) establecían condicionalidades en el financiamiento de las reformas del sector salud, tales como, las políticas de reconfiguración de la oferta, que implicaban desde el gerenciamiento del hospital público hasta el proceso de reforma de las obras sociales, los incentivos a la eficiencia de la gestión hospitalaria y el desencadenamiento de acciones de promoción, prevención y protección bajo criterios de focalización poblacional, entre otras.

El modelo neoliberal cuestiona el derecho a la salud, estableciendo que los sujetos no deben ser pasivos ante el mismo, por el contrario, deben demostrar esfuerzos personales que les permita acceder a tal derecho, partiendo de la idea de que las sanas diferencias son necesarias en toda sociedad. El Estado era visto como el causante de la ineficiencia ya que sostenía la concepción de derechos sociales a todos por igual, lo que para este modelo desincentivaba el trabajo y estimulaba la mediocridad. La salud aparece como un servicio que se adquiere en el mercado según la capacidad económica de cada sujeto, y por ende, el estado debía ocuparse de la salud de los más desprotegidos, aquellos que no podían acceder al mercado. Para llevar a cabo esta tarea, desarrollaba políticas focalizadas con clara delimitación de su población objetivo.

En relación con la problemática de enfermedades crónicas se encuentran diferentes tipos de normativas. Con respecto a la diabetes en el año 1989 se sanciona la ley 23.753 sobre la Problemática y Prevención de la diabetes y ésta es reglamentada en el año 1998. Mediante la resolución 301 del Ministerio de Salud y Acción Social del año 1999 se establece la cobertura de insulina (100%), antidiabéticos orales (70%) y tirillas reactivas (400 anuales).

Para el análisis del caso de la provincia de Córdoba retomamos a Ase, I. y Burijovich, J. (2003) quienes entre otros, realizan un análisis de dos gestiones que en nuestra provincia mostraron políticas desencadenadas desde esta lógica neoliberal, las de Ramón Bautista Mestre y de Juan Manuel De la Sota, ya que produjeron un proceso de constante degradación del sub campo estatal en salud, desde acciones tales como la precarización de la planta de trabajadores, disminución de los presupuestos, deterioro de la infraestructura, fragmentación del campo de salud, entre otras.

Por otra parte, el subcampo privado de la salud estaba conformado por dos cámaras empresariales que para Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002) mostraron un notorio crecimiento en esta década: la cámara de instituciones Médico Asistencial de la República Argentina y la Asociación de entidades de Medicina Prepaga, bajo la denominación global de empresas de medicina prepaga que agrupa hasta la actualidad, un amplio y diverso conjunto de entidades cuya



oferta presenta distintos precios y servicios cubiertos de manera superior a lo que ofrecen las obras sociales.

Este crecimiento se debe al establecimiento de contratos prestacionales con las obras sociales, lo que provoca situaciones en donde una misma obra social establece convenios con más de una empresa de Medicina Prepaga.

Podemos decir que la lógica competitiva facilitó el avance de este subcampo, lo que se manifiesta en la posibilidad de atraer una mayor cantidad de afiliados desde la diversificación de planes.

### **Estado post social**

Los primeros años de este período estuvieron signados por los fuertes efectos de la crisis que afectaron principalmente a los sectores más vulnerables, las políticas surgidas luego de la crisis de 2001–2002 pueden identificarse como una nueva etapa. Los años que siguieron a la crisis fueron de emergencia sanitaria (Centrangolo, 2011). Se pusieron en marcha diversos programas para limitar su impacto garantizando el acceso de medicamentos y servicios. La Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, el programa Remediar y el plan Nacer fueron iniciativas en materia de políticas de salud que ampliaban la cobertura en un sistema altamente descentralizado.

En el año 2001 se sanciona la Ley 25.501 y es reglamentada en el año 2010, la cual plantea la prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional. El Programa Nacional brinda información y educación a la población sobre los factores de riesgo vinculados a la enfermedad coronaria y cerebrovascular, como stress, tipo y calidad de alimentación, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, dislipemias, entre otras, como también las formas de prevención de las mismas. Con el fin de disminuir la morbilidad, mortalidad y secuelas por enfermedades cardiovasculares; mejorar la calidad y esperanza de vida de la población (Rossas, 2012).

Luego de la crisis económica durante los años 90, y el fuerte conflicto social y en busca de reivindicaciones, asume como presidente Néstor Kirchner, comenzando el crecimiento de la economía y con ello una serie de cambios en política pública. En efecto dentro del subsector público, se producía la falta de articulación entre el sistema de salud nacional con el provincial y municipal y la fragmentación entre los diferentes subsectores “*demandó esfuerzos de coordinación y de recuperación del protagonismo estatal*” (Alonso & Di Costa, 2013, pág. 5).



Seguido a esto se revitalizó el Consejo Federal de Salud, lo que permitió “*mayor relevancia y efectividad a los consensos entre Nación y provincias elaborados respecto de la política pública de salud*” (Alonso & Di Costa, 2013, pág. 6). Se implementaron programas con el fin de articular intervenciones desde el estado nacional, entre los que se destacan el Plan Nacer, programa destinado a la atención de salud materno-infantil, se desarrollaron líneas de política vinculado a la salud sexual y procreativa, dicho programa actualmente es ley el cual permitió el acceso a recursos y goce de derechos que estaban plenamente vulnerados, además se llevaron adelante políticas dirigidas al acceso equitativo a los medicamentos bajo el plan Remediar y la ley de medicamentos genéricos la cual se estructuró sobre los siguientes ejes:

Prescripción de medicamentos por nombre genérico, el Programa Remediar dirigido a los sectores más necesitados, que contempla la provisión de medicamentos esenciales en centros de atención primaria; y la implementación y modificación del Programa Médico Obligatorio, que cubre más de 370 medicamentos genéricos, incluyendo 70% de los medicamentos destinados a enfermedades crónicas. (Bello & Becerril Montekio, 2011)

Esta ley permitió el acceso de medicinas a sectores sociales que antes no podían costearlo, se logró también que gran parte de los medicamentos consignaran el nombre genérico y los precios de algunos de ellos disminuyeron como resultado de la competencia.

Por lo tanto es importante mencionar la Ley Nacional N° 26.529, sancionada en octubre de 2009 y promulgada en noviembre del mismo año, que establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado).

En el año 2008 se sanciona la Ley 26.396 sobre Prevención y Control de los trastornos alimentarios (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa, entre otras), que aún no ha sido reglamentada. Por otra parte en el año 2009 se establece a nivel del Ministerio de Salud de la Nación la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable, tendientes a reducir la prevalencia de factores de riesgo y muerte por enfermedades crónicas no transmisibles en la población en general, mediante la promoción de la salud, reorientación de los servicios de salud y vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo. Durante este mismo año, mediante la ley 26.588, se declara de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, su difusión y el acceso a los alimentos libres de gluten.

En Córdoba, se crea en el año 2010 la Dirección de Jurisdicción de Promoción y Protección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, actualmente Dirección General de Enfermedades Crónicas (DEC).

A partir del último año del gobierno Kirchnerista, en el 2015, comienza haber un recorte presupuestario, lo que se intensificó con la asunción del actual presidente Mauricio Macri. Como resultado de dichas políticas de achicamiento, el sistema sanitario se encuentra atravesando un estado crítico debido al presupuesto insuficiente destinado a las políticas públicas de salud, la cual no permite afrontar las necesidades de la población, que repercute tanto en las personas que tienen seguro médico como para las que no lo tienen. El acceso a la salud enfrenta una puja entre la cobertura gratuita para todos/as y la falta de recursos de la misma que debe brindar la institución como derecho básico de las personas.

Por otro lado, pese a ser un servicio público, el Hospital Córdoba (entre otras instituciones de salud pública) enfrenta una dicotomía en términos de cobertura gratuita que debería ser para todos/as por igual. No obstante se les pide a los sujetos insumos como jeringas, gazas, etc., así mismo a las personas que cuentan con obra social que ingresan al hospital, se les cobra por el servicio mediante recupero de gastos, es por esto que la institución se encuentra en permanente vulneración de derechos, pues éstos deberían ser brindados de forma universal y gratuita, sobre todo aquellos que no tiene los medios para cubrir ningún insumo ni tratamiento.

Mencionado a lo anterior en los sectores vulnerables presenta una dificultad más al conjunto de limitaciones en la reproducción cotidiana y si bien no resuelve completamente la diversidad de necesidades que tienen que satisfacer, la provisión de recursos estatales coadyuva en parte las mismas. Específicamente a aquellos que no cuentan con un ingreso económico suficiente o regular que les permita la erogación monetaria para la compra de medicamentos y servicios por tratamientos. No garantizar por parte del estado la accesibilidad y calidad de cobertura de la salud como uno de los derechos humanos universal y primordial vulnera aún más a las personas que tienen que enfrentar situaciones de vida compleja. Por lo tanto en el tercer nivel de atención, como así también en el primer y segundo nivel, es de suma necesidad e importancia, debido a la complejidad de las patologías que presentan los mismos, poder acceder a los diferentes recursos necesarios para el cuidado de la salud.

Los modos en que dichos sujetos asumen las distintas situaciones problemáticas, las interacciones y modos de resolución de los problemas expresan la cuestión social. Ésta, según Yamamoto (2003) es la base de la fundación del trabajo social como especialización del trabajo;

es entendida como la manifestación de las desigualdades políticas, económicas, culturales (propias del desarrollo del sistema capitalista) y como la manifestación de las relaciones sociales, especialmente del resultado de la relación entre capital/trabajo. En la diversidad de problemáticas que se generan en el campo de la salud, conformadas por las crecientes desigualdades sociales y económicas es donde se requiere de nuestra intervención para la resolución conjunta de los obstáculos que se les presenta a los sujetos. Entendemos la importancia del aporte de nuestra profesión como actores en la lucha por diseñar, definir y ejecutar las políticas públicas.

La formación adquirida nos permite comprender los procesos planteados, entender la complejidad de los mismos y por lo tanto, intervenir en la gestión de programas, proyectos y acciones colectivas que no sólo mejore la eficacia de las acciones de salud, sino que también permita el acceso y garantía de la misma como un derecho, siendo así una disciplina mediadora entre el estado y la sociedad.

#### ***1.4 DIVERSAS FORMAS DE ENTENDER LA SALUD: concepciones y paradigmas***

Teniendo en cuenta que una intervención requiere estar respaldada por una teoría nos parece necesario plantear algunas concepciones para poder fundamentar nuestra intervención.

A lo largo de la historia observamos que la definición de salud ha ido transformándose significativamente. La doctora Debora Ferrandi (2010) plantea tres concepciones de salud. Desde el siglo XIX se fue consolidando a la salud como ausencia de enfermedad, *“la enfermedad es el efecto de la invasión de un enemigo externo. El trabajo en salud consiste fundamentalmente en eliminarlo”* (pág. 65). Se intentara, por lo tanto, aislar la variable que se vinculara con la enfermedad, como una relación de causa y efecto.

Posteriormente surge una nueva definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010), la cual define a la salud como *“el estado completo de bienestar físico, psíquico y social”* (pág. 66) que tiene una persona; trasciende lo meramente físico y no consiste solamente en la ausencia de la enfermedad.

Dicho paradigma toma a la enfermedad de los individuos como algo aislado, sin tener en cuenta el contexto en el que están insertos y las diversas variables que influyen en el proceso salud-enfermedad. Por lo tanto si tomamos esta concepción nos estaríamos posicionando sobre

un paradigma que no considera la salud de manera universal, y dejando de lado el pleno derecho al acceso a la misma.

Ferrandi rescata otra concepción de salud, *la capacidad de lucha individual y social contra las condiciones que limitan la vida*. Considerando a los sujetos con potencialidades, deseos y capacidades para poder modificar y/o transformar sus condiciones de vida, es decir, su propia realidad, desnaturalizando así lo que “ya está dado” y buscando diferentes posibilidades, para evitar someterse únicamente a procesos de medicalización.

En la actualidad, se puede decir que conviven dos paradigmas principales de la salud, por un lado está el “biomédico- ciencias naturales” que entiende a la salud desde una concepción biologista de orientación curativa, a-histórica, a-cultural e individualista, esta instituye una relación médico- paciente asimétrica y excluye el saber del paciente. Se identifica también con la medicalización de los problemas y la comprensión de la salud-enfermedad como una mercancía (Mendez, 2000). Y por otro lado está el paradigma “biopsicosocial-ciencias sociales”, plantea que el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales. La causalidad ya no se entiende como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado.

El proceso salud-enfermedad es tomado también desde las concepciones agrupadas dentro de la llamada epidemiología social, la cual aporta la visión de que las desigualdades en salud existen en forma creciente y dependen de las desigualdades sociales y económicas, producidas fundamentalmente por los niveles de riqueza de la sociedad, y otros factores no menos importantes como la educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y los diversos aspectos de la cohesión comunitaria.

Desde el paradigma de la epidemiología crítica entendemos a la salud atravesada por dimensiones económicas, culturales y sociales, que determinan formas de vivir, enfermar y morir. Por lo tanto se debe tener en cuenta las condiciones en el que se encuentra el sujeto, apostando, en el campo de la salud a una mirada integral, abarcando tanto lo social como lo biológico, obteniendo así una visión más compleja del proceso salud-enfermedad de cada individuo.

## ***2.1 CONDICIONES SOCIALES EN LA SALUD***

La Organización Mundial de la Salud, define a los determinantes sociales como:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Buchanan, s/f).

Hay que tener en cuenta no solamente los factores causales sino también las cuestiones estructurales que los generan. Reconocer, por lo tanto, que el proceso salud/enfermedad está determinada socialmente, implica tomar una postura crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales, que naturalizan lo social e individualizan los fenómenos. Asimismo conlleva a posicionarnos sobre la configuración de la sociedad y su dinámica.

Las formas de producción, consumo y su lógica distributiva (en donde el estado tiene una tarea esencial), como así también el desarrollo capitalista, determinan la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales; deterioran en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre cuatro procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico-políticas, el deterioro ecológico y sus consecuencias en la salud y la ampliación de brechas socio sanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas (Lopez O. E., 2008).

Como mencionan López, Escudero y Carmona (2008) en las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiaciones inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas.

Por ello poner en cuestión la visión biologicista que se produce en el campo de la salud, el cual está determinado por diferentes factores que lo constituyen, nos permite poder analizar las condiciones de los procesos de salud-enfermedad que la población atraviesa y como a la vez el sistema capitalista influye en todos los aspectos de la vida cotidiana de los sujetos.

La perspectiva de la **Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)** plantea que por un lado la distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, bienes y servicios, y por otro que las consiguientes injusticias, la desfavorable combinación de políticas, programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política, producen experiencias perjudiciales para la salud, afectando a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria,

escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Por lo tanto se remarca la necesidad de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud. Dar visibilidad de lo social a la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud es significativo, ya que predomina una visión gerencial y tecnocrática para llevar adelante los problemas colectivos de salud/enfermedad.

Consideramos importante tener en cuenta dichas condiciones, y los componentes que pueden tener influencia en el proceso salud/enfermedad. Según el Dr. Marc Lalonde (como lo menciono (Palladino, 2010)), dichos componentes son: las condiciones de la biología humana, las condiciones ambientales, los estilos o hábitos de vida, la estructura, organización y funcionamiento (actuación) de los servicios dedicados al cuidado de la salud.

El componente de **biología humana** incluye tanto lo físico como mental que se manifiestan en el organismo. Hace referencia también a la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo.

Las **condiciones ambientales** se refieren a aquellos factores externos al cuerpo humano y sobre las cuales las personas tiene poco o ningún control. Como puede ser la pureza de los alimentos o abastecimientos de agua, contaminación del aire, ruidos ambientales, entre otros.

Cuando menciona a los **estilos de vida** hace referencia al conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad, su complejización y/o la muerte, se puede decir que el estilo de vida de la persona contribuyó a ellas.

Y por último la **estructura, organización y funcionamiento de los servicios** dedicados al cuidado de la salud consiste en la cantidad, calidad, orden y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud.

Creemos importante analizar las determinaciones sociales de la salud, ya que se intenta contextualizar histórico y socialmente la realidad de las personas. Las enfermedades crónicas se constituyen como un problema de salud, tener en cuenta estas concepciones teóricas nos permite analizar y comprender de una manera más crítica como se va conformando el proceso salud/enfermedad a lo largo de la vida de los sujetos, y como está atravesada diversos ámbitos en forma inmediata y directa.

## 2.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, Enfermedades Crónicas no Transmisibles, 2017) los principales tipos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estas afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (31 millones) de las muertes por ECNT. Pueden impactar a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ECNT se producen entre los 30 y los 69 años de edad.

En Argentina, sobre un total de 304.525 muertes ocurridas en 2009, 89.916 fueron por causas cardiovasculares, 57.590 por cáncer, 7.701 por diabetes y 4.711 por enfermedades crónicas respiratorias. Es decir que el 79,3% de las muertes en Argentina correspondieron a estas enfermedades. (OMS, Enfermedades Crónicas no Transmisibles, 2017)

Cabe destacar que, a pesar de este escenario, las ECNT son prevenibles, pueden atribuirse a la presencia de un número reducido de factores de riesgo, algunos de los cuales son evitables como el consumo de tabaco y excesivo de alcohol, una alimentación no saludable, poca actividad física, sobrepeso y obesidad. La evidencia científica disponible señala la efectividad de intervenciones de promoción, prevención y tratamiento, que justifica llevar a cabo acciones de política pública (Ferrante, 2009). La realidad que se presenta en el contexto y especialmente en el campo de la salud, es la desigualdad en el acceso de aquellas intervenciones por parte del estado, que tienen como finalidad disminuir factores que pueden ser modificados por la persona, dicha desigualdad se produce mayormente en sectores más vulnerables, incidiendo tanto en la desinformación de la salud como un derecho, como también sobre aspectos de la enfermedad que estén atravesando, generando así una complejización de su estado de salud.

A partir de lo planteado, nos parece de suma importancia poder enfocarnos en aquellos sujetos que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Estas se constituyen en un problema de salud, inciden en todos los ámbitos de la vida del sujeto, produciendo una limitación para poder llevar adelante su proyecto vital. Tomamos a Ana M. Mendes Diz (2012) quien plantea que *“Hablar de enfermedades crónicas es hablar de incertidumbre; de no linealidad del tratamiento, dibujada por una evolución incierta de una enfermedad que obliga a constantes redefiniciones de líneas de acción que hasta aparecen como contradictorias”* (pág. 36). Estas persisten en el tiempo, implica hablar de meses, años, su duración acompaña la vida de quien la padece hasta su muerte. La curación de la enfermedad es reemplazado por la



gestión de la cronicidad, del cómo vivir con la enfermedad. El adaptarse a esto exige tiempo, apoyo, paciencia, posibilidad de aprender y participar en el cuidado de la propia salud.

Por lo tanto el vivir con una enfermedad crónica implica no solo limitaciones físicas, si no también dificultades económicas, emocionales y sociales, donde la persona que la padece puede experimentar soledad, aislamiento, vergüenza, temor y preocupación. A menudo lleva tiempo adaptarse y aceptar la realidad de una enfermedad, ya que invaden la cotidianeidad de los sujetos y de todo su entorno, requiriendo una constante negociación en todos los aspectos de la vida social, en las relaciones familiares, amigos, compañeros de trabajo, entre otros, que también muchas veces sin saberlo están involucrados.

Para poder tener una comprensión más profunda de las ECNT, Conrrad plantea que es necesario *“explorar la experiencia subjetiva de quienes viven con y a pesar de la enfermedad, la indagación del día a día de estas personas”*. Este planteo pone el foco en los significados de la enfermedad, la organización cotidiana del sujeto y las estrategias para afrontar la nueva situación vital. No solo se focaliza en la enfermedad ni en el contexto que los atraviesa sino también en cómo estas personas gestionan la enfermedad en todos los ámbitos de la vida: familiar, laboral, de tiempo libre, no como pacientes sino como actores sociales. Este enfoque legitima el considerable trabajo que deben realizar las personas que conviven con una enfermedad en pos de reorganizar su cotidianeidad, adaptar la enfermedad a su vida y a la inversa. (Mendes Diz, 2012, pág. 47)

Es por ello que consideramos de suma importancia poder entender no solo los aspectos sociales y culturales que las moldean, sino también como los sujetos la viven, sienten y significan, y poder reconocer las innumerables estrategias que llevan adelante para poder superar cada obstáculo y adaptarse a cada situación. Esto debe ser tenido en cuenta en las instituciones de salud para poder mejorar la calidad de vida de estas personas.

### **2.3 ¿LA FAMILIA COMO PRINCIPAL CUIDADOR?**

Luego de varias semanas de indagación en diferentes espacios del servicio social del Hospital Córdoba, la realización de entrevistas a profesionales de otros servicios y participación como observadores en entrevistas que desarrollan los trabajadores sociales a sujetos demandantes, pudimos dar cuenta de la negación y la dificultosa adhesión al tratamiento que llevan adelante los sujetos que conviven con algún tipo de enfermedad crónica; los cambios que deben afrontar y como estos inciden directamente en sus relaciones, inserción laboral, su



dinámica, vínculos familiares, redes sociales, colocándolo en una posición vulnerable, muchas veces dependiendo completamente de sus cuidadores/ras, quienes por lo general, son su grupo familiar.

Somos seres sociales, a medida que crecemos y nos desarrollamos pertenecemos a distintos grupos, como del trabajo, escuela, amistades, entre otros, pero sin dudas el grupo principal es la familia, la cual, es el espacio social fundante en la vida de las personas, en ella construimos nuestras primeras relaciones, experiencias y distintos modos de aprender a ser, pensar, actuar, sentir; como seres sociales nuestras necesidades y satisfactores se construyen histórico y socialmente (Gonzalez., N., Soldevila, Ortolanis, & Crosetto, 1999).

Entendemos a las familias desde Elizabeth Jelin (2012) quien la define como una institución social, en la cual:

Sus miembros comparten un espacio social definido por relaciones de parentesco, conyugalidad y páter-maternidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos. Existe en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también tienen intereses propios y diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción y en el sistema de género vigente. (pág. 45)

El cuidado informal de aquellos sujetos que conviven con una enfermedad crónica, se da por parte de su red social de apoyo cercano, en su mayoría el grupo familiar, especialmente por uno de ellos, quien asume inconscientemente o no, dentro del sistema y organización familiar dicha responsabilidad, dedicando continuamente gran parte de su tiempo, no solo rellenando las insuficiencias de los servicios profesionales que brindan las entidades de salud, sino que también manteniendo el bienestar de la persona, su calidad de vida y seguridad; poniendo en marcha estrategias para atender el día a día de las necesidades de los sujetos.

Las representaciones que se encuentran en la sociedad en torno al género y la atribución de roles respecto al cuidado de los miembros de la familia, naturalizan la tarea que “deben cumplir” los cuidadores, la cual es asignada generalmente al género femenino; según González (1999) género es una construcción social, cultural e histórica que configura modelos, un deber ser que se espera ser asumido como propio, que da cuenta de valores, pautas, sentires y relaciones en las que varones y mujeres deben ajustar su conducta. De algún modo se espera que cuidar de los sujetos con ECNT sea una tarea meramente femenina, vinculándolo a tareas domésticas y a su rol maternal. Una consecuencia de esta feminización de los cuidados es la invisibilización y

naturalización que garantiza la continuidad de la ejecución de estas tareas por parte de las mujeres, argumentando que la desigualdad social por la que atraviesan es justificada por los aspectos biológicos y psicológicos que supuestamente las caracterizan.

Existe de esta forma una contribución de la sociedad a las mujeres al mantenimiento del bienestar social, lo que genera que la creencia de la mujer como dotada de forma natural de una mayor capacidad para detectar las necesidades de otras personas se reproduzca en el tiempo, imposibilitando que la problemática de la sobrecarga de trabajo sea un tema tenido en cuenta en la agenda de gobierno para la implementación de políticas públicas que mejoren las condiciones de vida de las personas cuidadoras.

De este modo dichas representaciones de género, Del Valle Murga Teresa (2004) considera que son elaboraciones simbólicas, tanto visuales como discursivas, que se expresan con la configuración de lazos tangibles e intangibles que conllevan obligaciones y emociones manifestadas en distintas maneras como metáforas, símbolos y estereotipos, que constituyen un conjunto de ideas, creencias y significados, a través de los cuales cada sociedad define los atributos sociales y psicológicos. Según Silvia, L. Piñero (2008) se van produciendo colectivamente en la vida social, contrayéndose como hechos sociales que se imponen y sobrepasan al individuo, dejando de lado sus prioridades individuales.

La tarea de los/as cuidadores es no remunerada, sin valoración social ni reconocimiento, dejando de lado los intereses, proyectos particulares y generando, en algunas situaciones, el abandono de su actividad laboral, como así también vulnerando sus derechos, al ser esta una tarea que se prolonga durante mucho tiempo, ocupando gran parte de los recursos y energías del cuidador, organizando su vida y actividades en función de la persona a cuidar.

Desde el trabajo social creemos importante trabajar las representaciones y prácticas en relación a la enfermedad y tratamiento, teniendo en cuenta los factores que dificultan su adhesión, dado que es necesario poder construir herramientas que posibiliten la resolución autónoma de los sujetos involucrados y con los recursos que ellos mismos cuentan. Identificando los significados de la enfermedad, las estrategias que utilizan para llevar adelante la nueva situación y organización de su vida. Creando dispositivos desde la prevención secundaria y brindando información acerca de los derechos que tienen cuando ingresan al Hospital, con la intención de fortalecer sus potencialidades y autonomía para afrontar la situación y reproducir su vida cotidiana con las menores dificultades posibles.

### **3.1 SUJETOS COMO PORTADORES DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

La historia y presente del trabajo social revela la presencia de los sujetos como insustituibles, los mismos son portadores de problemas o necesidades que demandan de alguna intervención o resolución. Es por ello que en este apartado, realizaremos una descripción y análisis de los sujetos con los cuales trabajamos en el Hospital Córdoba, parte fundamental de nuestro trabajo de intervención pre-profesional.

El trabajo social se vincula con un sujeto, con un otro, por lo tanto interviene en los problemas y diversas situaciones de vulneración que les afectan, como así también en los procesos de satisfacción de las necesidades sociales, sea que se presenten de manera individual o colectiva, es decir aquellas que son comunes a un grupo social determinado.

Consideramos que *“ninguna conceptualización que se haga de los sujetos es neutra, sino que se sustenta en un marco teórico y también político, está envuelta por algunos de los paradigmas de la teoría social, que encubren y revelan determinados intereses vinculados a la reproducción y orden vigente de las cosas”* (Acevedo, 2011, pág. 23).

Dentro de este marco Acevedo (2011) considera, desde los aportes de Bourdieu, que un sujeto no solo se define por sus condiciones objetivas sino también por su habitus (lo social hecho cuerpo), es decir una estructura estructurada por las condiciones objetivas, y estructurante de percepciones, pensamientos y acción.

La manera en cómo se concibe o nombra al sujeto define cómo será nuestra intervención. Esto es así en tanto que ésta es el horizonte en donde entran en juego las miradas epistemológicas y de la teoría social que da cuenta como lo interpretamos, y por lo tanto marca un camino de intervención diferente al de otras miradas. Es por ello que la nominación implica una concepción acerca de las potencialidades y capacidades que les atribuimos, considerándolos como sujetos activos, capaces de modificar su medio a través de la construcción de diferentes estrategias para la reproducción de su vida cotidiana. Sostenemos y profundizamos la idea de que los sujetos son nuestra prioridad, hay que escucharlos/as, tomar sus opiniones y visibilizar sus derechos.

Dichos sujetos son portadores de derechos y responsabilidades dentro de una comunidad determinada; según Marcela Ferrer (2005) el concepto de derechos humanos se fundamenta en la existencia de un atributo común que hace iguales a hombres y mujeres, independientemente del contexto social, político, económico o histórico; sostiene que estos pueden entenderse como aquellas condiciones necesarias que habilitan al ser humano a actuar como agente moral en un contexto determinado.

Por este motivo apelamos al concepto de igualdad y de ciudadanía. Igualdad, por un lado, constituye un principio básico, inmediato y transversal en materia de protección de los derechos humanos. Según la Declaración Universal de Derechos Humanos:

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (...) El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece la obligación de cada Estado de respetar y garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción (...) sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (CEPAL)

Por otro lado, el concepto de ciudadanía, en su plano jurídico:

Es un contrato social válido para todos los miembros de una sociedad, y el fundamento de sus oportunidades vitales. Se trata del marco legal, definido por la existencia de una ley, que otorga a cada uno de los sujetos e individuos un conjunto de derechos y deberes que hacen posible la vida en común. (Aquin N. , pág. 16) Los mismos deben ser garantizados de manera igualitaria por el estado, es el responsable de aquello que se debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, ya sean económicos, sociales y culturales.

Siguiendo a Ase y Buriyovich (2009) en el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrada, accesible para todos que incluye:

→La atención de la salud dando respuesta a las prioridades nacionales y locales.

→La transformación de los determinantes subyacentes de la salud tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.

→La garantía de accesibilidad para todos: grupos étnicos minoritarios y mayoritarios, los que viven en zonas urbanas y zonas rurales y las comunidades desfavorecidas.

→La participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud.

→La elaboración de un plan integral y no un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación, es decir, todas las personas, por el hecho de existir tienen derecho a la salud. La idea esencial tras la adopción

de un enfoque de derechos humanos es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos. Así mismo esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, dependiendo de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

→Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.

→Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, y acceso a la información.

→Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

→Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

En el área de la salud pública, específicamente el Hospital Córdoba, pudimos reconstruir algunas dificultades que presenta para garantizar el pleno derecho a la salud, en tanto que las personas que ingresan al mismo se encuentran con diversas problemáticas, en relación a su internación se enfrenta a la escasez de recursos materiales, la no disponibilidad de habitaciones y camas, la falta de medicamentos y elementos necesarios para el cuidado que necesitan (jeringas, gasas, guantes, entre otros), interfiriendo directamente en la salud de los mismos, siendo uno de los factores que genera una escasa regularidad en el tratamiento. La interacción de este con otros factores provoca la complejización de la situación.

Por lo tanto, los sujetos que ingresan al campo del trabajo social, son aquellos que presentan dificultades para reproducir su vida cotidiana en los términos establecidos socialmente, Elizabeth Jelin (como lo cito (Acevedo, 2011, pág. 27)) plantea que el concepto de reproducción refiere al

conjunto de actividades que personas, grupos o instancias sociales, y en nuestro caso sujetos que conviven con enfermedades crónicas, desarrollan para mantener o mejorar sus condiciones de vida. La autora distingue tres niveles de reproducción, la biológica, social y cotidiana, esta última integrada por la dimensión doméstica (tareas de reposición generacional) y publica, referida a los derechos sociales de ciudadanía. Estas dificultades no son solamente de orden económico sino también afectivo, vincular y simbólico.

En tal sentido la OMS (2015) plantea que *“los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud”* a pesar que el mismo abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo. Los derechos incluyen el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Dentro de este marco Abramovich y Curtis (2001) retoman a Van Hoof quien plantea que el estado tiene cuatro niveles de obligaciones, obligación de respetar, garantizar los derechos de cada ciudadano, como el acceso a la salud, educación y trabajo, y la obligación de proteger y promover. Al igual que busca identificar aquellos grupos sociales vulnerables que viven situaciones de desigualdad frente al acceso de los mismos. Es así que en un estado de derecho el temor a la enfermedad no debería ser una emoción aceptable, si no que cada persona debería verse protegida por el estado ante las eventualidades que lleguen a afectar a su salud.

Una de las formas en que el estado se hace presente para la protección de los ciudadanos es a través de la ley N° 26.529 “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud” sancionada en el 2009, en la que se constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate. Los distintos aspectos que la componen son **Asistencia, Trato digno y respetuoso, Intimidad, Confidencialidad, Autonomía de la voluntad, Información Sanitaria, Interconsulta Médica.**

En cuanto a materia de derecho, en relación a la ley, se produjo un cambio social más democrático, pluralista e igualitario, promoviendo la inclusión social, aceptando las características personales de cada uno y dejando atrás una concepción paternalista, autoritaria y patriarcal que tomaba al sujeto, en condición de paciente, como un incompetente moral para decidir sobre su salud y enfermedad.

### 3.1.1 ¿QUIÉNES SON?

La intervención que realizamos a partir del mes de agosto hasta diciembre del año 2017 se llevó a cabo en el internado de Clínica Médica y Cardiología, ubicados en el primer y tercer piso del Hospital Córdoba.

Los sujetos que ingresan al Hospital con diferentes problemas de salud, como diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedades respiratorias, hepatopatías, pancreatitis, trombosis venosa profunda, lupus, tuberculosis, entre otras. Los mismos ingresan debido a circunstancias que han hecho que su enfermedad se complejice, por lo que su vida cotidiana se ve alterada tanto en su inserción laboral, su dinámica, relaciones familiares, redes sociales. En su mayoría presentan una ECNT concreta, la cual desencadena otras patologías.

Proviene de diferentes lugares, como es Córdoba capital o del interior de la provincia, ya sea Alta Gracia, Villa María, Rio Ceballos, Unquillo, como también de otras provincias, como Santa Fe, Santiago del Estero, La Rioja, e incluso de otros países, como México, Bolivia y Perú.

De los 26 entrevistados por el equipo de tesistas que demandan atención en el servicio de salud público al que pertenece el Hospital Córdoba, 23 están desocupados o no poseen un trabajo formal, por lo que disponen de escasos recursos económicos y no reciben cobertura social (obra social y aportes jubilatorios), limitando las posibilidades de elección del servicio de salud. Colocándolos en una situación de vulnerabilidad, ya que el sistema de salud público atraviesa dificultades para poder garantizar los recursos necesarios y el derecho a la salud.

En cuanto al género, eran más varones que mujeres, y en relación a la generación se observaron jóvenes, adultos y personas de tercera edad, ya sea en Clínica Médica o Cardiología.

Una de las causas que inicia la trayectoria de la enfermedad se asocia, por un lado, a factores hereditarios, las cuales son reconocidos por los mismos conscientemente o no a través del diálogo entablado en las entrevistas realizadas, en la que muchos de ellos pudieron reconocer la relación de su enfermedad con otros familiares que han atravesado situaciones similares.

*“(…) si, mi madre y mi padre son hereditarios del corazón, murieron todos del corazón, las hermanas parte de mi madre, tenía seis hermanas y murieron todas del corazón y mi padre tenía tres hermanos y murieron del corazón, infartos, hereditario. Si es una causa hereditaria que tenga esto.”(Pedro, 61 años)*



Por otro lado, a partir de la falta de acceso a controles médicos, discontinuidad en el seguimiento de su enfermedad, la trayectoria se vuelve inestable, ya sea por falta de tiempo, accesibilidad, por otras prioridades de la reproducción de la vida cotidiana, como es el trabajo, cuidado de algún familiar, mantención de su hogar; y por diferentes prácticas, conocimientos, experiencias, aptitudes y valores aprendidas cultural y socialmente con respecto a la atención de la salud y la enfermedad.

*“(...) Uno a veces ignora, yo no estaba consiente, no me daba cuenta que estaba mal... yo he hecho mi propio análisis.”(José, 59 años)*

*“(...) Siempre fui así, de levantarme yo sola, siempre pensando en mis hijos, no en mí, yo vivo para ellos, sino mírame la boca, soy el sostén de ellos. (Sandra, 34 años)*

Otro aspecto que influye a la trayectoria de la enfermedad son las prácticas sociales y formas de vida adoptada por las personas según el contexto cultural, social y económico que viven. Tanto el estatus socioeconómico, como el nivel educativo afectan en los hábitos, los conocimientos en salud y, además, condicionan la probabilidad de transformar el conocimiento en acciones concretas.

*“(...) por ahí mi hija hace ravioles y le digo que a mí no me meta salsa. Y ahora lo que me han prohibido terminantemente es la sal, me dijo el médico que compre una sal dietética, que no hace tan mal y le da un poquito de sabor a las comidas, pasa que a mí me gusta comer mucha carne y me dijeron que tengo que usar sal dietética, limones o vinagre.” (Luis, 60 años)*

Es importante sobrepasar la mirada que responsabiliza a las personas por las dificultades que presenten en su salud, se pudo constatar que el acceso a información es muy escaso en contextos vulnerables, donde se requiere una constante promoción y prevención para el cuidado de la salud, por lo tanto *“indagar la distribución inequitativa de los riesgos para la salud, que refleja y produce desigualdades sociales que afectan generalmente a los más pobres o a quienes por alguna razón carecen de suficiente poder económico y político”* (Alvares & Luz, pág. 97).

En relación al ámbito laboral los sujetos que ingresan al internado de cardiología y clínica médica, poseen trabajo independiente, informal e inestable, en los cuales se puede visibilizar una diferencia marcada entre género, ya que por un lado la mayoría de las mujeres entrevistadas realizan trabajo doméstico y por otro las actividades de changas, trabajo rural, oficios como constructor, plomero, mecánico, están a cargo del género masculino. Dichas atribuciones construidas socialmente, generan diversos grados de responsabilidad en relación a la economía familiar y el cuidado del hogar.



*“(...) bueno yo cuando trabajaba en lubricentro vivíamos bien, porque cobraba bien, ya perdí todo, hace casi dos meses que estoy sin ir.” (Juan, 46 años)*

La irrupción de una/s ECNT en la vida de estas personas produce ciertas dificultades para llevar adelante tareas laborales, generando cambios en la organización familiar y en toda su vida cotidiana, reduciendo el ingreso monetario en algunos casos, a las transferencias formales por parte del estado como es la pensión no contributiva o la jubilación por invalidez, la cual es reducida e insuficiente para que los sujetos puedan hacer frente a las dificultades que se dan en su vida cotidiana, y en otros por transferencias informales por parte de relaciones familiares, de amistad y vecindad.

*“(...) si no fuera por ella, por mi vieja, estaríamos quebrados.” (Juan, 46 años)*

Esto representa una parte de la realidad de aquellos sujetos que conviven con una enfermedad, considerando que en ciertas ocasiones pasan a depender completamente de sus redes familiares; lo que manifiesta la ausencia del estado en cuanto a políticas públicas que brinde respuestas a esta problemática de salud, y reduzca la responsabilidad que las unidades familiares cargan con respecto al cuidado y bienestar de sus miembros.

Por otro lado, se destaca que una parte de los sujetos entrevistados cuentan con primario completo, y solo uno con secundario. Con respecto a la composición familiar se pudo observar una conformación diversa de familias- unidad doméstica, como unidades extensas, monoparentales, ensambladas, unipersonales, remarcando que en general hay predominio de familias de tipo nuclear. Dichas familias, a partir de la aparición de una enfermedad en uno de sus miembros llevan adelante diferentes estrategias para poder sobrellevar la nueva situación. Estas son consideradas como estrategias familiares ya que tienen repercusiones para el conjunto de sus miembros.

Por lo tanto no supone una igualdad de todos los integrantes en la toma de decisiones, el espacio de negociación varía en las distintas familias y dependerá de la multiplicidad de factores, entre los que pueden mencionarse las relaciones de poder entre los géneros y grado de rigidez/flexibilidad en las estructuras de roles. (Gonzalez, Nucci, Crosetto, & Soldevila, 2000, pág. 4). Las estrategias son acciones que están ligadas a un grado de racionalidad o conciencia por parte de las personas y grupos al operar estratégicamente aun en actos rutinarios, como las que implican opciones en el marco de las condiciones de existencia, los procesos de acumulación, distribución, consumo o pérdidas de capitales.

Del análisis de las entrevistas destacamos que gran parte de los sujetos y sus familias/unidades domesticas llevan adelante estrategias de sobrevivencia, que refiere a una racionalidad limitada, ya que no consiguen conocer todas las elecciones posibles. Sin embargo las acciones que realizan tienen una dimensión activa y se relacionan con las oportunidades y las acciones de los otros. Permitiendo el ingreso al mercado laboral de aquellos que estaban relegados por prejuicios, enmarcados desde un sistema patriarcal.

*“... Deje de trabajar, y tuve que hacer los trámites de la jubilación, y lo hice yo a los tramites porque vio que ahora están los abogados que te lo hacen, y yo iba todos los días, hacía cola, todo lo hice yo solo.” (Luis, 60 años)*

En tal sentido las estrategias de sobrevivencia resultan en un deterioro de la calidad de vida de sus miembros o uno de sus miembros de la familia/unidad doméstica, a causa de la reorganización familiar en función de los cambios que se fueron produciendo a través de la nueva situación, en pos del sostenimiento de la vida misma. Como es, en algunos casos, la intensificación del trabajo tanto dentro o fuera del ámbito doméstico de aquel sujeto que no presenta el problema de salud.

*“... hace 1 año y medio, cuando empezó todo, yo mucho no me puedo mover, y a partir de esto mi señora tuvo que salir a trabajar, pero a mí no me gusta, me han criado así.” (José, 59 años)*

Ante las diferentes dificultades que se les presentan para acceder a un trabajo remunerado y a la obtención de diversos recursos económicos, en algunas situaciones apelan a transferencias formales o el apoyo de redes familiares, tanto económico como afectivo, con el fin de proteger aquello que se posee.

*“... y como ser, ella (la hermana) tiene a mi hija más grande, mi hermano tiene a los dos varones y mi mama tiene a la bebe. Yo como que en la primera cirugía yo me mentalice en mí, los extrañaba y todo pero yo me mentalice en salir bien, y como que evitaba pensar en lo feo, aparte yo se la familia que tengo, gracias a Dios están pendiente de todo, y se en que manos dejo a mis hijos.” (Sandra, 34 años)*

Sin lugar a dudas la obtención de recursos materiales para la subsistencia es una de las prioridades de los grupos domésticos, esto constituyen el grueso de las estrategias de corto plazo, y aparecen con mayor intensidad en el grupo domestico de menor disponibilidad de recursos

económicos. Se puede constatar en algunos de los relatos, que toman decisiones y estrategias de corto plazo en relación al acceso de los medicamentos, pero con una perspectiva de largo plazo, ya que posibilita seguir adelante con una parte del tratamiento. Cabe destacar que a veces se presentan con la dificultad de acceder a los medicamentos por la falta de recursos que existen en las diferentes instituciones.

*“...me los dan, los retiro por PROFE una parte, de la diabetes lo retiro acá, y de lo otro lo retiro de Pablo Pizzurno, voy me hacen la receta, la autorizan y después voy a la farmacia Líder que ahí retiro todo, que ya viene descontado en el recibo de sueldo pero me dan todo, o sea no pago lo que tengo que pagar, me hacen un descuento...” (Eduardo, 65 años)*

Tanto los sujetos como las familias entrevistadas dedican la mayor parte de su tiempo en desarrollar estrategias de corto plazo para generar ingresos económicos, recortar gastos, procurar recursos de distintas índoles, y algunos de los mecanismos utilizados redundan al deterioro de sus condiciones de vida. Cabe mencionar que las diferentes estrategias están entrecruzadas por políticas económicas y sociales recesivas, las cuales inciden en las mismas limitándolas.

### ***3.1.2 DIVERSOS MODOS DE SENTIR Y TRANSITAR LAS ECNT: representaciones y prácticas***

Consideramos necesario reconocer las representaciones y prácticas que portan los sujetos en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles y su adhesión al tratamiento.

Entendiendo la representación social como *“conocimientos específicos, saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y comprensión del entorno social, material o ideal”* (Torres Lopez, 2007, pág. 3). Lo social interviene a través del contexto concreto en el que se sitúan individuos y grupos, establecen entre ellos códigos, valores e ideologías según las posiciones y pertenencias sociales específicas.

Creemos importante, tener en cuenta los aspectos objetivos que atraviesan dichos sujetos, y también aquellos aspectos subjetivos y significados que les otorgan a la experiencia de vivir con y a pesar de una enfermedad crónica.

Según Conrad (citado por (Torres Lopez, 2007)) para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad considerando la organización social del mundo del que sufre, así como sus estrategias de adaptación, las teorías y explicaciones que las personas

desarrollan sobre su estado, ya que todo ello influye en la forma de atención, sea o no médica, que proporciona a su situación de salud.

El autor también plantea que se debe focalizar en cómo estas personas gestionan la enfermedad en todos los ámbitos de la vida, ya sea familiar, laboral, de tiempo libre, tomándolos no como “pacientes” si no como actores sociales, que trabajan y desarrollan estrategias para llevar adelante su vida cotidiana adaptándola a la enfermedad.

De este modo la irrupción de una enfermedad crónica genera en los sujetos que la transitan y en su entorno familiar y social diversas representaciones, que surgen en determinados momentos de crisis y conflictos. La concepción sobre la salud y la enfermedad en general del sujeto condiciona los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades que las personas tendrán. Dicha concepción se formará a partir de la información con que cada sujeto y grupo familiar tenga del estado de salud/enfermedad por el cual transiten; es así que entendemos a la información como una dimensión que permite analizar las representaciones sociales, que refiere a la organización o suma de conocimientos, con particularidades en cuanto a cantidad y calidad, con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento y/u objeto social. Esta dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas. (Torres Lopez, 2007)

Por otro lado en nuestro proceso de intervención, pudimos inferir una constante naturalización de los sujetos en cuanto a la forma de entender el problema de salud, a través de la escasa información y conocimientos con la que cuentan, ya que los mismos al ser, en su mayoría, de sectores vulnerables se encuentran limitados para acceder a otras redes comunicacionales y adquirir por lo tanto más información, fuera de las brindadas por un equipo de salud. Consideramos que cualquier persona debe poder disponer y utilizar con confort y seguridad los entornos, servicios o productos, tanto físicos como virtuales, de forma presencial o no presencial, en igualdad de condiciones que los demás, contribuyendo a reducir la desigualdad y brecha entre los sectores.

Otro aspecto importante a tener en cuenta para entender las representaciones y por lo tanto las maneras de actuar, es el capital cultural que poseen, según Bourdieu se trata de un *“estado incorporado de disposiciones que hacen el habitus, los valores, habilidades, saberes que se adquieren de manera inconsciente o consiente en los distintos espacios de la vida social”*

(González, Crosetto, Ortolanis, Nucci, & Soldevila, 1999, pág. 32). Como mencionamos en el apartado anterior dichas personas con las que trabajamos, al no haber podido acceder o mantenerse en el sistema educativo para poder terminar su escolarización, presentan algunos problemas de alfabetización y diversas dificultades para comprender ciertos aspectos de su salud, convirtiéndose, sin darse cuenta en sujetos pasivos y objetos por parte del equipo de profesionales de la salud, dependiendo únicamente de la información que ellos les brindan. Se puede constatar a partir de los siguientes relatos:

*“... Me largaron solo, y no sabía que tenía en la porquería esa, y que estaba canalizado con la sonda. No le informan nada, nada que te ayude. Lo que pasa que uno se hace mala sangre, yo hace un año y medio que no trabajo, que no tengo ninguna ayuda...” (Ricardo, 58 años)*

*“... no sé, esta mañana vinieron los doctores, pero no me avisaron todavía, si va a ser mañana o pasado, no sé. Inclusive me iban a poner un baypass y esta mañana vinieron los doctores y que no me van a poner un baypass, me van a poner un stent, así dijeron. Ahora tienen que reunirse ellos, viste como es...” (Raúl, 40 años)*

*“...ellos no te explican nada, hay que sacarle todo con tirabuzones, y para cualquier diagnostico la tienen con vueltas, uno un día te dice una cosa, otro, otro día te dice otra cosa, por más que son un equipo y supuestamente ellos se reúnen para después darte información, explicar que le van a hacer... desde un comienzo fueron un desastre, todos te dicen algo distinto...”*

*“...lo único que me explicaron es que me iban a hacer más o menos, yo en la primera cirugía estaba bastante fuerte, ya en la segunda no, y me dijeron la cirugía esta es una de las más complejas, sabía más o menos que me hacían, pero que consecuencias me trae o esas cosas nada...”(Sandra, 34 años)*

El desconocimiento de algunos aspectos de la enfermedad, limita o imposibilita el reconocimiento de la misma, no pudiendo tomar una postura activa frente a su situación, e influyendo y obstaculizando directamente en las formas de entender y llevar adelante el problema de salud que transita, y por lo tanto el tratamiento.

Es decir que dichas representaciones permiten un acercamiento a formas de pensar y actuar que las personas desarrollan; por ello deben ser consideradas por el equipo de salud, ya que tienen implicaciones significativas sobre la manera en que las personas la transitan, como también la aceptación y/o rechazo ya sea del diagnóstico o las indicaciones en el tratamiento a seguir establecido por los profesionales.

Cabe destacar que cuando las representaciones sociales son acerca de un problema de salud llevan a las personas a tomar una postura ante su enfermedad, y sobre la forma en que debe ser manejada y atendida. Si los profesionales de la salud no cuentan con información sobre estas, es muy posible que sus propias representaciones en torno a la enfermedad no coincidan con la de los sujetos y sus familias.

Consideramos importante por lo tanto, que para que los sujetos tomen una posición crítica, autónoma, puedan aceptar o rechazar procedimientos médicos, es necesario por parte de los profesionales reciban información clara, precisa y adecuada respecto a su estado de salud, procedimientos a seguir, y cuáles serían sus beneficios y/o consecuencias si no se lleva adelante.

### **3.2: “PERSONAS ENFERMAS” CATEGORIAS SOCIALMENTE REPRODUCIDAS**

A través del acercamiento a los sujetos mediante entrevistas formales e informales, individual o familiar pudimos constatar las manifestaciones respecto a la estigmatización que atraviesan.

Para referirnos a la estigmatización tomamos a Erwin Goffman (2015), que la plantea como *“los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito y desvaloración social”* (pág. 2). Según el autor, los procesos de estigmatización emergen desde la diferencia entre las características que debe tener una persona según las normas culturales y los atributos que efectivamente presentan. La sociedad establece medios para categorizar a los individuos y también los caracteres que se consideran corrientes y naturales en los miembros de esas categorías.

Por otra parte Crocker, Major, y Steele (como lo cito (Romen Medina, 2015)) exponen que *“la estigmatización se produce cuando una persona posee de forma real, o a los ojos de los demás, algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa o devaluada en un determinado contexto”* (pág. 4). Plantean que se trata de una insensibilidad hacia

una o varias personas por parte de un determinado contexto social, que presentan una característica específica, y que la mayoría no posee y ello da lugar a la estigmatización de los poseedores de dicho atributo.

El individuo estigmatizado, que tiene dañada su identidad social, y el cual lleva aparejado un buen número de consecuencias para su salud psicológica y física, pasa a ser una persona desacreditada frente a un mundo que no lo acepta. A pesar que su entorno, específicamente familiar o cuidador están dispuestos a compartir con él ese sentimiento, a la vez que lo reproduce y naturaliza. La conciencia de pertenecer a una parte de la sociedad no aceptada por los demás tiene efectos negativos considerables sobre la persona, que van a marcar el devenir de sus situaciones de la vida diaria; dependiendo de si el sujeto lleva o no a cabo estrategias de enfrentamiento/afrontamiento.

En base a esto, durante el proceso de intervención, se visibilizó la socialización de las ECNT y el estigma que se construye en torno a los sujetos que conviven con alguna/s de ellas, que influyen en su vida cotidiana y se relacionan con las creencias de desvalorización y discriminación, afectando directamente su calidad de vida, en el ámbito familiar, social y económico. Esto se manifiesta principalmente en el acceso limitado al mercado laboral, sea formal o informal, vulnerando el derecho universal a un trabajo digno y respetuoso, a causa de los desconocimientos y representaciones que se construyen y circulan en la vida social. Atribuyendo a los mismos una mirada negativa, pasiva y limitaciones para realizar tareas, influyendo al autoestima, autoeficacia y hasta el agravamiento de la situación por el cual atraviesa e incluso a su aceptación.

A partir de la estigmatización laboral, se lleva a categorizar al sujeto con ECNT como “discapacitado”, no pudiendo indagar en las particularidades que presentan ni teniendo en cuenta las funciones que si pueden desempeñar; a pesar de que requieren de un tratamiento de por vida no representa una limitación a las posibilidades de adquirir un trabajo estable, establecer relaciones interpersonales, acceder a la salud, entre otros. Sin embargo se les asigna una etiqueta de incapacidad absoluta o relativa para la ocupación de un puesto de trabajo tal y como lo ocuparía una persona “plena de capacidades”.

Independientemente de nuestras capacidades, presentamos diversas necesidades en determinados momentos, como ciudadanos tenemos el derecho de poder acceder a espacios y adquirir servicios que puedan dar una satisfacción a las mismas, y poder utilizar de forma

autónoma, cómoda y segura aquello que consideramos necesario o elegimos para una mejor calidad de vida, ya sea en el ámbito laboral, educacional, de salud, entre otros.



#### 4.1 ESPACIO DE INTERVENCIÓN: HOSPITAL CÓRDOBA

Nuestra intervención pre profesional, como mencionamos, la realizamos en una institución de salud, en el Hospital Córdoba, entendemos por instituciones según Rotondi (como lo citaron (Moniec & Gonzalez, 2014)) como *“formaciones socioculturales (...) como marco reguladores de existencia duales (fuera de los sujetos y dentro de los sujetos); como formas de producción y reproducción de las relaciones sociales; como espacios que solo tienen existencia a partir de la actuación, participación, y movimiento de los actores sociales, y como escenarios atravesados por las distintas miradas y ejercicios de poder”*. Las autoras las consideran como productos históricos, culturales y sociales, que se configuran en un contexto específico que las singulariza.

Dicho hospital es una organización, según Schelemenson (s/f) la considera como *“un sistema socio-técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación”*. (pág. 38)

El Hospital Córdoba se fundó el 1º de julio de 1950 durante la presidencia de Juan Domingo Perón. Se encuentra en Barrio Pueyrredón, sobre las calles Avenida Patria 656 y Libertad 2050, colindante también con las calles Eufrasio Loza y Oncativo.

Es una institución pública, por lo tanto brinda servicio de forma gratuita, principalmente para aquellas personas que carecen de obra social, pero no únicamente para estos, permitiendo así el acceso a una cobertura médica. Recibe a población de varios sectores del país, como también de países limítrofes. Asimismo brinda servicios destinados a adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, resolviendo procesos mórbidos o procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Cuenta con un edificio con cuatro entradas, por la calle Oncativo, Libertad, Patria y Eufrasio Loza. Desde su fundación contaba con tres pisos, y desde el 2011 se amplía a cinco. Posee dos ascensores, rampas y escaleras, una farmacia, kiosco, comedor, capilla, consultorios externos, salas de internación, cuidados intermedios y de rehabilitación, quirófanos, salas comunes de médicos y residentes, vestuarios, baños, etc. Actualmente la autoridad superior es el Doctor Guillermo Moisés Azize.

Se caracteriza por ser uno de los hospitales de alta complejidad de América del Sur. Corresponde al tercer nivel de atención dentro de la red sanitaria de Córdoba, ya que tiene la capacidad y recursos para dar respuestas a diversos procesos de salud-enfermedad. Se diferencia

de los demás por ser el único establecimiento, tanto a nivel público como privado, que cuenta con Servicio de Quemados.

Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo, contando con la capacidad y recursos humanos y/o tecnológicos para resolver situaciones que requieran de mayor nivel de resolución. Uno de sus objetivos es brindar a los sujetos que ingresan a la institución un seguimiento correspondiente, dependiendo la complejidad de la enfermedad.

Dicho hospital cuenta con la primera unidad de microcirugía y los siguientes servicios:

- Cardiovascular: Hemodinámica diagnóstica y Terapéutica, Marcapasos Endocavitarios Definitivos, Cirugía Cardiovascular con y sin bomba de circulación extracorpórea, Cirugía vascular periférica, angioplastia central y periférica. Colocación de Stent.
- Neurología/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 Anatomía Patológica, Anestesiología y Algología, Bioquímica, Bucal y Odontología, Tórax y Cardiovascular, Cirugía General, Diagnostico e imágenes, Guardia y Emergencias, Laboratorio, Kinesiología, Medicina Intensiva Escuela de Trabajo Social, entre otras.

Sus especialidades son: Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Clínica Médica, Cardiología, Hematología, Gastroenterología, Endocrinología, Urología, Traumatología, Dermatología, Diabetología, Fonoaudiología, Nutrición, Enfermería y Farmacia.

Las instituciones públicas de salud se han conformado históricamente como un espacio de acción profesional del trabajo social, y dichas acciones se han ido transformando, algunas de ellas, en conjunto con los procesos de cambio de la profesión.

Específicamente el área de Servicio Social se encuentra en la planta baja del Hospital, se conforma por un administrativo y un equipo de trabajadores sociales, entre ellos jefe de planta, contratados, tres residentes, un pasante y tesis de trabajo social y psicología.

Se conforma por cinco ambientes, los cuales son utilizados para la atención y entrevistas a los sujetos, una sala de espera en donde está la recepción y se gestionan recursos; una cocina, baños y una oficina destinada para la jefatura.

Esta área desarrolla sus actividades de lunes a viernes por la mañana, específicamente de 7:00 a 15:00 horas. Los días martes se realiza capacitación interna de los mismos profesionales, mediante un programa construido en conjunto, sobre temáticas consideradas importantes de ser discutidas y analizadas. Se plantea un fortalecimiento de esta disciplina, a través de la capacitación continua y el servicio.

Dentro de este espacio los profesionales atienden consultas externas mediante entrevistas, específicamente semi-estructuradas (con el fin de poder obtener datos socioeconómicos del grupo familiar), elaboran informes sociales para gestionar recursos de salud para continuar con sus tratamientos, como medicamentos, transporte, información, entre otros.

La disciplina de trabajo social es parte de la institución desde su creación y se encuentra así descripta en la carta orgánica del Hospital Córdoba. La inserción del profesional en este campo se encuentra en el tercer nivel de atención, donde se relaciona con sujetos que transitan problemáticas complejas de salud, y en su mayoría necesitan de atención médica continua.

El equipo presenta como objetivo principal un enfoque integral de la salud, llevando adelante el trabajo en conjunto, con el aporte de todas las disciplinas. Orientando a los sujetos y sus familias como protagonistas para preservar la salud como un valor colectivo. Como también participando en la formulación de programas y propuestas para hacer frente a los obstáculos que se producen en este campo.

El trabajador social realiza su intervención mediante los siguientes procedimientos:

- Recepción de demandas: Por derivación, interconsulta, captación o demanda espontánea;
- Revisión de antecedentes por lecturas clínicas, informes sociales o derivación;
- Entrevista inicial y en profundidad, tanto al sujeto como a su grupo familiar;
- Coordinación de acciones con el equipo de salud hospitalario;
- Búsqueda de antecedentes en otros efectores de salud y/u organizaciones comunitarias; -  
Definición de las problemáticas a abordar;
- Definición de las estrategias de intervención;
- Construcción de redes para el seguimiento de las demandas.

## 4.2 LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Margarita Rozas afirma que:

La intervención profesional es un proceso de construcciones histórico social que se desarrolla interactuando con los sujetos portadores de problemáticas, derivados de la producción y reproducción social, con el objeto de profundizar mecanismos de integración social de los sujetos conociendo el ahora y sus historias, sus estrategias de vida, sus recursos potenciales, para intentar modificar los términos de las relaciones sociales con otros, con las instituciones y con el estado. (Rozas Pagaza, s/f)

Siguiendo a Crosetto Rossana en la intervención nos encontramos con las significaciones que el sujeto realiza respecto de sus necesidades, obstáculos, de las instituciones y de la función o el lugar que el trabajador social ocupa en los procesos de resolución de encuentro con los objetos de sus necesidades. Al igual que esta significa *“transferencia de recursos culturales (incorporados e institucionalizados) en donde el trabajador social apela sus propios conocimientos y capacidades adquiridas, a las de otros profesionales e instituciones y a las de los mismos agentes portadores de la necesidad o demanda”* (Crosetto R. , 2012, pág. 1).

Asimismo la intervención implica comprenderla en un contexto micro social, que propone una posibilidad de cambio, modificación en el medio o la problemática donde es convocado a actuar, desde la generación de un espacio artificial. Pero a su vez inserto en lo macro social, en un contexto determinado por funciones simbólicas y significaciones (Carballeda, 2005).

Por lo tanto cuando nos referimos a la práctica profesional, hacemos referencia a una práctica que habla o nos remite a una manera de hacer y de ver, a pensar de lo que se hace y saber lo que se piensa, desde allí hablamos de trabajo social como intervención fundada, que se sitúa en un contexto histórico social determinado, a partir de la definición de un objeto de intervención y de la utilización consiente y adecuada de los procedimientos y herramientas teóricas, que aportan al abordaje de la cuestión social.

Es por ello que la intervención profesional exige un esfuerzo de elucidación que a decir de Castoriadis (citado por (Cazzaniga, s/f) *“es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hace y saber lo que piensan”* (pág. 14). Esto sería un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica ideológica que sostenemos y de cómo esta visión se materializa en esa acción con sentido.

Nuestro proceso en el Hospital Córdoba, inicio en diciembre del año 2016, en un primer momento pactamos un encuentro con la jefa del área del servicio social, con la que se estableció un día para la realización del recorrido institucional, con el objetivo de poder reconocer el espacio, los diversos servicios que ofrece, los actores que en él circulan y la estructura organizacional. A principios del 2017 se acordaron con los profesionales de trabajo social días y horarios para realizar entrevistas, conocer la organización del servicio, quienes la integran, áreas del hospital, intervenciones que llevan adelante, demandas, objetivos que persiguen, entre otros.

Luego de acordar el cronograma, espacios y temática de interés, nos situamos en el servicio, y pudimos observar las actividades que desarrollan, los recursos con los que cuentan, los programas y el abordaje de trabajo social desde el tercer nivel de prevención. Además realizamos atención de demandas espontáneas, lo que nos facilitó conocer las representaciones sociales de los sujetos acerca del rol del trabajo social, y el desempeño de los profesionales.

#### ***4.3 DELIMITANDO EL CAMPO***

En el proceso de inserción los profesionales del servicio nos posibilitaron el acceso a su espacio de trabajo, nos acompañaron en la intervención habilitando y facilitando espacios, recursos, entrevistas y observaciones de caso. Lo que nos permitió identificar la dificultad que se les presenta a los sujetos para adherir al tratamiento cuando reciben un diagnóstico de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Nos insertamos específicamente en el internado de clínica médica, ubicado en el primer piso, y en el internado de cardiología, situado en el tercer piso del hospital.

El internado de clínica médica está conformado por un jefe de servicio, tres médicos de planta y el servicio de enfermería, con especialidades de infectología, endocrinología y traumatología. Este cuenta con el sistema de formación de residencia de clínica médica y anestesia.

Actualmente poseen cinco salas con cuatro camas cada una, tres aislamientos y un baño en cada sala. Las mismas están separadas por género, con diferentes patologías dependiendo de la época del año. En su mayoría ingresan personas mayores con enfermedades crónicas, como por ejemplo insuficiencia cardíaca o renal, problemas respiratorios o coronarios, entre otras. En estos espacios el horario de visita es de 18:00 a 19:00 horas.

Por otro lado el de sector cardiología (internado) se encuentra conformado por profesionales que realizan cirugías cardíacas y de tórax. Con respecto al equipo de cirugía hay dos jefes de planta, cuatro médicos y un residente; y el equipo de cardiología se conforma por dos cardiólogos de planta y cuatro residentes. Está constituido además por el servicio de enfermería, que cuenta con tres enfermeras por turno, ya sea mañana, tarde o noche.

Los días lunes, miércoles y viernes se realiza revista de sala de 8:00 a 9:00 horas aproximadamente, y los martes y jueves se dan los ateneos de cardiología y de tórax.

Dispone de cuatro salas comunes con cuatro camas cada una, una sala con tres camas, que se utiliza específicamente los días lunes y martes para los sujetos que están para pretrasplante, ya sea de cardiología, pulmonar o de nefrología; a su vez está conformada con tres salas de aislamiento, las cuales no se usan solo cuando el sujeto amerita estar en aislamiento, si no cuando hay escases de camas disponibles. Por lo general hay una sala de mujeres y las demás de varones, ya que en su mayoría son sujetos de sexo masculino los que ingresan.

Pudimos constatar a partir de las entrevistas con los profesionales de los servicios, que la atención a los sujetos se encuentra generalmente sectorizada por las diversas áreas con las que cuenta el hospital, ya que según los relatos de los mismos, no se da de manera frecuente un trabajo interdisciplinario, generando un escaso abordaje integral del sujeto y limitando así la incorporación de los aportes y análisis de las disciplinas sobre un determinado problema de salud.

#### ***4.3.1 DEFINIENDO EL OBJETO DE INTERVENCIÓN***

Considerando que nuestra intervención es fundada, que tiene una naturaleza, por lo tanto tiene un objeto, que se ha constituido como practica social primero y luego como práctica profesional, para atender ciertos problemas, concretos y específicos, y que requiere una teoría en torno al mismo. Su naturaleza es histórico-social, condicionada por las coordenadas del tiempo y espacio que van resignificando sus elementos constitutivos (Aquin N. , 1996, pág. 71).

Por lo tanto hablar del objeto del trabajo social *“es preguntarse por el equivalente teórico de un campo de problemas reales que demandan resolución”* (Aquin N. , 1996, pág. 74). El profesional orienta su intervención a la atención de necesidades materiales y no materiales de personas, familias, grupos y poblaciones que tienen dificultades para la reproducción cotidiana de su existencia, promoviendo su vinculación con instituciones públicas y privadas que disponen o pueden crear satisfactores.

Como bien plantea Nidia Alwyn (como lo citaron (Martínez & Torrecilla, s/f) “*El objeto de la ciencia no es dado, sino construido*”, no se forma por relaciones reales entre las cosas, sino por relaciones conceptuales entre problemas. El término problema expresa una dificultad que se presenta y que no puede resolverse automáticamente, sino requiere de una intervención específica. Por lo tanto todo problema es un obstáculo para la obtención de una meta e implica una relación entre un sujeto y un objetivo. Tienen una naturaleza social, refiere a las relaciones entre el individuo y la sociedad, trascendiendo el ámbito del mismo y de sus relaciones inmediatas.

En tal sentido la autora expresa que existe un problema social cuando hay un juicio compartido acerca de lo inadecuado de una condición social, definiéndola como un problema que requiere solución y, por ende, es necesario actuar para modificarla, mejorarla, e incluso, erradicarla.

De este modo las ECNT se constituyen en problema de salud para los sujetos que con ellas conviven, afectando todos los ámbitos de su vida cotidiana, provocando cambios corporales y sociales significativos. Estas generan necesidades en las personas, manifestándose de diversas maneras, según las representaciones y formas de llevar adelante que utilizan dichos sujetos para afrontar cada situación.

Es decir que en el campo, intervenimos sobre las necesidades que se presentan en sus dos dimensiones, una material en relación a “*recursos que hacen posible la producción, distribución o consumo de otros*” (Gonzalez., N., Soldevila, Ortolanis, & Crosetto, 1999, pág. 30). En cuanto a esta, la institución ofrece servicios para la atención de las diferentes enfermedades crónicas no transmisibles, como el de diabetología, cardiología, nutrición, salud mental, servicio social, entre otros; como también espacios de prevención y promoción, talleres informativos, y entrega de folletos. Los sujetos que presentan dificultades para adquirir medicamentos e insumos que precisan para seguir un tratamiento adecuado, debido a que no poseen ingresos suficientes, concurren al hospital para poder acceder a los mismos, ya que lo brindan de manera gratuita, pero a veces la institución no posee todos los recursos materiales necesarios, lo que provoca la discontinuidad en los tratamientos; no solo se trata de poder acceder a medicamentos para adherir a un tratamiento, sino que también entran en juego otros determinantes para garantizar la salud, como son condiciones de saneamiento, agua potable, una vivienda adecuada, entre otros.

Por otra parte la dimensión no material ésta referida a valores, disposiciones de sentimientos, a conocimientos o saberes, habilidades, es decir, al habitus o estado incorporado o

por incorporar de tales disposiciones (Gonzalez, Crosetto, Ortolanis, Nucci, & Soldevila, 1999). En cuanto a esta nos centraremos en los saberes, significaciones, representaciones sociales, mitos, verdades y posiciones que los sujetos tienen de dichas enfermedades y que los profesionales van incorporando en sus prácticas. Al igual que como la viven, la sienten, expresan y se relacionan.

En relación a los sujetos de nuestra intervención se pudo observar la necesidad de obtener información clara, precisa de la enfermedad con la que convive, al tratamiento que deben llevar adelante, como al reconocimiento de sus derechos a través de la Ley 26.529.

Los trabajadores sociales se relacionan a diario con diversos problemas sociales y la forma de cómo ellos afectan a las personas y a su medio social. Analizando las situaciones y los sujetos desde sus relaciones y conexiones más significativas, a partir de los ámbitos económico, político, ético y cultural que influyen en gran medida en la vida individual, familiar y comunitaria.

En cuanto a lo mencionado definimos nuestro objeto de intervención, como:

*Las dificultades respecto al tratamiento que reconocen los sujetos con Enfermedades Crónicas no Transmisibles que se encuentran en el internado de clínica médica y cardiología del Hospital Córdoba”.*

#### **4.4 MODOS DE VER Y HACER**

Considerando que la “*intervención requiere estar respaldada por una teoría, para no moverse a ciegas, inconsciente de los efectos que produce, incapaz de reconocer límites y abrir posibilidades, criticar y perfeccionarse*” (Aquin N. , 1994), nos parece necesario plantear algunas concepciones para poder fundamentar nuestra estrategia de intervención.

En el proceso de intervención del trabajo social podemos reconocer los momentos de acción y reflexión de la práctica profesional: la definición del problema, objeto de intervención, la selección de alternativas de acción, la ejecución de acciones y la evaluación de las mismas; con el apoyo de la investigación social, los instrumentos de planificación, evaluación y técnicas de intervención, que se ofrecen como soportes teóricos y metodológicos orientados a proveer las herramientas científicas indispensables para su acción.

En tal sentido para conocer de manera general la problemática definida, buscamos y analizamos fuentes secundarias de información, como las producciones escritas realizadas por estudiantes de trabajo social años previos, bibliografías relacionadas al problema, historias clínicas de los sujetos internados, leyes nacionales y provinciales de salud, entre otras; para luego



ser adaptadas a este documento final. Y para conocer más específicamente las posiciones, representaciones, modos de actuar, estrategias de los sujetos involucrados en la problemática, tanto los que conviven con una enfermedad crónica no transmisibles como los profesionales de salud intervinientes llevamos adelante la búsqueda de fuentes de información primaria, a través de diversas técnicas o herramientas, como es la observación participante, ejecución de encuestas y entrevistas estructuradas, semiestructuradas y reconstrucción de historias de vida.

Para documentar, registrar y recolectar datos de las representaciones sociales utilizamos como herramienta fundamental el cuaderno de campo, y para tener por escrito las actividades realizadas durante todo el proceso producimos un informe de cada actividad, a partir de las cuales realizábamos una evaluación de cada línea de acción, sus logros, impactos y obstáculos.

En un primer momento para acercarnos y poder reconocer el espacio de intervención realizamos entrevistas a los profesionales que conforman cada servicio, con el objetivo de poder conocer cuál es su punto de vista en torno a los sujetos con ECNT y su adhesión al tratamiento.

Luego se realizaron encuestas a todas las personas que se encontraban en los dos internados, con el objetivo de poder acercarnos y obtener datos como es el género, generación, tiempo de internación, diagnóstico, lugar de residencia, edad, entre otros.

De los datos recabados en las dos instancias anteriores, pudimos dar cuenta que el tiempo que permanecían internados variaba de cuatro días hasta dos meses aproximadamente, dependiendo de la complejidad de la enfermedad. Debido a esto, decidimos realizar entrevistas en profundidad durante un mes, dos veces por semanas a aquellos que se encontraban internados, siendo imposible tener un seguimiento permanente de cada uno por el tiempo variado que transcurrían en el hospital. En estas entrevistas nos propusimos como objetivo conocer las diferentes dificultades/obstáculos respecto del tratamiento desde la percepción y representación de los sujetos, el énfasis estuvo puesto en recuperar la voz de los mismos.

#### ***4.5 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN***

Para llevar adelante la intervención planteamos un conjunto de estrategias, las cuales siguiendo a Cristina González (2001) se refieren a un conjunto teórico metodológico que operan como una guía de la actuación profesional, y de su análisis, *“dirigidas a resolver situaciones problemáticas de dichos sujetos en la reproducción cotidiana de su existencia”* (pág. 8). Planificar y definir estrategias presume una combinación de procedimientos, técnicas,

instrumentos operativos, que se articulan según un marco de referencia propio, unos objetivos y funciones, teniendo en cuenta las características de los sujetos, las condiciones sociales y la situación macro social.

Consideramos que toda estrategia de intervención comienza con la elaboración del diagnóstico, que aporte conocimientos acerca de la dimensión de lo real, y la construcción del problema a abordar, y que permita diseñar la planificación de la intervención a desarrollar y las líneas de acción a seguir.

Para su definición es necesario tener en cuenta los diferentes datos y análisis que se fueron realizando durante el proceso de inserción, y definición del objeto. Con el objetivo de modificar, mejorar, transformar las problemáticas, condiciones de vida y relaciones de los sujetos de nuestra intervención. Debemos tener una constante vigilancia del proceso de intervención, ya que no es estable, rígido, sino que es flexible y dinámico.

Entendemos que sólo ubicándonos desde una visión crítica, podremos intervenir en lo social para posibilitar el ejercicio de una acción socioeducativa vinculada a la desnaturalización y a la problematización de la situación por parte del sujeto, contribuyendo a la consolidación de una ciudadanía activa, en relación a la efectivización y toma de conciencia de derechos.

Luego de delimitar nuestro espacio de intervención al internado de clínica médica y cardiología y siempre planificando conjuntamente con el servicio social, nos propusimos:

**Objetivo general:**

Promover los procesos de adhesión al tratamiento de sujetos con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), mediante intervenciones de prevención secundaria en el internado de clínica médica y cardiología.

**Objetivos específicos:**

- Identificar a los sujetos que conviven con una/s ECNT, en el internado del Hospital Córdoba, durante el mes de octubre;
- Indagar la modalidad del tratamiento de los sujetos, según las prácticas y representaciones, manifiestas en sus relatos;
- Crear dispositivos para informar los derechos que tienen los sujetos que portan una ECNT., mediante la Ley 26.569;

- Construir un espacio de encuentro con los sujetos y familiares, para la escucha atenta de experiencias respecto de la organización y reproducción de su vida cotidiana ante la irrupción de una ECNT;

- Acompañar a la División del Servicio Social en sus diferentes intervenciones con ECNT.

Para abordar dichos objetivos llevamos adelante tres **líneas de acción**, que se fueron desarrollando de manera cronológica durante el proceso de intervención, con la intención de fortalecer la autonomía de los mismos a través del reconocimiento de sus derechos, potencialidades y habilidades. Estas líneas se basaron en:

- Conocer los sujetos que transitan el internado de clínica médica y cardiología para el reconocimiento de las representaciones y prácticas que llevan adelante en relación a la enfermedad y al tratamiento. Promoviendo una participación activa y escucha atenta de las experiencias en los talleres realizados.

- Promover el acceso a información clara y precisa respecto a los derechos que tienen como ciudadanos, con el fin de un empoderamiento y autonomía de su posición frente a la situación que están atravesando.

- Participación activa de jornadas de promoción y prevención de ECNT, en apoyo al Servicio Social.

#### ***4.5.1 FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS***

A partir de las funciones que desempeñamos y de los procedimientos puestos en práctica, es posible la implementación del plan de trabajo en un ámbito y/o contexto particular, siguiendo a Nora Aquin (2009) entendemos por funciones a *“la injerencia real de nuestra intervención en la modificación o redefinición del objeto que abordamos y por lo tanto el efecto concreto en la dinámica social”* (pág. 1).

En esta línea Cristina González plantea que el trabajador social desempeña su labor a partir de tres funciones que se ponen en acto, con mayor o menor énfasis, en cada estrategia de intervención profesional. Estas funciones son la organizativa, resolutive y educativa, en la cual en nuestra intervención llevamos a cabo las dos últimas mencionadas.

- **Función resolutive:** Refiere a la construcción, potenciación o transferencia de satisfactores acordes con la estructura de necesidades de la familia/unidad doméstica, y/o sujetos

que la conforman (Gonzalez & Nucci, 2005). Desde esta función, en un primer momento se realizaron acuerdos necesarios para poder acercarnos a los diversos actores que circulan por la institución, para conocer e involucrarnos en este espacio de intervención, con el fin de poder interactuar con los mismos y reconocer experiencias, representaciones y prácticas que tienen respecto a las ECNT.

En relación a esto se observó una constante desinformación, lo que nos llevó a crear un porta folletos para que los sujetos que transitan por el espacio, puedan acceder de forma directa e inmediata a diversos tipos de información, referidos a la promoción y prevención de la salud.

• **Función educativa:** Esta dimensión se centra en los capitales culturales y simbólicos de las personas, considerando sus representaciones y saberes sociales. La función educativa permiten al trabajador social reconstruir y recuperar el significado de las prácticas sociales de los sujetos y fortalecer sus saberes posibilitando a los mismos la resolución de necesidades y problemas, propiciar relaciones horizontales al interior de la unidad doméstica, cuestionar y criticar representaciones vigentes que son insuficientes para mirar el problema que se está viviendo, además aportar información de otros contenidos en el plano de la prevención (Gonzalez & Nucci, 2005).

En nuestra práctica profesional, según Nora Aquin (2009), la educación social, viabiliza la apropiación del conocimiento, de decisión, participación y transformación social por parte de los propios sujetos sociales.

La función educativa caracterizó nuestra intervención, posibilitando procesos de enseñanza-aprendizaje recíproca, recuperando e interpretando las representaciones y saberes cotidianos de los sujetos que conviven con una enfermedad crónica y de los diferentes acompañantes presentes, mediante la construcción de un aprendizaje en conjunto y de la participación activa de los involucrados, que a partir de sus propias necesidades, expectativas, experiencias y realidades promueven procesos educativos que producen un efecto en su modo de concebir la enfermedad y en su comportamiento cotidiano.

Por lo tanto nos permitió facilitar en cada encuentro con los sujetos un momento de escucha, intercambios de conocimientos, de reflexión y autonomía sobre sus prácticas.

Con el desarrollo de esta función, pudimos desarrollar un espacio de construcción, apropiación y recreación de conocimientos, mediante una jornada de sensibilización sobre los derechos del paciente y los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad, como así también compartimos medidas para la reducción de factores de riesgo de las diversas

enfermedades crónicas desde la prevención y promoción de la salud, con el fin de potenciar la capacidad de los sujetos en la búsqueda de alternativas o estrategias frente al problema de salud.

Al igual que se facilitó el acceso a una información clara y precisa por parte del equipo y de la misma institución, reconociendo el derecho que poseen como ciudadanos de recibir información sanitaria vinculada a su salud y que deben ser garantizados y respetados. Posibilitando que las personas involucradas puedan reconocerse como sujetos de derechos, y pensarse como merecedores de respeto y trato digno por parte de todos/as y en particular de los/as profesionales de la salud del Hospital Córdoba.

Para llevar adelante este proceso realizamos diferentes procedimientos, desde Cristina González (2001) son *“una serie de actos que predeterminan un curso de acción y la manera de ejecutar un trabajo”* (pág. 5). En las acciones realizadas por los trabajadores sociales se identifican la gestión, promoción, prevención y dilucidación. En este conjunto de actos se incluyen las técnicas e instrumentos operativos para llevar adelante nuestra estrategia de intervención.

En un primer momento, en apoyo al área del servicio social, llevamos adelante un acompañamiento a las acciones de **gestión** de los profesionales, como fue corroborar datos por medio del ANSES, de coberturas de obra social, esclarecimiento de información en cuanto requisitos para acceder a algún servicio, como así también tuvimos participación en la atención de demandas junto al equipo.

En cuanto a nuestro sujeto de intervención, a partir de cada encuentro que se realizaba surgían dudas en relación a pasos a seguir para poder dar inicio a diferentes tramites, como la pensión no contributiva, los requisitos necesarios para acceder a medicamentos; y para la gestión de cualquier otro recurso les recomendábamos acercarse al área de servicio social, para realizar consultas.

En tal sentido entendemos que gestionar significa arbitrar los medios para la obtención, recreación o defensa de algún recurso, es decir que significa mediar o intermediar, resolver una situación dada, llevando adelante distintas operaciones, como es la de informar, tramitar, entrevistar, organizar, entre otros (Gonzalez C. , 2001).

De igual manera realizamos acciones de **promoción**, que conlleva a la formación de determinados conocimientos y representaciones. En el campo de la salud:

Permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca un amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la misma, y la

calidad de vida mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de la salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. (OMS, 2016)

Durante el año llevamos adelante actividades de promoción, en relación a estilos de vida saludable, factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad, información con respecto al cuidado que se debe tener para poder prevenir enfermedades crónicas, como evitar que aquellas personas que ya conviven con una no se complejice aún más. Dicha acción se relaciona de manera directa con la **prevención**, ya que brindando información con respecto a las posibles consecuencias de una situación o enfermedad puede inferir en las conductas de los sujetos, mejorando o transformando su bienestar.

En cuanto al proceso de **dilucidación**, fue uno de los centrales desde el inicio y finalización de nuestras prácticas, ya que nos permitió problematizar, desnaturalizar y esclarecer las situaciones y representaciones que poseen los sujetos, y tener en cuenta el contexto en el que están insertos para llevar adelante nuestro plan de trabajo de manera crítica en relación a la comprensión de las acciones respecto a sus necesidades.

#### ***4.5.2 DESCRIPCION DE LAS ESTRATEGIAS REALIZADAS***

Para llevar a cabo nuestros objetivos y líneas de acción, definimos diversas estrategias de intervención, realizadas en el área de servicio social, en el internado de clínica médica y cardiología, y en organizaciones externas al hospital, teniendo en cuenta las posibilidades que se brindaron en cada espacio. Las estrategias fueron:

##### **Acercamiento a los sujetos:**

###### ➤ Encuestas

Para un primer acercamiento con los sujetos realizamos en el mes de septiembre del año 2017 un total de 35 encuestas, con el objetivo de reconocer tanto aspectos sociales, económicos y culturales, como el estado de salud por el cual atraviesan. Nos centramos específicamente en recaudar datos como sexo, edad, procedencia, actividad laboral, escolaridad, redes familiares, estado de salud actual, entre otras. Fueron realizadas a 22 hombres y a 13 mujeres con edad entre los 18 y 65 años, que se encontraban en las salas del internado de clínica médica y cardiología.

Esta estrategia nos permitió poder hacer un reconocimiento de los mismos, adentrarnos al problema y delimitar prácticas y representaciones en relación al problema de salud y al tratamiento, los cuales fueron utilizados para la realización de entrevistas.

###### ➤ Entrevistas:

Luego de un primer contacto, nos propusimos llevar a cabo entrevistas, considerando que es un instrumento clave en nuestra profesión, ya que nos permiten, según Susana Cazzaniga (2001) “*conocer la trayectoria del sujeto y a la vez producir la autorreflexión de ese sujeto sobre su vida*” (pág. 7).

Para este proceso consideramos pertinente realizar entrevistas en profundidad, diseñamos un guion en el que planteamos un objetivo y ejes a abordar a fin de esclarecer los temas a tratar, administrar los tiempos, distinguir cuestiones relevantes, y evitar dispersiones por parte de los entrevistados.

- Nuestro objetivo fue conocer las dificultades/obstáculos en el tratamiento desde la percepción y representación de los sujetos e indagar la historicidad del proceso de la enfermedad crónica.

- Nos enfocamos en cuatro ejes para llevar adelante dicho objetivo:

1. Datos personales;
2. Trayectoria de la enfermedad;
3. Tratamiento;
4. Redes sociales y familiares.

Antes de la realización de dichas entrevistas creímos necesario poder recabar información de los sujetos internados, mediante la indagación de historias clínicas, informes por parte del servicio de enfermería, dialogo con profesionales de los servicios, y asesoramiento por parte del área de trabajo social.

Durante el mes de octubre y hasta mediados de noviembre del año 2017, con la intención de profundizar los ejes mencionados anteriormente realizamos un total de 26 entrevistas entre los dos internados, a 17 hombres y 9 mujeres, con una duración aproximada de 40 minutos. Mediante esta pudimos recoger datos como: residencia, género, generación, situación laboral, trayectoria educativa, de salud, diferentes factores que inciden en la misma, prácticas y representaciones en cuanto a las ENCT y su tratamiento, obstáculos y dificultades, organización familiar y sus estrategias, entre otras. Todos estos datos están descriptos y analizados en el capítulo 3.

Tuvo como finalidad recuperar con el sujeto sus condiciones de vida, prácticas cotidianas y las significaciones que les otorgan.

### **Acompañamiento al servicio social en actividades:**

Durante los meses de práctica, realizamos diversas tareas con el fin de apoyar a las actividades llevadas adelante por el área de Servicio Social, en conjunto o no, con otros servicios.

- El 30 de mayo se realizó una jornada especial en el Hospital por el “Día del donante de órganos”, con el fin de promover y promocionar la donación de órganos, generar conciencia sobre su valor, y reflexionar su importancia, considerando que cada trasplante que se realiza en el país es posible gracias a la participación de la sociedad, representada en el acto de donar, a la intervención de los establecimientos hospitalarios, y a los organismos provinciales pertenecientes al sistema sanitario argentino.

Para la realización de esta actividad se trabajó activamente y en conjunto con algunos servicios, tanto en la planificación como en la ejecución de la misma. Se llevaron adelante: registro de participantes y nuevos donantes, asesoramiento e información, stand de folletería, radio abierta en la que se realizaron entrevistas a sujetos trasplantados.

- El 31 de mayo participamos en un ateneo sobre “De la donación al trasplante”, realizado en el aula magna de la institución, con la participación de profesionales, residentes y estudiantes de los diferentes servicios; donde se expuso sobre el funcionamiento de los organismos que llevan adelante el proceso de trasplante, tanto a nivel nacional a través del INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante), y a nivel provincial el E.CO.D.A.I.C. (Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba) como así también se trabajó sobre el Programa Córdoba Procura. Se mencionó como se realiza un proceso de donación teniendo en cuenta los ejes en la intervención, y se expuso sobre la Ley De Trasplante de Órganos y Tejidos n° 24.193 y n° 26.066.

- El 9 de junio se realizó un “Entrenamiento en comunicación en situaciones críticas: ¿Cómo dar malas noticias?”, en este ateneo se trabajó sobre la comunicación masiva e interpersonal en salud, lo que genera una mala noticia, tanto como a los profesionales de la salud, al sujeto y sus familiares, las características de las crisis, relaciones de ayuda, técnicas en comunicación verbal y no verbal, entre otros.

- El 28 de junio participamos de la “capacitación sobre calidad” en el aula magna, ya que la institución está llevando adelante el proceso de acreditación de calidad hospitalaria, con el fin



de garantizar la presencia de condiciones básicas de calidad y seguridad y respeto por los derechos del paciente. En este encuentro se trabajaron los estándares que están fijados en el manual del ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) que cada servicio debe alcanzar.

- En el mes de septiembre se planificó una jornada llamada “Semana del corazón” en conjunto con algunos profesionales de nutrición, cardiología y kinesiólogía con el fin de conmemorar el Día Mundial del Corazón. Participamos activamente en tres instancias:

En un desayuno compartido en el cual se dio un taller con sujetos que se encontraban en el internado de cardiología, se expuso sobre el trasplante de corazón, para informar y asesorar los pasos, cuidados, rehabilitación y diversos factores que influyen para que este sea exitoso.

En esta actividad nos encargamos en un principio de transmitir e invitar en el servicio la fecha de la misma y promoverla a través de cartelería; en el taller contribuimos a la preparación del espacio generando un ambiente más agradable; como así también nos propusimos dar a conocer cuáles son los factores de riesgo que están a su alcance para ser modificados, a través de un cartel que comunicaba y representaba por medio de dibujos los cuatro factores seguidos por el lema: mové tu corazón, protege tu corazón, cuida tu corazón y alimenta tu corazón, con el fin de promover el cuidado de la salud.

Se dio un espacio en la que los profesionales y estudiantes propusieron alternativas y estrategias teniendo en cuenta las experiencias compartidas por los sujetos, problematizando y reflexionando en conjunto sus prácticas cotidianas.

En segunda instancia presenciamos un taller sobre “determinantes cardiovasculares en la salud de la mujer”, organizado específicamente por el servicio social como una actividad de prevención extra institucional. Se realizó en la Sala Cuna del barrio Villa Azalais, en el que fue invitado un médico del servicio de cardiología, el cual expuso los factores de aumento de riesgo cardiovasculares específicamente en el género femenino, se abrió un espacio de intercambio de preguntas y respuestas entre los profesionales y participantes. Esta intervención tuvo como objetivo evitar de manera anticipada alguna situación desfavorable o daño en la salud, a partir de la información brindada y entrega de folletería a las diferentes mujeres.

Para finalizar la semana del corazón se organizó en el hall principal del hospital una jornada de “consultas interdisciplinarias”, en donde se prepararon diferentes puestos, para la realización de controles, consultas, asesoramientos y encuestas. Se pudo trabajar en conjunto con los diferentes profesionales, residentes y estudiantes, del servicio de cardiología, diabetes, nutrición,

servicio social, kinesiología, y otros que se fueron integrando a la actividad. Específicamente participamos en la realización de encuestas socioeconómicas y sanitarias a todos los sujetos que se acercaban a la jornada, con el fin de registrar y recaudar datos en relación a características de los mismos.

- En el mes de noviembre participamos como oyentes de los ateneos de “Red de infarto” y del “II encuentro de trasplantes del hospital Córdoba: bioética y trasplante”.

- En el marco de la conmemoración de la lucha contra la obesidad y del Día Mundial de Diabetes se planificó desde el Servicio Social una actividad de extensión mediante actividades de promoción y prevención para la sensibilización de la comunidad sobre los efectos que tienen en la salud estas problemáticas, en la que participaron profesionales de Diabetes y kinesiología. Dicha actividad se realizó el 22 de noviembre en el Comedor “las ardillitas” ubicado en barrio Bajo Pueyrredón, con el objetivo de socializar cuáles son los factores que influyen en el proceso de salud/enfermedad, sensibilizar sobre los hábitos saludables y cuidados alimentarios y brindar información respecto a los diferentes programas con los que cuenta el Hospital Córdoba.

Se llevó adelante una charla sobre las enfermedades crónicas, cuáles son los factores sociales que influyen en el proceso salud/enfermedad, y como el Hospital aborda las mismas en su estado complejo, los cuidados alimenticios y hábitos saludables que deben tener en cuenta para prevenir o disminuir dichos factores, principalmente de obesidad y diabetes. Se dio lugar también para una socialización sobre cuáles son los mitos y verdades que se construyen en la sociedad sobre los ejercicios físicos, y cuáles son las actividades que favorecen a la disminución de los factores de riesgo.

### **Talleres:**

En nuestra última instancia de intervención para la concreción de los objetivos definidos en el plan de trabajo, consideramos necesario proponer y llevar a cabo talleres, como metodología utilizada, ya que es un dispositivo de trabajo con grupos, el cual permite un espacio para la producción colectiva de aprendizajes, a partir del diálogo, de experiencias y saberes, basado en el protagonismo de los participantes, buscando la generación de conocimientos y la transformación de una situación; procurando una integración teórica y práctica, siendo de soporte para el desarrollo de un proceso educativo (Cano, 2012).

Dichos talleres los realizamos en el marco de una **“Jornada de sensibilización sobre los derechos del paciente y los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad”**, considerando la importancia de tomar medidas para la reducción de factores de riesgo de las diferentes ECNT. Nos propusimos como objetivos:

General:

Desarrollar dispositivos de prevención y promoción secundaria de las enfermedades crónicas no transmisibles a los sujetos que se encuentran internados en los servicios de Clínica Médica y Cardiología del Hospital Córdoba.

Específicos:

- Construir un espacio de encuentro para la escucha atenta y compartir experiencias respecto a la organización y reproducción de su vida cotidiana ante la irrupción de la enfermedad.
- Socializar factores sociales (económicos, culturales, estilos de vida, condiciones laborales, acceso a los servicios de salud) que influyen en los procesos de salud-enfermedad y en el tratamiento según sus experiencias personales.
- Informar los derechos de los sujetos y sus familias al ingresar al hospital, retomando la Ley 26.529.

La jornada se llevó adelante en dos instancias, realizadas en el internado de clínica médica y cardiología, eligiendo estratégicamente el turno tarde, ya que es el horario donde disminuye el movimiento de personas. Para ambas actividades difundimos por medio de carteleras la fecha y horario en las salas de los internados.

❖ Clínica Médica:

En este espacio decidimos realizar la intervención sala por sala (cuatro en total), debido que algunos de los sujetos se encontraban con dificultades para movilizarse por las diversas problemáticas de salud que estaban atravesando. Los espacios estaban integrados por tres o cuatro internados más algún acompañante. Cada intervención duró aproximadamente entre 25 y 30 minutos.

La misma se efectuó el día 5 de diciembre, en un primer momento realizamos la presentación de nuestra referente, que nos acompañó, de nosotras, un breve resumen del porqué de nuestra asistencia en el internado y cuál era la problemática que estábamos abordando. Nos propusimos iniciar el dialogo a partir de la presentación de ellos, con preguntas disparadoras,

para que pudieran compartir experiencias, vivencias, cambios, organización y estrategias que tuvieron que llevar adelante luego de la aparición y el transcurso de su problema de salud. Esta técnica nos permitió poder profundizar y trabajar detenidamente sus prácticas y representaciones.

Luego de lo socializado, consideramos importante compartir cuáles son los factores sociales que influyen en las ECNT, y trabajar sobre algunos aspectos de la Ley 26.529. Dichas temáticas serán profundizadas en el siguiente punto.

❖ **Cardiología:**

A diferencia del internado de clínica médica, consideramos relevante realizar la actividad en conjunto, en el hall del internado, proponiendo así un espacio para ellos, con la intención de que sea un encuentro ameno en el cual puedan encontrarse con sujetos que están atravesando situaciones similares. En el mismo participaron 11 personas, 9 internados y 2 cuidadores, tanto hombres como mujeres. El taller tuvo una duración aproximada de una hora y media.

Se llevó adelante el día 7 de diciembre, comenzamos con una presentación del equipo, los motivos por los que estábamos realizando dicha actividad, y de los sujetos participantes.

Propusimos como actividad anotar según sus experiencias un factor que este a su alcance para ser modificado, comenzando con la pregunta ¿Cómo podemos mejorar nuestra calidad de vida?, para luego pegarlo en un afiche y compartir entre todos/as las diferentes opiniones, estrategias y formas de organización. Remarcando que hay otros factores que no están a nuestro alcance para poder modificarlos directamente, pero que es necesario tenerlos en cuenta, ya que influyen en nuestro estado de salud.

En este encuentro se buscó reflexionar sobre las representaciones sociales y prácticas, para llegar a nuevas formas de pensarse y representarse como sujetos que conviven con ECNT, remarcando la importancia de la aceptabilidad y responsabilidad de la misma y lo que ello conlleva.

Al igual que el anterior taller, para finalizar compartimos diferentes aspectos de la Ley 26.529.

Los temas abordados en ambos talleres fueron:

- Factores sociales que influyen en el proceso salud/enfermedad, como los económicos, culturales, estilos de vida, condiciones laborales, acceso al servicio de salud, entre otros. Entre ellos se encuentran los modificables, que están a nuestro alcance: alimentación,

actividad física, consumo de alcohol y cigarrillo. Y los no modificables directamente: el servicio de salud, medio ambiente, contexto social y condición biológica;

- Estrategias individuales y familiares; □ Salud como derecho;
- Ley 26.529 “derechos del paciente en relación con los profesionales de la salud”.

Específicamente trabajamos el derecho:

- A ser asistido/a por los profesionales de la salud, sin importar sexo, raza, religión, orientación sexual, condición socio-económica.
- A un trato digno y respetuoso, según convicciones personales, morales, condiciones socio-culturales, de género, cualquier sea el padecimiento que presente. Tanto a él/ ella como a su familia.
- A la intimidad a él/ella mismo/a y confidencialidad de la documentación.
- A la autonomía de aceptar o rechazar procedimientos médicos o biológicos.
- De recibir información sanitaria vinculada a su salud.
- De recibir una segunda opinión sobre su diagnóstico y tratamiento.
- Un consentimiento informado: recibir información clara, precisa y adecuada.
- La historia clínica, la cual debe ser única, inviolable e integral, y accesible para quien la solicite.

#### **4.5.3 ANALISIS DE LAS ESTRATEGIAS**

En este apartado plantearemos un análisis en torno a los obstáculos, limitaciones, logros e impactos que se nos presentaron en el desarrollo de las estrategias anteriormente abordadas.

Con respecto al momento del **acercamiento de los sujetos de nuestra intervención** mediante **encuestas y entrevistas**, pudimos observar un desconocimiento de los mismos con respecto al problema de salud por el cual atraviesan. Ya sea por información poco clara en torno a su situación, a las causas, a las intervenciones realizadas y a realizar y al tratamiento, o por las diversas dificultades que se les presentan para comprender en su totalidad la información dada por el equipo.

En este momento se pudo analizar que en general se encuentran en un período de no aceptación de la nueva situación de salud, en relación a la dificultad de cambiar la visión que tienen sobre ellos mismos, sobre su imagen personal y social por las diversas transformaciones que se dan en el cuerpo y modificaciones de roles debido a la enfermedad.

Dichos sujetos conviven con diversos juicios de valor por significaciones que la sociedad deposita sobre ellos, por etiquetas y representaciones estereotipadas y desacreditadas a los que están sometidos. Creando así cargas valorativas negativas y significados que no solo están impuestas por la sociedad sino que son naturalizadas por los mismos, produciendo una auto marginación y exclusión, relacionadas a su apariencia física y sus roles sociales.

En torno a la enfermedad pudimos constatar que poseen diferentes formas de vivir, sentir y transitarla, por un lado aquellos que parecen aceptar la enfermedad, llevan adelante estrategias tanto individuales como familiares para hacer frente a los nuevos cambios, y al tratamiento, sobrellevando los obstáculos que se les presentan, ya que el convivir con una enfermedad no solo genera dificultades sociales y culturales, si no que a su vez aspectos económicos, incidiendo directamente en la obtención de recursos que necesitan para poder sostener la reproducción cotidiana del grupo y el tratamiento. Por otro lado se encuentran aquellos que se les presentan dificultades para poder adaptarse a la nueva situación, en relación específicamente a los cambios que debe realizar en su cotidianeidad, provocando un estado crítico de la enfermedad, ya que llevan adelante estilos de vida saludables a corto plazo.

Interpretamos que se perciben como meramente asistidos por algunos profesionales de la salud, atravesados por el enfoque biomédico, no los reconocen como sujetos de derechos, y con la autoridad para decidir sobre cuestiones que incumben a su propia salud.

Asimismo se reconocen obstáculos en la comunicación entre los sujetos y los efectores de salud, generando una escasa información y poca claridad, ya que el lenguaje técnico utilizado por los profesionales impide las posibilidades de comprender y mejorar las conductas en el cuidado de su salud y poder adherirse al tratamiento.

Es por esto que consideramos importante poder dar visibilidad la Ley 26.529 y a los determinantes sociales que inciden en el proceso salud/enfermedad. La posibilidad que tienen de desarrollar sus actividades cotidianas y los cambios que la nueva situación genera en cuanto a dedicarse y decidir sobre el cuidado de la propia salud, a desenvolverse a nuevos espacios sociales, con nuevas normas y exigencias, supone una posición **autónoma** para poder orientar sus capacidades y potencialidades, y alcanzar una mejor calidad de vida.

En cuanto al **acompañamiento del área de servicio social** y las jornadas realizadas pudimos reconocer la importancia de la función de promoción, prevención y socioeducativa que llevan adelante los trabajadores sociales en el tercer nivel de complejidad, ya que estos procesos generan en los sujetos que transitan por el hospital puedan reconocerse como defensores de la

salud propia y colectiva; entendiendo que la incorporación de conocimientos es indispensable para poder implementar nuevas prácticas y estrategias para mejorar su calidad de vida. Estos procesos contribuyen a una intervención interdisciplinaria, permitiendo el juego de los diferentes saberes y aportes de cada profesión, abordando los problemas de salud desde una mirada integral, en contraposición al modelo médico hegemónico que está fuertemente instalado en el hospital y en algunos profesionales.

En relación a las intervenciones extra institucionales, consideramos la importancia de la promoción y prevención, que se llevaron adelante, pudiendo llegar a aquellas personas que no tienen acceso a cierta información, ya sea porque su barrio no cuenta con algún centro de salud o porque desconocen a qué lugar deben asistir para tratar un determinado problema.

Pudimos observar que estos espacios es uno de los pocos en donde se da un trabajo en conjunto, ya que en la atención cotidiana de los trabajadores de la salud en los servicios, específicamente de clínica médica y cardiología, está fuertemente sectorializada y fragmentada, por las posturas ideológicas de dichos profesionales, obstaculizando el desarrollo de una intervención interdisciplinaria, impidiendo y limitando que se garantice el derecho humano básico de salud integral a los sujetos.

En torno a los **talleres**, con respecto a la disposición del espacio, específicamente en clínica médica se nos presentaron diversas limitaciones, ya que los sujetos se encontraban muy alejados entre sí por la ubicación de las camas, esto nos dificultó hacer una observación a todos/as por igual; algunos estaban acompañados/as por familiares, cuidadores, lo que generó un ambiente de dispersión al comienzo. A través de la implementación de técnicas pudimos sortear la situación y finalizar los talleres con la atención y participación de cada uno de los sujetos presentes de manera individual y poder tratar algunos aspectos de la Ley.

En cuanto a cardiología, en un primer momento, se nos presentó como obstáculo poder reunir a las personas que se encontraban en las salas para que concurrieran al hall en donde se realizaba el taller. Una vez que asistieron se pudo lograr un espacio de participación, reflexión, diálogo e intercambio de ideas y experiencias. Lo que permitió un encuentro entre los mismos, ya que estaban atravesando situaciones similares, y a la vez un reconocimiento de ellos como sujetos de derechos.

En torno a la pregunta disparadora ¿Cómo podemos mejorar nuestra calidad de vida? Pudimos analizar que en los dos espacios de intervención se presentaron discursos en torno a una buena alimentación, actividad física y toma de la medicación. Estas representaciones y prácticas

son adquiridas, interiorizadas y reproducidas en la sociedad, los cuales consideran que son los únicos que pueden influir en su estado de salud, sin tener en cuenta que hay otros factores sociales que también inciden.

A través de lo puesto en común, experiencias compartidas, preguntas y repreguntas, se generó un espacio de reflexión y aprendizaje en torno a los factores que están a su alcance de ser modificados. Entendiendo que la salud es la capacidad de lucha individual y social, en donde los mismos a partir de sus acciones pueden ir sorteando aquellas situaciones que limitan la vida, considerándolos como sujetos insertos en un contexto social, donde establecen relaciones, y reproducen su vida cotidiana, que inciden y condicionan su salud y los procesos de enfermedad.

Es por ello que contribuimos al fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas. Llevamos adelante actividades de promoción y prevención, mediante la divulgación de información científica, recomendaciones normativas, cambios de hábitos, para hacer frente a los condicionantes que inciden en la salud. Debido al desconocimiento por parte de los participantes de la Ley 26.529, decidimos visibilizarla, a través de los talleres y la elaboración de un folleto en el que se presentaba de manera escrita aspectos de la misma, los cuales trabajamos en profundidad y con ejemplos en ambos talleres, lo que generó en los sujetos un descubrimiento de sus derechos en relación con los profesionales de la salud, y un reconocimiento de la vulneración de los mismos.



## APRENDIZAJES Y CONSIDERACIONES FINALES

Nuestro proceso de intervención estuvo cargado de desafíos y aprendizajes, que construimos, pensamos y reconstruimos en el transitar de los diversos espacios de la institución, en los diálogos con los sujetos, los profesionales del equipo de salud, referentes institucionales y docentes formadores de nuestra profesión.

Entre ellos podemos mencionar:

- El logro de cierta autonomía en cuanto a elegir nuestro espacio de intervención, el campo, problemática y sujetos, a desenvolvemos tanto en el Servicio Social como en la institución en sí, y en la planificación de nuestras actividades y propuestas.
- Desplegar habilidades y capacidades de adaptación y resolución frente a situaciones que fueron surgiendo a lo largo del proceso de intervención, nos permitió redefinir estrategias y objetivos de trabajo, y poder continuar con la misma.
- Posicionarnos desde un lugar crítico y reflexivo, incidiendo en la manera de pensar, analizar y actuar en la institución y con los sujetos, además permitiéndonos realizar una constante revisión de los marcos conceptuales que guiaron nuestro proceso.
- Construir, a partir de las instancias que compartimos con los sujetos, un espacio de escucha atenta de historias, trayectorias de vida, experiencias y formas de pensar, sentir y transitar el problema de salud, considerándolos como sujetos de derechos, libres y autónomos.
- Y por último nos parece importante mencionar que en el transcurso de la intervención y el contacto directo con las personas aprendimos a reconocernos como diferentes, con funciones distintas y así poder realizar una lectura y análisis crítico de sus realidades.

Desde las experiencias vividas, lo abordado en el proceso de nuestra tesina, y a través de encuestas, entrevistas en profundidad, registro de campo, de evento, y observación de talleres, nos proponemos desarrollar en los siguientes párrafos tres ejes analíticos que atraviesan a los sujetos en su tránsito frente a un diagnóstico de ECNT.

1- En relación a las **resistencias al diagnóstico** pudimos analizar, cuando los sujetos se enfrentan con la nueva situación se genera una dificultad en relación a la aceptación del problema de salud y a las diversas transformaciones que se van a ir produciendo no solo en su cuerpo sino en su ámbito familiar, social, cultural y económico, además no solo interviene

esto, sino también la carga simbólica que sufren por poseer una enfermedad crónica en esta sociedad.

Por lo tanto también lo que influye a la resistencia es la constante estigmatización que se reproduce en el medio social, ya que esta provoca una mirada negativa a sí mismos por el convivir con una enfermedad, afectando su autonomía y produciendo limitaciones para desenvolverse de manera activa frente a la situación.

2- Pudimos constatar que presentan diversas **dificultades económicas, sociales y culturales**, que inciden directamente en el proceso salud/enfermedad. A través de lo abordado en las instancias observamos, por un lado, las limitaciones que presentan los sujetos de contar con un ingreso económico estable, la mayoría se encuentra desocupado o posee algún tipo de trabajo informal por un breve tiempo, esto repercute en la obtención de recursos materiales que permita la subsistencia en la enfermedad; y por otro se pudo identificar un escaso acceso de información y conocimientos, lo que lleva a un desconocimiento de algunos aspectos de su situación de salud, limitando las formas de entender y llevar adelante la misma, y por lo tanto al tratamiento, generando una naturalización de su condición como “enfermo”, en la que asume una posición pasiva y reproduce las representaciones que circulan en el contexto que lo rodea.

3- En relación a los **acercamientos y distanciamientos del tratamiento**, pudimos reconocer que existen diversos aspectos:

- Según la disponibilidad y accesibilidad de las personas a instituciones de salud, que le corresponden garantizar el estado, debe permitir la asistencia a controles médicos y la adquisición de medicamentos necesarios, se puede generar o no un seguimiento de la enfermedad, ya que en diversas ocasiones el acceso a las mismas no conforma la asistencia que requiere un determinado problema de salud, muchas veces a causa de la no disponibilidad de recursos materiales, humanos, técnicos, entre otros. Por lo tanto repercute de forma directa como obstáculo para la adhesión y/o seguimiento de un tratamiento.
- El contexto cultural, social y económico en el que se encuentra el sujeto va a determinar e incidir en las formas de vida que adopta cada uno, y en el modo en que va a llevar adelante el problema de salud.
- Otro aspecto a tener en cuenta son los niveles socioeducativos que posee cada uno, repercuten en los modos de aprender y significar la enfermedad, en este se pone en juego el capital cultural que adquirieron en su trayectoria de vida, lo que va a permitir tener un mayor o menor conocimiento para desarrollar distintas

prácticas que transformen su estado de salud. Reconocemos que parte de la información que brindamos en las distintas intervenciones ampliaron en cada uno de ellos parte de ese capital, contribuyendo a la problematización de aquellos conocimientos que poseían como únicos e indiscutibles.

- Por último, las limitaciones, obstáculos y dificultades que genera la irrupción de una ECNT para continuar inserto en el mercado laboral formal e informal, repercuten en el deterioro de las condiciones de vida, ante esto los mismos priorizan lo más urgente, subsistir a las situaciones cada vez más desfavorables que deben enfrentar, por ello desarrollan diversas estrategias individuales y familiares, en las que prevalece la generación de ingresos económicos que procuren mantener y no empeorar su forma de vida adoptada.

A modo de cierre consideramos que el proceso de intervención ha buscado contribuir al análisis y reflexión del ejercicio profesional del trabajo social en relación al ámbito de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, entendidas como un problema de salud, reconociendo los obstáculos y demandas que se les presentan a los sujetos que conviven con alguna/s a través de la escucha atenta.

Entendemos que las ECNT persisten en el tiempo, acompañan e inciden en todos los ámbitos de la vida de la persona, generando limitaciones físicas y dificultades económicas, emocionales y sociales para poder llevar adelante su proyecto vital. Estas retoman distintos significados en cada sujeto, colocándose muchas veces en una posición pasiva y vulnerable.

A partir de esto y en relación a nuestro objeto de intervención, objetivos y líneas de acción, nos propusimos, reconocer cuales son las dificultades que se les presentan a través de las prácticas y representaciones que poseen en torno a la enfermedad y los modos de llevar adelante un tratamiento. Pudimos reconocer que los cambios sociales y corporales que produce una enfermedad modifican significativamente las áreas de la vida de los mismos. Se pudo constatar la necesidad de obtener información clara y precisa, por su parte como de sus cuidadores/as, en cuanto a la enfermedad con la que conviven y al tratamiento que deben llevar adelante, lo que hizo notorio el escaso conocimiento e implementación de la Ley 26.529.

En tal sentido, con la difusión y visibilización de la Ley 26.529 “Los derechos del paciente en relación con los profesionales de la salud”, se procuró su promoción a través de las diferentes intervenciones y acercamientos que tuvimos, en las entrevistas y talleres realizados, tanto en el

internado de clínica médica como de cardiología. En cada instancia de encuentro los sujetos manifestaron el desconocimiento que poseían, tomando una actitud pasiva, entendiendo que en su estado de salud no son competentes para pedir información, obtener los servicios y atenciones que necesitan, sosteniendo que son una carga y que a ellos solo les brindan una ayuda. Esto se produjo en cada dialogo con los mismos. Consideramos que cada intervención de promoción y prevención provocó un reconocimiento y empoderamiento de sus derechos, además del asombro que demostraron, pudieron comprender su responsabilidad y autonomía en las decisiones que tienen respecto a las intervenciones en su cuerpo, el tratamiento, y como vivir y transitar un problema de salud según sus deseos. Asimismo se pudo destacar el interés de poder acercar y dar a conocer la folletería sobre la ley a sus redes, familiares, amigos y vecinos.

De la atenta escucha de los sujetos y sus cuidadores consideramos que el encuentro y participación activa que se generó en los espacios fue importante para poder compartir las experiencias y los modos de transitar la enfermedad, como también las diversas estrategias de reproducción social que llevan adelante. Manifestaron lo reconfortador que es poder participar en espacios donde se encuentran con otros, donde cada uno puede dar a conocer como sienten y significan el convivir con una ECNT. Por lo tanto se contribuyó a su reconocimiento como ciudadanos con derechos, ampliando su capital cultural y social, en lo que pudieron problematizar, replantearse y poder romper con algunos estereotipos y representaciones sobre las personas que poseen una enfermedad.

Por lo tanto consideramos que trabajar los factores sociales como determinantes del proceso salud/enfermedad nos permitió poder seguir con la deconstrucción de entender a la salud como algo meramente biológico; en tanto a ellos/as pudieron reconocer que no solo inciden en su situación de salud dicho factor sino que hay otros que también entran en juego, como son los culturales, estilos de vida, condiciones laborales, acceso a los servicios de salud, entre otros. Creemos que a partir de las intervenciones y nuevos aprendizajes adquiridos generaron un proceso de desnaturalización a lo establecido y nuevas herramientas para llevar adelante su reproducción cotidiana.

Si bien, en nuestro espacio de intervención se desarrolla y está fuertemente consolidado el modelo médico hegemónico en donde ya están instituidas prácticas, lenguajes, códigos, y formas de entender la salud, reproducidas por la mayoría de los profesionales, se encuentran otros que disputan sobre la reivindicación de este modelo. Consideramos que no debemos perder la dimensión ética que nos formó a lo largo de la carrera, con un posicionamiento crítico

de aquello que esta meramente instituido en los espacios que transitamos y con las personas que trabajamos, el requerimiento de una constante revisión epistemológica del conocimiento y sobre todo el compromiso que asumimos con los derechos humanos, aunque esto no sea una tarea fácil.

Es por ello que dedicamos una sección de este trabajo para demostrar que las representaciones sociales que tienen algunos profesionales de la salud con respecto a los sujetos que acceden al Hospital Córdoba, se constituyen, muchas veces, en prejuicios que orientan sus prácticas, vulnerando aún más la posición en la que se encuentran. Por lo tanto en el desarrollo de este escrito mantenemos y los/as concebimos como **sujetos con derechos**, reconociendo que para generar cambios hay que abordar la problemática de una manera integral y crítica de la salud.

En este sentido nos parece pertinente resaltar que si bien las intervenciones interdisciplinarias no son una constante en los servicios, puede ser impulsora de cambios y transformaciones al interior de los grupos de profesionales, logrando atenuar las diferencias y trabajar en conjunto. Permitiendo, no solamente ampliar el campo de conocimientos de las disciplinas y principalmente de nuestra profesión, si no también abordar a la salud de los sujetos en equipo y generando un mayor uso eficaz de recursos y capitales con los que cuenta cada profesional y la institución.

Cabe destacar que el Hospital se encuentra en un proceso de acreditación de calidad en cuanto a los servicios, recursos y formas de atención que brinda. Actualmente se encuentra en funcionamiento la Comisión de Calidad en la que participan profesionales de cada servicio, en general jefes de los mismos; en cuanto a la folletería diseñada e implementada la jefa del Servicio Social la presento en dicha comisión, en la que los miembros se presentaron muy conformes de los aspectos trabajados sobre la ley. A partir de esto se decidió que forme parte de la difusión e implementación de la misma, la cual no se encontraba visibilizada en la institución, a pesar de que es un aspecto elemental para su acreditación.

Si bien el Estado, a través de la Ley 26.529, se hace presente de cierta manera en el campo de la salud pública, consideramos que una de las principales tareas o deber del equipo de salud es conocer, trabajar, implementar y difundir cada aspecto de la Ley a todas las personas que transitan por el espacio, y por lo tanto reconocerlos como portadores de derechos; es a través de ellos que se lograra una efectiva implementación de la misma, posibilitando la superación,

modificación o transformación de las situaciones problemáticas existentes, que contribuyen a la vulneración del derecho a la Salud.

Por otra parte, a partir de la ausencia del estado en cuanto a la creación de políticas públicas que reduzcan la responsabilidad y carga que afrontan las familias que están compuestas por un integrante que convive con una ECNT; consideramos que se deben llevar adelante, por un lado, políticas públicas desfamiliarizadoras que disminuya la dependencia del bienestar del individuo a sus redes familiares y no tengan como objetivo fortalecer las funciones que cumplen las familias. Al igual que permitan el aporte en conjunto de todos los actores, como el mercado, el Estado y la comunidad, para así alivianar la carga que implica el cuidado y la total responsabilidad de sus miembros. Esta corresponsabilidad del cuidado permitiría la desnaturalización de la familia como su “proveedora exclusiva” (Gonzalez, Ortiz Ruiz, & Larrazabal, 2017). Y por otro, políticas de igualdad de oportunidades, que crea una situación en la que las mujeres no se sientan más obligadas que los varones a dejar sus trabajos para proveer cuidados familiares, y que posibilite que los mismos sean aceptados socialmente en su rol de cuidadores (Gonzalez, y otros, 2001).

En tal sentido no podemos dejar de mencionar el contexto político, económico y social que está atravesando el país, en particular en nuestro campo de intervención se produjo en los últimos años una regresividad en cuanto a políticas públicas y programas de salud a través del desfinanciamiento a los mismos, donde se fueron recortando y eliminando programas y recursos para instituciones que brindaban una atención directa a sujetos que recurren a la atención pública, desprotegiendo la salud como un derecho humano universal.

Para concluir consideramos pertinente que puedan seguir trabajando, ampliando y profundizando las líneas de acción llevadas a cabo, ya que las ECNT como problema de salud se dan con regularidad y presentan una rápida evolución y morbilidad en todo el mundo. Entendemos que abordar problemáticas en un contexto tan complejo como en el que se encuentran los sujetos con los que trabajamos, no es una tarea fácil, se deben continuar diseñando estrategias y sorteando las limitaciones/obstáculos y facilitadores que se dan en el espacio para seguir trabajando con la promoción y prevención de la salud para todos/as.

Por lo tanto, es necesario abordarlas desde una manera crítica e integral, en tanto el Hospital Córdoba como un ámbito público que debe garantizar y respetar los derechos a la salud, es fundamental que pueda en sus diversas prácticas y prestación de servicios superar,

transformar y modificar estas situaciones problemáticas, pudiendo reconocer los obstáculos que se les presentan a los sujetos en su proceso salud/enfermedad/ atención.

Presentaremos algunas propuestas, con la intención de que se pueda continuar abordando la temática de las ECNT y las dificultades que se les presentan en su reproducción cotidiana:

- Difundir y ampliar tanto en el área de servicio social, como en cada espacio del hospital, la folletería trabajada de la Ley 26.529.

- Articular y trabajar de manera interdisciplinaria, a fin de brindar una respuesta lo más adecuada, integral y completa posible de acuerdo a la complejidad de las problemáticas abordadas, reconociendo que la atención de los sujetos no puede ser meramente fragmentada en distintas áreas.

- Generar espacios de encuentros, de participación activa y de escucha de los sujetos en cada internado, tanto en las salas como en los espacios en común, para abordar diversas temáticas que puedan ser útiles para una mejor reproducción de su vida cotidiana, posibilitando el intercambio de experiencias y estrategias.

Proponemos a estudiantes interesados en la temática, poder continuar con el proceso de producción de información y empoderamiento de los sujetos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, consideramos que es un camino largo de transitar y que las personas que conviven con una enfermedad se encuentran cada vez más vulnerados por las desigualdades que se dan en el campo de la salud y en el contexto en el que están insertos, es así que proponemos que se siga trabajando en la generación de espacios y en la construcción de herramientas para la resolución autónoma de las dificultades que se les presente en su vida cotidiana, como también en la deconstrucción de representaciones sociales.





## BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V., & Curtis, C. (2001). Derechos sociales como derechos exigibles.
- Acevedo, P. (2011). En torno a los sujetos: aportes, debates, ejes de analisis la organizacion como construccion colectiva.
- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina.
- Alonso, G. V., & Di Costa, V. (2013). Cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2010. En Las políticas sociales durante la era Kirchnerista (pág. 5).
- Alvares, C., & Luz, S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. SciELO, 97.
- Alwyn, N. (S/D). El objeto del Trabajo Socail. 6.
- Aquin, N. (1994). Porque desarrollar la especificidad. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, s/d.
- Aquin, N. (1996). La relacion sujeto-objeto en Trabajo Social: una resignificacion posible. En N. Aquin, La especificidad del Trabajo Social (pág. 71). Buenos Aires: Espacio.
- Aquin, N. (2003). Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social.
- Aquín, N. (2004). El campo del Trabajo Social. Mimeo.
- Aquin, N. (2009). Objetivos y funciones del Trabajo Social Comunitario. Ficha de cátedra.
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La estrategia de atencion primaria de la salud ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? salud colectiva.
- Bello, M., & Becerril Montekio, V. (Enero de 2011). Scielo. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800006&script=sci_arttext)
- Buchanan, L. (s.f.). Cuidados paliativos y determinantes sociales de la salud.
- Buriyovich, J., & Ace, I. (2003). Las politicas de salud en Córdoba: ¿una oportunidad para el fortalecimiento del paradigma asociativo?

- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de metodología de las ciencias sociales*, 34.
- Carballeda, A. (2005). Lo social en la intervención. Escenarios. N°2. Publicación de Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de la Plata, 16.
- Carbonetti, A. (2004). La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926.
- Cazzaniga, S. (2001). El abordaje desde la singularidad. *Desde el fondo*, 7.
- Cazzaniga, S. (s/d). El abordaje desde la singularidad. *Cuaderno Desde el Fondo n°22*, 14.
- Centrangolo, O. (2011). Aportes para el desarrollo humano en Argentina.
- CEPAL. (s.f.). Sociedad, derechos y medio ambiente: estándares internacionales de derechos humanos aplicables al acceso a la información, a la participación pública y al acceso a la justicia. En CEPAL.
- Crosetto, R. (2011). El campo del trabajo social- la intervención en trabajo social.
- Crosetto, R. (2012). La intervención del Trabajo Social. MIMEO. ETS- UNC.
- Danani, C. (2009). La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. En M. Chiara, & M. (. Di Virgilio, *Gestión de la Política Social. Conceptos y herramientas* (pág. 29). Buenos Aires: Prometo Libros.
- Del Valle Murga, T. (2004). Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. En *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. España.
- Elias, M. F. (1999). *Derechos Humanos, Salud y Trabajo Social*. General Sarmiento.
- Ferrandi, D. (2010). *Salud: Opciones y paradigmas*. Mimeo.
- Ferrante, D. y. (2009). Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de las epidemias de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal.
- Ferrer, M. (2005). La población y el desarrollo humano desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional. En CEPAL, *la población y el desarrollo*. Santiago de Chile.
- Gonzalez, C. (2001). *La intervención en el abordaje familiar*. Córdoba: mimeo.

Gonzalez, C. -A. (1992). El Trabajo Social en relacion a las Politicas Sociales: algunos interrogantes y posibles resouestas. ACTO social, 7.

Gonzalez, C., & Nucci, N. (2005). Enseñar a intervenir con familias: algunas reflexiones desde el Trabajo Social. . Escenarios n°9. Escuela Superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata: ISSN.

Gonzalez, C., Crosetto, R., Ortolanis, E., Nucci, N., & Soldevila, A. (1999). Necesidades y satisfactores en el analisis del eapacio social-familiar.

Gonzalez, C., Nucci, N., Crosetto, R., & Soldevila, A. (2000). Estrategias de reproducción cotidiana en el espacio social familiar.

Gonzalez, C., Nucci, N., Crosetto, R., Ortolanis, E., Soldevila, A., & Miani, A. (2001). el lugar de las estrategias individuales en las estrategias familiares de la reproduccion social. SECyT. UNC.

Gonzalez, H., Ortiz Ruiz, F., & Larrazabal, S. (2017). ¿Quién quiere, puede o debe hacerse cargo de los cuidados en la familia? RedSeca.

Gonzalez., N., N., Soldevila, A., Ortolanis, E., & Crosetto, R. (1999). Necesidades y satisfactores en el analisis del espacio social familiar. MIMEO.

Guerrero, P. (2002). Guia etnográfica: sistematización de datos sobre la diversidad y la diferencia de las culturas. Quito: Abya-yala.

Iamamoto, M. (2003). El servicio social en la contemporaneidad- trabajo social y formacion profesional. Sao pablo (Brasil): Cortez editora.

Jelin, E. (2012). La familia en Argentina: trayectorias historicas y realidades contemporaneas.

Lopez, O. B. (2003). Desigualdades sociales e inquietudes en salu. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Nueva época.

Lopez, O. E. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de los Determinantes Sociales de Salud.

Martinez, M., & Torrecilla, A. (s/d). El objeto de intervencion del Trabajo Social y su construccion a lo largo de la historia. Documentos de Trabajo Social n°56, 233.

Mascayano, F. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones.

Mendes Diz, A. M. (2012). Las enfermedades crónicas. En *Agencias y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles* (pág. 47).

Mendez, R. (2000). Trabajo Social en el campo de la salud mental. Obtenido de Diporet.org: <http://www.diporex.org/publicaciones/LIBRO1.pdf>

Moniec, S., & Gonzalez, R. (2014). Trabajo Social y actuación profesional. *Perspectivas*, 4.

OMS. (2015). *Salud y derechos humanos*.

OMS. (2016). ¿Qué es la promoción de la salud? <http://www.who.int/features/qa/healthpromotion/es/>.

OMS. (2017). *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Bs. As.

Palladino, A. (2010). El concepto de "campo de salud". Una perspectiva canadiense.

Piñero, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: una articulación conceptual. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*.

Rodriguez, M. (2013). las políticas hospitalarias peronistas: el caso de la provincia de Córdoba, Argentina. En S. Belmartino.

Romen Medina, A. (2015). el estigma en el mercado laboral y los principales grupos estigmatizados. *La Laguna*.

Rossas, M. (2012). ¿Qué son las enfermedades crónicas? En *agencias y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles* (pág. 19).

Rozas Pagaza, M. (s/d). Las distintas tendencias del trabajo social en la Argentina de hoy. *Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo social*. Facultad de Trabajo Social de la UNER. S/D.

Schlemenson, A. (s/d). Dimensiones relevantes para el análisis organizacional. En A. Schlemenson, *Análisis organizacional y empresa unipersonal* (pág. 38). Buenos Aires: PAIDOS.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del Campo de la Salud en Argentina. *salud colectiva*, 2.

Taylor, J., & Bogdan, R. (1982). *Introducción a los métodos cualitativos*. Paidós.

Torres Lopez, M. (2007). una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales.