

# LA INFORMACIÓN COMO PUERTA DE ACCESO A LOS DERECHOS

Aportes desde el Trabajo Social a las personas  
en proceso de trasplante

## **TESISTAS**

Degiovanni, Agostina  
Font Salomón, Lucía Belén  
Gallici, Guadalupe  
Olmas, Nahir Magalí

Docente de Intervención: Chaves, Patricia  
Orientadora temática: Bilavcik, Claudia  
Docente de redacción: Ortolanis, Eduardo

*La energía creadora se desarrolla haciendo y haciendo juntos...  
Al fin y al cabo actuar sobre la realidad y transformarla, aunque sea un  
poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.*

Eduardo Galeano.

## ÍNDICE

<b>-Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>-Agradecimientos .....</b>	<b>4</b>
<b>-Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 1: Un marco para pensar nuestra intervención .....</b>	<b>10</b>
- 1.1 Las distintas formas de pensar a la salud: los paradigmas .....	11
- 1.2 Algunos conceptos claves que atraviesan el proceso de intervención: políticas públicas y políticas sanitarias.....	15
-1.2.1 Breve recorrido histórico: distintas posiciones del Estado en cuanto a la salud.....	17
-1.2.2 Las políticas de salud en Córdoba .....	20
- 1.3 Hacia una reconstrucción de la historia del trasplante: de lo global a lo local.....	23
- 1.4 ¿Cómo han surgido las leyes a lo largo del tiempo? Recorrido normativo en torno al trasplante .....	25
- 1.5 Trabajo Social, salud y trasplante .....	29
<b>Capítulo 2: La institución en la que nos insertamos: E.Co.D.A.I.C .....</b>	<b>32</b>
- 2.1 Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba .....	33
-2.1.1 El surgimiento y la institucionalización de la división de Trabajo Social.....	35
-2.1.2 Aproximaciones acerca del Servicio Social en E.Co.D.A.I.C.....	37
- 2.2 Las intervenciones del trabajo social en el escenario institucional.....	39
-2.2.1 Una nueva realidad: la profesión en contexto de pandemia .....	41
<b>Capítulo 3: ¿Con quiénes se trabajó? .....</b>	<b>44</b>
- 3.1 ¿Cómo se entiende a lxs sujetxs?: Sujetxs de derecho.....	45
-3.1.1 El derecho a la información.....	46
- 3.2 Trabajadorxs sociales de Centros de Diálisis.....	48
-3.2.1 ¿Por qué es importante el Trabajo Social para las personas en proceso de trasplante? .....	50
- 3.3 ¿Qué implica el proceso de diálisis y trasplante renal? .....	51
-3.3.1 Impacto en la vida cotidiana .....	53

<b>Capítulo 4: Intervenir para transformar .....</b>	<b>56</b>
- 4.1 El campo problemático sobre el cual se intervino.....	56
- 4.2 La construcción del objeto de intervención: ¿por qué elegimos lo que elegimos? .....	58
- 4.3 Reconstrucción de la estrategia de intervención .....	61
-4.3.1 El proceso de inserción: acuerdos y viabilidades .....	61
- 4.3.2 ¿Qué se hizo? La estrategia de intervención.....	63
- 4.4 Evaluación e impacto .....	65
<b>-Reflexiones finales: cómo seguir pensando.....</b>	<b>69</b>
<b>-Referencia bibliográfica .....</b>	<b>77</b>

## ***Resumen***

El siguiente escrito es el documento final de la producción de tesina, realizada como condición para la obtención del título de grado en la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. La intervención pre-profesional que dio origen a este trabajo se desarrolló en el año 2020 en el Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba, institución que funciona en la calle Ayacucho 1691 de la provincia de Córdoba. El Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba es un organismo jurisdiccional del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Dicha institución tiene como marco regulatorio las leyes provinciales 8814/1999 y 9146/2004 orientando sus acciones a dar cumplimiento a la Ley Nacional de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células N°27.447. La institución se encarga de promover, regular y coordinar las actividades relacionadas con la procuración y el trasplante de órganos, tejidos y células en la provincia de Córdoba. En cuanto a nuestra intervención, el rol fue el de promover el acceso a los derechos que brinda Ley N° 26.928 “Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas y en Lista de Espera”, tales como el acceso a la medicación, al transporte, a la asignación no contributiva, entre otros, a través del área del Servicio Social de la institución

**Palabras claves:** *Trasplante, E.C.o.D.A.I.C, Información, Trabajo Social, Salud, Enfoque de derechos.*

## **Agradecimientos**

Pensar en agradecimientos específicos es algo que nos cuesta mucho, pero que vamos a intentar desarrollar. Estamos tan felices de terminar esta etapa que no nos alcanzan las palabras. Sostener(nos) durante estos seis años de carrera no fue fácil y por eso las gracias son infinitas.

Gracias a nosotras, por la compañía, el aguante y el amor. Entre nosotras y hacia lo que estábamos haciendo. Fueron muchos mates, muchas horas sentadas con la cara pegada a un libro, muchos nervios. Muchas risas.

A nuestras familias, que jugaron un papel muy importante en este proceso: a todxs lxs que las componen, eternas gracias.

A la Universidad Nacional de Córdoba, pública, gratuita y de calidad. Los recorridos que hicimos para llegar al punto de partida son diferentes, pero todos confluyeron en ella. A la institución, pero también a quienes todos los días la llevan adelante. Quienes dan el calor y el amor con el que fuimos recibidas desde el principio. A todxs lxs que han sembrado en nosotras las ganas de ser mejores y de hacer mejor.

Al espacio de encuentro con todo lo que era distinto a nosotras que significó la Facultad de Ciencias Sociales, la que nos permitió crecer, respetar, aprender. A la posibilidad de entender que nada cambia si estamos quietxs, a la invitación constante a la expresión de la injusticia, a la lucha colectiva. A la introducción al feminismo, que nos cambió la vida. Gracias por ser uno de los lugares más lindos que conocemos.

A E.Co.D.A.I.C, que nos permitió hacer este trabajo que finaliza todos nuestros años de estudio. Por ser una institución abierta a compartir aprendizajes y a aprender en conjunto. A Eugenia Ferreyra Centeno y a Gerónimo Elena, quienes hicieron esta intervención posible. Nos ayudaron a no quedarnos en el camino. A todas las personas que nos permitieron participar en sus espacios como observadoras, que nos contaron sus vivencias y nos hicieron parte, que nos mostraron un poco de lo que es el proceso de trasplante.

Para finalizar, a la profesión, pero no para agradecer. Queremos acá dejar constancia de que nos comprometemos a ejercerla teniendo siempre como horizonte garantizar los derechos

de las personas con las que tengamos que trabajar. Nos comprometemos a no quedarnos calladas ante las injusticias, a poner lo mejor de nosotras siempre a la hora de encontrarnos con lxs otrxs. A actuar guiadas siempre por todo lo que nos dejaron estos años de aprendizaje, y a seguir aprendiendo siempre.

Gracias.

## **Introducción**

El Trabajo Social es la disciplina que elegimos para ser profesionales y así tener como horizonte la transformación de las desigualdades del sistema capitalista y patriarcal en el que vivimos. Defendemos la promoción del ejercicio de los derechos humanos y la equidad social como dos ejes fundamentales de la profesión.

La mirada de este escrito surge del proceso de intervención llevado a cabo en el marco de las prácticas de intervención pre profesional del 5º nivel que, a su vez, concretiza los años cursados de la Licenciatura en Trabajo Social, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Encontrarse en tiempos de constantes cambios, aprendizajes y crecimientos interpela todo el recorrido por la Universidad Pública. Una de las cosas que más atravesó al grupo fue el descubrimiento de las múltiples vivencias e identidades de género que existen. Por esto, y con ánimo de respetar y contener a todas las identidades, la tesina estará escrita utilizando lenguaje no sexista. Se utiliza la “x” a modo de incluir a quienes con el lenguaje binario se invisibiliza, porque creemos que “utilizar el lenguaje inclusivo responde al posicionamiento y necesidad de visibilizar un compromiso ante la realidad” (Lagneaux, 2017, p.4).

La práctica fue desarrollada durante el año 2020 en la institución Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (E.Co.D.A.I.C) en conjunto con lxs profesionales de distintos centros de diálisis de la provincia de Córdoba.

El Trabajo Social tiene la posibilidad de aportar y construir conocimiento sobre lo social, crítico y desde la promoción de derechos. Es así que se considera importante describir la intervención que lleva adelante la disciplina con las personas que se encuentran en proceso de trasplante y diálisis, concretamente en el momento de promover y asegurar el acceso a la información. Se entiende a la misma como un derecho, sosteniendo y defendiendo la idea de que el Trabajo Social apela al fortalecimiento de las capacidades de las personas para la transformación de su vida cotidiana.

Con respecto al interés por profundizar el conocimiento y los debates actuales en torno a los procesos de construcción de la profesión en la temática de trasplante, se plantean objetivos de aprendizaje a alcanzar. Se trabajó para adquirir las capacidades propias de la profesión de Trabajo Social en el campo de la salud y trasplante y desarrollar procesos de construcción de conocimiento desde una reflexión teórica-crítica de la profesión. Durante el cuarto año de la carrera se aproximaba el comienzo de la tesina, y con ella un conjunto de interrogantes y emociones. El grupo está compuesto por cuatro integrantes, de las cuales una realizó su

pasantía en el E.C.o.D.A.I.C, un organismo jurisdiccional del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. En diversas ocasiones se charló y debatió sobre la novedad que suponía la temática de trasplante. A partir de esto es que se decidió explorar sobre la misma, buscando información, realizando lecturas de otras tesinas, etc. En relación con la profesión no había mucha información y si algo se tenía en claro, era que se quería hacer una tesina novedosa y útil.

A partir de estas consideraciones se mantuvo contacto con la institución para analizar qué tan posible sería la inserción. Inmediatamente lxs trabajadores sociales se comprometieron a analizar las posibilidades de intervención, las cuales eran muchas. Cuando se comenzó con el proceso de inserción, en marzo, se decreta el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) en Argentina, debido a la pandemia de COVID-19.

El año 2020, en el cual se llevó adelante las prácticas pre profesionales, ha sido un año desafiante. Con la pandemia se reinventaron absolutamente todos los aspectos de la vida. La imposibilidad de encontrarse físicamente llevó la cotidianidad a la virtualidad, donde se encontraron más interrogantes y dudas que certezas. Solo la firme convicción de seguir en contacto hizo que se buscara esa *vuelta de rosca*, esa forma de poder continuar con las actividades que se tenían programadas.

Dentro del proceso académico, cambió todo: desde la forma de tener clases y rendir, hasta cómo intervenir y desde donde hacerlo. Esto significó un cambio en la forma en la que se pensaba a la práctica pre profesional: ¿cómo se acercaba a las instituciones? ¿Cómo se podía escuchar a las personas con las que se quería trabajar? ¿que se podía hacer desde la virtualidad? Con el paso del tiempo, la incertidumbre se volvió el terreno de trabajo y se aprendió a reinventar el proceso cada vez que un obstáculo surgía, repensando las limitadas posibilidades.

Una de estas limitaciones fue que la población con la que se quería trabajar, es decir, aquellas personas en proceso de trasplante, eran consideradas de *riesgo* y por ello los encuentros cara a cara que se habían proyectado no fueron posibles. Una vez más, el contexto nos interpela e invita a reivindicarse constantemente. De esta manera, es que se trabajó en conjunto con lxs trabajadores sociales de los distintos centros de diálisis de la provincia de Córdoba, ya que son quienes tenían contacto y cercanía directa con las personas en proceso de trasplante y diálisis. En conjunto con ellxs, se propuso efectivizar el acceso a los derechos a partir del conocimiento de la Ley N° 26.928 que crea el “Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas”. Por esto la importancia de comprender al acceso a la información

como un derecho que permite potenciar la participación y autonomía dentro de la sociedad entendiendo que la información tiene como “característica fundamental (...), su carácter de medio o instrumento para el ejercicio de otros derechos” (Abramovich, y Courtis, 2000, p. 1). Esto repercute tanto en el acceso a los servicios y recursos de salud, como al empoderamiento de las capacidades de las personas para la transformación de su vida cotidiana.

La estrategia metodológica para realizar la recolección de información y el análisis de datos, fue de abordaje cualitativo. El campo empírico consistió en observaciones sistemáticas de los espacios grupales existentes, como la Comisión Asesora de Pacientes (CAP) y los encuentros virtuales organizados por profesionales del E.Co.D.A.I.C en donde participaron profesionales del Trabajo Social de los distintos centros de diálisis.

Además, se realizó entrevistas en profundidad a dos trabajadoras sociales, una de ellas trabajadora del Hospital Italiano de Córdoba y la otra se encuentra jubilada del Hospital Privado de Córdoba, también se llevaron a cabo entrevistas a una de las referentes institucionales de E.Co.D.A.I.C. El criterio para la selección de las entrevistadas fue consensuado con lxs referentes institucionales, considerando que se debía realizar una reconstrucción histórica de la profesión en el campo de la salud y específicamente en el área del trasplante.

En las siguientes páginas se hace una reconstrucción de aquellos aspectos epistemológicos, éticos, teóricos y metodológicos que resultaron relevantes e importantes para poder desarrollar el proceso de intervención que se llevó a cabo. Para ello, se ordenó la tesina en cuatro capítulos, sistematizando la experiencia.

En el primer capítulo, se esbozan los principales lineamientos teóricos y referenciales sobre el campo de la salud para el abordaje fundamentado de las prácticas, considerando también un análisis del contexto histórico-político-normativo que enmarca la misma.

En el segundo capítulo, se describe y analiza el escenario institucional, con el objetivo de conocer la institución donde se situó la intervención, particularizando el Trabajo Social y su dinámica.

En el tercer capítulo, se identifican y conceptualizan a lxs sujetxs que formaron parte de la intervención en el espacio institucional: personas en proceso de trasplante y lxs profesionales de Trabajo Social. En el cual se tiene en consideración la importancia del Trabajo Social para las personas en proceso de trasplante y diálisis.

En el cuarto capítulo, se construye el objeto de intervención, lo cual permite abordar el diseño de las estrategias de intervención, mencionando así las estrategias utilizadas. Se

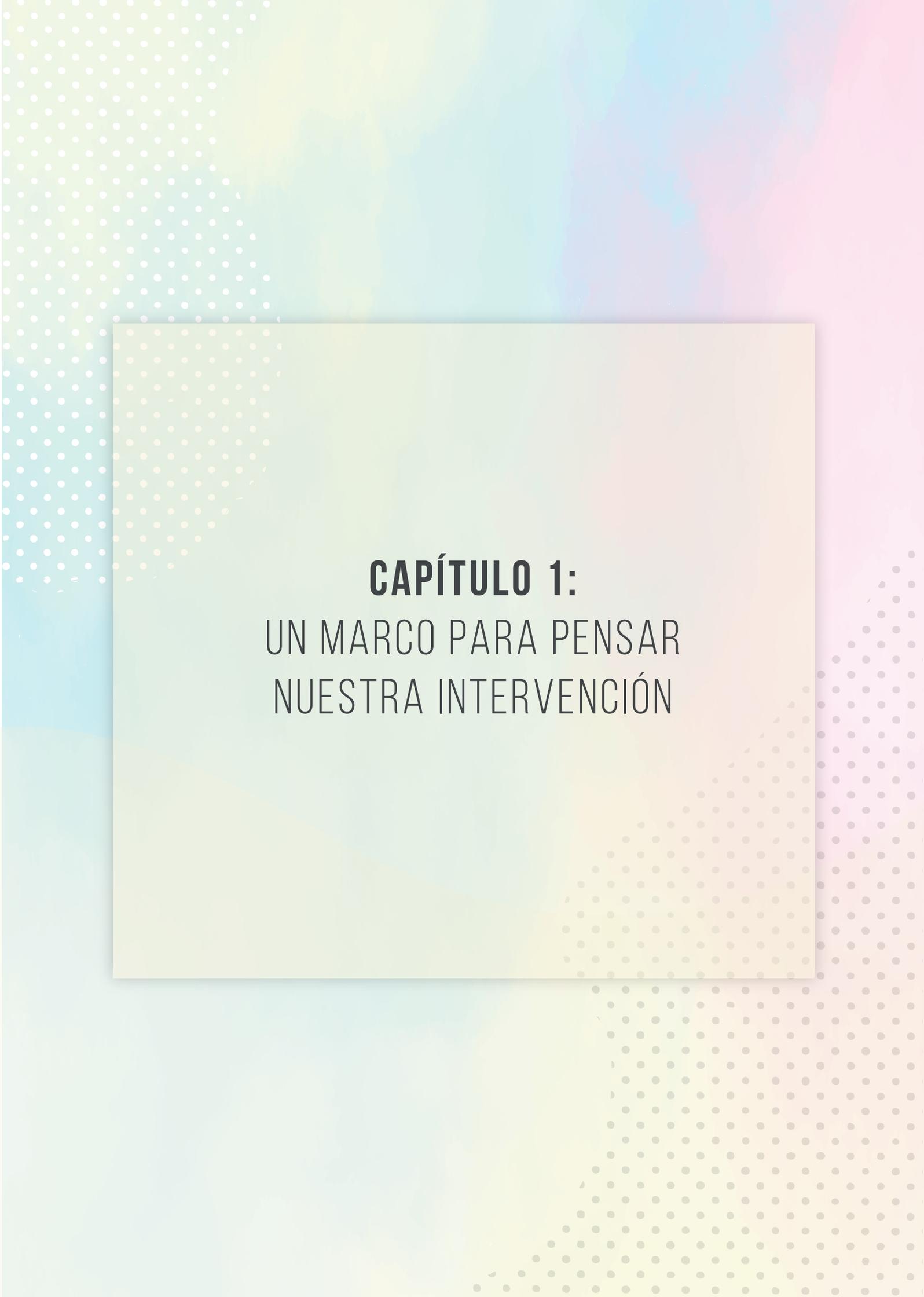
concluirá este momento con una evaluación del proceso, incluyendo los logros alcanzados como así también los obstáculos de la intervención.

Por último, en las reflexiones finales se describen los aspectos éticos que tiñen a la profesión y el rol en este campo a partir de lo abordado en los diferentes capítulos. Se plantean posibles interrogantes y propuestas que permitan, en un futuro, darle continuidad a lo trabajado.

Es importante dar cuenta, para cerrar este comienzo, de qué es lo que se busca con la tesina. A través de una lectura que se pretende crítica, desde un enfoque de derechos humanos y feminista, se analiza el campo de la salud, y particularmente el de trasplante. Se considera la intervención y la escritura académica como una posibilidad y un desafío grande, pero sobre todo como un compromiso con la profesión y con E.Co.D.A.I.C, institución que desde el primer momento brindó la apertura y las herramientas necesarias para comenzar este aprendizaje. El objetivo de este grupo es producir un escrito que dé cuenta de todo el recorrido, pero sobre todo del trabajo que lleva adelante la profesión dentro del proceso de trasplante. Atender a lo social en situaciones de salud es apuntalar y sostener todas las prácticas que vienen después, es así que se espera poder dar cuenta de esto y de esa manera, aportar un grano de arena a la jerarquización del Trabajo Social.

**Esperamos que disfruten estas páginas tanto como nosotras disfrutamos el proceso,**

**¡Buena lectura!**



**CAPÍTULO 1:**  
UN MARCO PARA PENSAR  
NUESTRA INTERVENCIÓN

## **Capítulo 1**

### **Un marco para pensar nuestra intervención**

En el primer capítulo de esta tesis se explican distintas cuestiones teóricas, éticas, epistemológicas que hacen al entendimiento de lo que se llevó adelante durante la intervención pre profesional y la lectura que de ello se hará en esta tesina. Es decir, se describen haciendo una reconstrucción del marco de referencia desde el cual partió la intervención.

En este primer capítulo, se describen los tres paradigmas de salud vigentes en la actualidad, que atraviesan y se disputan dentro del campo de la salud. La descripción de estos son retomados a lo largo del escrito y visualizados a partir de la experiencia planteada. En segundo lugar, se desarrollan conceptos teóricos para explicar qué se entiende por políticas públicas y de salud, para luego mostrar cómo se aplican en las particularidades propias del trasplante en Córdoba y Argentina. Para esto se tiene en cuenta la historización del trasplante y los marcos normativos que han surgido a través de los años. Por último, se ubica a la profesión del Trabajo Social dentro del campo de la salud donde se hace una reconstrucción de la misma desde la especificidad profesional hasta la inserción de la misma en la temática de trasplante, su origen y devenir histórico.

Se plantean y analizan cuestiones teóricas, las cuales sientan la posición para pensar y resignificar la disciplina: la categoría teórica de *campo*, que permite comprender y profundizar las particularidades de la salud en general y el trasplante en particular. Tomando a Bourdieu (1990) se entiende a esta categoría como un espacio de juego en el cual hay luchas por la apropiación o conservación de capitales específicos, los cuales son diferentes en cada campo. A su vez, estos capitales definen la posición de las personas para desenvolverse dentro del mismo. Estos capitales hacen referencia a una serie de recursos institucionalizados que otorgan distintos grados de poder a quienes los poseen. Los mismos pueden ser económicos, sociales, simbólicos, culturales. Un campo es, entonces, el resultado de múltiples acciones de sujetos individuales y colectivos donde cada uno ocupa un lugar en relación al capital acumulado.

Teniendo en cuenta lo anterior se entiende a la salud como un campo en el que entran en juego todos estos capitales, ya que dentro del mismo convergen las posiciones de organismos que regulan el campo, distintas instituciones médicas, profesionales de la salud y los sujetos

inmersxs dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención. Estas relaciones se van a ver determinadas a través de las posiciones de poder que los capitales les otorguen.

Argentina y el resto del mundo están atravesados por el sistema capitalista, patriarcal y lo que estos conceptos significan. Es por esto que el capital económico es sumamente relevante en el campo de la salud, ya que permite y determina la calidad de las prestaciones de los distintos servicios. Muchas veces, los modelos de atención y las prestaciones de salud generan desigualdad y exclusión dentro del campo. Esto se debe a que no todxs lxs sujetxs que intentan acceder a las mismas, cuentan con el capital económico para poder costearse una atención paga. El sistema público es deficiente en muchas situaciones, por lo que la capacidad de pago genera una diferencia en el servicio al que se accede.

Dentro del campo de la salud, se pone en juego el poder sobre los cuerpos de las personas y de la sociedad. Como ha resaltado Foucault (1997, p. 229) la medicina como técnica política de intervención “se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos”, produciendo efectos de poder tanto disciplinarios como regularizadores. Desde esta perspectiva, el autor considera que la medicina es entendida como discurso de poder que operando a través de distintos dispositivos, forma parte de las estrategias de normalización de cuerpos individuales y sociales.

### - 1.1 Las distintas formas de pensar a la salud: los paradigmas

¿Qué es la salud? ¿A qué se hace referencia cuando se habla de salud? Es a partir de diferentes definiciones e ideas que se encuentran implicadas en esta categoría que se reconoce que no hay una única manera de entenderla. A lo largo del tiempo han cambiado y coexistido las percepciones de lo que es la salud y la enfermedad, qué es un correcto tratamiento médico, quien está capacitadx para llevar adelante los procesos relacionados a la *salud-enfermedad*, entre muchas otras cuestiones.

Los paradigmas se encuentran implicados en la misma trayectoria histórica del campo de la salud. Estos modelos explicativos configuran diferentes formas de entender y abordar la salud según las estructuras particulares de cada uno, las relaciones de poder que se establecen entre las diferentes disciplinas y con lxs sujetxs.

El Trabajo Social no ha sido ajeno a los paradigmas, sino que a través de su práctica ha colaborado a la reproducción o no de los mismos. El paradigma define la forma en la que se llevan adelante las intervenciones.

A continuación, se desarrolla el paradigma biologicista a través del concepto del modelo médico hegemónico. Este modelo es en el que están basados la mayoría de los sistemas de salud occidentales, incluyendo el de nuestro país.

El modelo médico hegemónico de atención de la salud se caracteriza por negar la historicidad de los procesos, es ahistórico; no tiene en cuenta las diferentes particularidades de las sociedades y poblaciones en las que se utiliza, es asocial: se enfoca en la persona particular y no en la población como un todo, es individualista: se centra en la praxis, es de eficacia pragmática: se centra en lo físico- biológico, y no permite la legitimación científica de otros saberes (Menendez, 1998). El mismo es definido como:

[...] el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, 1990, p. 83)

En este paradigma el concepto de salud-enfermedad está asociado al de mercancía, existe una asimetría entre quien posee el conocimiento y quien busca una solución: el profesional y el *paciente*. La persona que acude al servicio de profesionales se encuentra en una situación de vulnerabilidad donde es responsable de lo que le sucede, ya sea por no haber podido prevenir o haber tenido algún *saber erróneo* que no evitó la enfermedad. Su lugar en todo el proceso es el de espera.

El modelo médico hegemónico funciona de esta manera porque lo hace dentro de otro sistema más grande que lo engloba: el capitalismo. Convertir cualquier cosa o situación en algo que puede ser comprado y vendido lleva a generar relaciones de clientelismo en procesos de salud, que en realidad son reconocidos como derechos desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Es dentro de este enfoque que se da un fuerte proceso de lo que, desde los años 70, Foucault (1997) nombra como medicalización de la vida social. Esto implica el dominio que ejerce el saber-poder médico sobre diversos aspectos de la vida de lxs sujetxs. Esta medicalización de la cotidianeidad se vio fuertemente acompañada por un progresivo aumento en la esperanza de vida de las personas. El cuidado del cuerpo, considerado como herramienta para llevar adelante la producción en el sistema capitalista, derivó en el alargamiento de la edad productiva. Para los cuerpos que no acompañaron este

despegue de la edad productiva, se crearon diversos mecanismos para que pudiera seguir funcionando: uno de estos mecanismos fue el trasplante.

Es importante resaltar el rol de la industria farmacéutica en el acceso a la salud, teniendo en cuenta que los medicamentos son vistos como una mercancía y su acceso es restringido por barreras que se configuran entre las personas que poseen los medios para adquirirlos y las que no. Esto viene de la lógica del mercado que transforma la salud en una mercancía con la complicidad de los Estados que se incluyen a estos intereses de aumentar la rentabilidad de zonas que antes no lo eran.

Lxs sujetxs son portadorxs de diversas problemáticas de salud que no están meramente causadas por cuestiones biológicas, sino que muchas veces tienen como causantes a problemáticas sociales. Tratar de solucionar los mismos a través de la medicina y sus procedimientos, es otro ejemplo de la medicalización de la vida en la cual estamos inmersxs. Es decir, se considera a la medicina hegemónica como la única estrategia posible para sanar el cuerpo, aun cuando la causa de la problemática no es física.

Lo que permite realizar propuestas y/o críticas al paradigma biologicista es la existencia de otros paradigmas vigentes en la actualidad. La aparición de los mismos no es disruptiva, sino que se han ido construyendo a lo largo del tiempo, en un espacio común donde estos dialogan entre sí y disputan sentidos. Por un lado, está el paradigma llamado *sanitarista* que incorpora lo social como un factor más dentro de la salud y la enfermedad, reemplazando la explicación monocausal sostenida por el modelo biomédico. Este paradigma se plasma en la definición de lo que se considera salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Esta concepción es puesta en cuestión por algunxs autorxs. Se toma a Ferrandini, que la considera como “simpática e incapaz de convocar a la acción” y plantea a “la salud como un estado que no existe, un ideal inalcanzable” (Ferrandini, 2010, p. 3). Es decir, se considera a la salud como un *estado* a recuperar de *completo* bienestar y esto es imposible de pensarse, debido a que no se ajusta a la realidad. Las personas y sus contextos están sometidos constantemente a cambios y variaciones y debido a esto, la satisfacción absoluta no existe ya que es imposible de alcanzar.

Por otro lado, se encuentra el paradigma de la *medicina social*, que se inscribe en la corriente de pensamiento del materialismo histórico, incorporando a la persona en sus condiciones de vida para explicar los procesos de salud-enfermedad y nuevas intervenciones sociales en el campo de la salud. Surge debido a que se consideraba insuficiente al modelo biomédico como modelo explicativo de los procesos de salud- enfermedad y por la

incapacidad de la práctica médica de transformar las condiciones de salud de la población. La necesidad de analizar los fenómenos de salud-enfermedad en el contexto político, económico e ideológico de la sociedad y no solo como fenómenos biológicos. La medicina social latinoamericana explica que la forma de articulación del proceso salud-enfermedad no sólo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo. Por lo que “no se restringen a enunciar que los procesos sociales determinan una constelación de factores de riesgo sino que intentan comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico” (Laurell, 1986, p.3).

En este último, se considera que los modos de vida influyen en los procesos de salud-enfermedad de una población, el surgimiento de dicha concepción posibilitó la incorporación de las Ciencias Sociales a procesos que se creían puramente médicos. El aporte de esta ciencia, vinculado a los complejos procesos sociales producto de las crisis capitalistas, ponen de manifiesto la desigualdad existente en la salud y enfermedad. Esto implica reconocer las maneras en que transitan estos procesos y cómo se atiende según los diferentes sectores de la sociedad.

Rodríguez y de Miguel (1990) denuncian que la enfermedad se ha convertido en un problema individual, a partir de la despolitización de la misma, donde el individuo se reconoce como único responsable ante las dolencias o la propia calidad de vida. Esto lleva a cuestionar los paradigmas biologicistas, así como la ineficacia de la práctica médica para combatir la enfermedad. Los factores que determinan e influyen en la salud no son sólo biológicos y sanitarios, sino que son múltiples y no siempre han sido reconocidos como tales. Entre estos últimos se encuentran el medio ambiente, la educación, el acceso a los servicios básicos, a los derechos humanos, etc.

Es por esto que es necesario aludir al concepto de salud-enfermedad conceptualizado desde Laurell (1986). La autora afirma que la salud- enfermedad es un proceso social y que, subordinado a éste, existe lo biológico. Este concepto no es estático, sino que hay que analizarlo como un proceso que contiene caracteres socio- históricos, condicionando al sujeto enfermo. La salud-enfermedad se deberá elaborar según el modo de producción de la sociedad que se esté tratando, ya que según la clase social a la que se pertenezca, se diferenciará también el modo de vivir la enfermedad. Cada sujeto vive este proceso según sus características individuales y su construcción sociocultural particular, es decir, no podemos caracterizar a la salud fuera de un marco cultural específico. Determinados grupos familiares, sociales, sujetos, comunidades son portadores de ciertos valores, representaciones, posiciones y expectativas que van configurando cotidianamente cómo cuidar la salud y qué hacer cuando esta se

encuentra afectada. Por lo tanto, este es un proceso dinámico, no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto.

A partir de lo desarrollado, se entiende a las situaciones de salud-enfermedad como un proceso social en el que intervienen factores de distinto orden, donde lo social no aparece como una dimensión más, sino como aquella que atraviesa al proceso en sí. Se reconoce que atravesar una enfermedad implica diversos condicionantes en el desarrollo de la vida cotidiana de lxs sujetxs.

Teniendo en consideración los procesos sociales y culturales de las personas en procesos de salud-enfermedad, se reconoce que una parte importante de la misma remite a la atención. No restringiendo la atención a lo biomédico sino contemplando todos aquellos cuidados que operan en una sociedad determinada. Estos tienen que ver con condiciones religiosas, económicas, políticas, científicas, como así también con las necesidades y posibilidades de los diferentes grupos sociales (Menendez, 2003).

La salud no debería entenderse como una cuestión meramente individual. Las personas se encuentran atravesadxs y determinadxs constantemente por variables propias del sistema social en el que se está insertx. El capitalismo, el patriarcado, el adultocentrismo, deben ser tenidos en cuenta a la hora de acercarse a la enfermedad, los cuales están implicados en el compendio de cuestiones sociales, económicas y culturales que nos atraviesan y que influyen permanentemente en el proceso de salud- enfermedad.

- 1.2 Algunos conceptos claves que atraviesan el proceso de intervención: políticas públicas y políticas sanitarias

Para analizar las políticas públicas que se han implementado con respecto a la salud en general y al trasplante en particular en la historia argentina, es necesario desarrollar algunos conceptos y definiciones que permitirán leer estos procesos desde una óptica particular. La conformación de estas políticas moldean y atraviesan al campo de la salud en general y, particularmente, a los procesos de salud-enfermedad de las personas en proceso de trasplante y su derecho de acceso a la salud.

Estos procesos se relacionan con el carácter del Estado según el momento socio-histórico en el que se dan, por lo que se piensa al mismo como el ente regulador de la vida en sociedad, como “un conjunto de relaciones sociales-mayormente sancionadas por el sistema legal del Estado- que normalmente penetra y controla el territorio y los habitantes que ese conjunto

pretende delimitar geográficamente” (O’Donnell, 2004, p. 149). A partir de esto, se reconoce que a lo largo de la historia Argentina y del mundo en general, existieron distintos regímenes de Estado y con ello, distintos roles de estos frente a la población. Con el objetivo de paliar las desigualdades sociales que se empezaron a desarrollar con el crecimiento de la urbanización y de las industrias, a comienzos del siglo XX las políticas públicas marcan un cambio buscando inclusión y protección social hacia la población. Lxs profesionales del Trabajo Social, al igual que sus intervenciones, se ven atravesadxs por la política pública en general y las políticas sociales en específico, siendo estas acciones que aspiran a transformar determinada situación. Se toma a Oszlak y O’Donnell, quienes conciben a las políticas públicas como “[...] el conjunto de las tomas de posición del Estado frente a una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil” (citado en Chiara y Di Virgilio, 2009, p. 54).

La función del Estado es la de ser garante de la ampliación de los derechos a través de las políticas públicas. Estas contemplan aquellas acciones a través de las cuales el Estado busca hacer efectivos los derechos de lxs ciudadanxs. Sin embargo, también se deben considerar aquellas omisiones, es decir, lo que no se hace sobre una determinada cuestión responde a una toma de posición particular. Vinculado al concepto de ciudadanía, a las luchas y demandas sociales que se han dado en diferentes momentos históricos, las políticas públicas pueden comprenderse como un conjunto de respuestas que el Estado ha dado a un sin fin de necesidades y demandas sociales.

Teniendo en cuenta este concepto, es importante vincularlo con los aportes que brinda Danani acerca de las intervenciones sociales del Estado y un tipo de política específica que tiene que ver con los moldeamientos de la sociedad: la política social. En este sentido, se plantea que las intervenciones sociales del Estado producen y moldean directamente las condiciones de vida y reproducción de sectores y grupos sociales, “[...] objetivan esta acción mecanismos que operan especialmente en el momento de la distribución secundaria del ingreso” (Danani, 2009, p. 32). Sin embargo, estas intervenciones del Estado no necesariamente mejoran las condiciones de vida. Danani (2009) expresa que pueden hacerlo, pero ello no es un atributo de la política social en sí misma. La política social muta durante su concepción, implementación y evaluación, e influye de distintas maneras en la vida de la población.

En la política social existen distintas políticas sociales destinadas a intervenciones sobre sectores específicos que inciden en la vida cotidiana de la sociedad. La formulación, gestión, implementación y evaluación de las mismas está atravesada por procesos sociopolíticos,

institucionales, económicos, de construcción de sujetos, medios y objetos para la satisfacción de las necesidades previamente acordadas.

Son las políticas sociales las que condensan la hegemonía, a través de su capacidad de normatizar y normalizar el ámbito de reproducción de la vida cotidiana de los sujetos. También, son aquellas que se convierten en el resultado final de la confrontación constante entre la sociedad y el Estado. Implementadas, algunas veces, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los sujetos que se encuentran en situaciones de desigualdades, promoviendo dos ejes fundamentales: igualdad y participación.

Como resultado de esos procesos de construcción, se encuentran aquellas políticas públicas sociales que tienen que ver específicamente con el área de salud. Estas políticas de salud, como cualquier otra, se construyen y configuran según la relación entre el Estado, el mercado y la sociedad. Esto nos permite comprender que cambian y adquieren particularidades según determinados contextos, tiempos históricos y procesos culturales, entre otras cuestiones que inciden. El conjunto de las intervenciones sociales del Estado muestran la manera en cómo el mercado, la inversión o no en recursos y su vinculación con los problemas sociales y necesidades de la población configuran la historia de las políticas públicas sociales.

Para particularizar en campo de la salud y cómo se incorpora el trasplante en Argentina y en Córdoba se desarrollará a continuación cómo a partir de los distintos contextos históricos se han aplicado políticas públicas de salud, lo cual responde a las diferentes tomas de posición del Estado.

- Breve recorrido histórico: distintas posiciones del Estado en cuanto a la salud

A continuación y de una manera cronológica, se trabaja sobre las políticas públicas de salud y se retoman aportes de Acuña y Chudnovsky (2002). Estos autores presentan cuatro etapas en función de las decisiones que se tomaron sobre el sistema de salud. El *primer modelo* se denomina descentralización anárquica hasta 1945, se trató de un sistema sanitario que respondía a demandas puntuales y a largo plazo, el Estado tenía una función subsidiaria y formaba los recursos humanos, quienes llevaban a cabo actividades sanitarias y de prestación asistencial. Fue un modelo que se limitó a cuidar la higiene pública y controlar las epidemias. Aquí, la salud era una cuestión individual de responsabilidad, objeto de la caridad, con escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo.

El *segundo modelo* fue el centralizado, que abarcó desde 1945 hasta 1955. Se llevaron a cabo acciones sociales mediante determinadas instituciones con el fin de garantizar el acceso

al sistema de salud de la mayor cantidad de personas posibles. Aquí, la salud pública jugó un papel importante como institución central en el desarrollo de las políticas públicas.

Desde 1945 se impulsaron políticas sociales de salud para dar respuesta a las manifestaciones de la cuestión social de la época. A partir de estas políticas, se empieza a entender a la salud como un derecho al que todos, sin distinción alguna, deben acceder. La salud era responsabilidad del Estado, se hablaba de una expansión estatal en cuanto a la cobertura sanitaria, se nacionalizaron todos los establecimientos públicos, se crearon centros de atención ambulatoria y programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas. El Hospital Público se volvió un centro formador de nuevos profesionales y un lugar de atención médica para todos, lo que reflejó la gran capacidad asistencial. En este período la atención de la salud era considerada un comportamiento colectivo al cual no se podía renunciar, además de una obligación estatal. Se consideraba que no podía haber política sanitaria sin política social, por lo que no servían las conquistas sobre las técnicas y tecnologías médicas si estas no pueden llegar a la población en su conjunto.

Se trató de un período con significativas consolidaciones que fueron de la mano de los avances de la industrialización y las exportaciones predominantes del modelo agro-exportador.

En *tercer lugar*, se dio el modelo de descentralización del sistema que va desde 1955 hasta 1978, cuyo contexto estuvo caracterizado por el derrocamiento de Juan Domingo Perón tras la Revolución Libertadora en donde se transfirió hacia las provincias y municipios las responsabilidades de los establecimientos públicos que estaban en manos del Estado nacional. El gobierno militar trazó un puente hacia el sindicalismo, lo que representó un importante recurso de poder: las obras sociales. Onganía sanciona la ley Pro-Sindical para fortalecer las estructuras sindicales, a partir de lo cual las obras sociales debían ser conducidas por estos organismos, los cuales empoderaban a sus gremios cada vez más a nivel económico y político. Las transferencias de los hospitales hacia las provincias reflejaron la falta de asistencia médica y financiera, y el deterioro de los establecimientos de salud, marcaron una fragmentación y descontrol en el sistema y una poca coordinación entre los prestadores de las obras sociales, los hospitales provinciales y nacionales. Y por último, en *cuarto lugar* se ubica el modelo de descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo que se desarrolla desde 1978 en el país. Este período estuvo caracterizado por el deterioro del papel del Estado en donde la descentralización fiscal de los hospitales dependía de la Nación, la cual consistió en la transferencia de 65 hospitales hacia distintas jurisdicciones provinciales y municipales. Las heterogeneidades y continuidades que representaron estos períodos, mostraron los primeros

escenarios complejos que dieron lugar y posibilitaron el hecho de comenzar a profundizar sobre la salud, su atención, tratamiento y acompañamiento.

Hacia la década de los '90 se retoma la descentralización de los servicios, pero por primera vez de la mano de un gobierno democrático: el de Carlos Menem. Como la descentralización estaba avanzada en este momento, se apuntó hacia el recorte administrativo-financiero: programas focalizados, privatización de servicios de salud “periféricos” y el traspaso de los hospitales que habían quedado en la órbita central. Se apuntó a la autogestión de los hospitales a través del arancelamiento de los servicios, cosa que no llegó a consolidarse por la falta de pago de las obras sociales de los servicios utilizados por sus afiliadxs.

Las dificultades financieras llevaron a una continuada decadencia del sector público, y al mismo tiempo se registra un aumento continuado de la necesidad que de este tenía la población. Durante los '90 se incrementó el desempleo y la consecuente pérdida de obra social por parte de quienes eran empleadxs, tuvieron que recurrir a un sistema público que estaba desfinanciado y de ninguna manera podía atender a las necesidades de más personas. El gobierno no hizo esfuerzos para subsanar esta situación, pero sí se comprometió ante Organismos Internacionales a *“llevar a cabo políticas básicas”* con respecto al sistema de salud.

Los procesos de reforma neoliberal están fuertemente condicionados por las propuestas técnico políticas ofrecidas a los gobiernos desde los organismos técnico-financieros internacionales, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros, que consideran como parte sustancial del proceso de reforma estatal la reformulación de los sectores sociales y de la gestión del gasto asignado a los mismos, y entre ellos, al sector salud de manera predominante.

Para continuar desarrollando como se han ido configurando las políticas públicas de salud luego del periodo neoliberal, se tomará los aportes de las autoras Nucci, Crosseto, Bilavcik y Miani (2018).

Luego de la crisis económico-político-social estallada en 2001, comienzan en el 2003 los periodos de gobierno del kirchnerismo con la intención inicial de ponerle freno a los resultantes de las políticas neoliberales de la década anterior. El desafío del momento consistía en cómo recuperar el contenido de la salud pública con intervención del Estado en articulación con lo social. En el periodo 2002-2015, se elaboran diversos marcos normativos y se aprueban leyes y programas que promueven el acceso a derechos. En el área de la salud se da la creación del Programa Remediar, la ley y programas de cobertura de Salud Sexual y Reproductiva, que garantiza el acceso libre y gratuito a información y servicios de salud sexual y reproductiva a

toda la población, y el Plan Nacer, para mujeres embarazadas y niños hasta 6 años de edad que no posean cobertura social. Posteriormente esto se amplió con el Plan Sumar, entre otros.

Como último periodo, se identifica al 2015 como un quiebre histórico en el que el modelo de estado vigente se re-configura sobre las bases del neoliberalismo, donde priman los principios liberales de la economía y la política. Se producen modificaciones en la orientación de la política pública que implican un proceso regresivo de los derechos ciudadanos. Se degradó a Secretaría el Ministerio de Salud desplegando una serie de decisiones sobre el “campo de la salud” que trajeron consigo grandes consecuencias al territorio nacional y provincial. El recorte del gasto público y el desfinanciamiento para el subsector de la salud pública implicó la desaparición de programas como el Plan Remediar y el Programa Municipios Saludables y programas de cobertura de salud bucal, entre otros.

Asimismo, los programas nacionales de cobertura de VIH y de salud sexual y reproductiva también vieron afectadas sus partidas presupuestarias y, en consecuencia, la provisión de medicación, métodos anticonceptivos, repercutiendo directamente en un aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual previsibles y en las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros. “A la par se han tomado medidas regresivas en relación a pensiones no contributivas y de discapacidad, y se ha producido un deterioro de los salarios y jubilaciones” (Nucci, Crosseto, Bilavcik y Miani, 2018, p.17).

A fines del año 2019 asume como presidente de la Nación Alberto Fernández. Meses después, a comienzos del año 2020, se encuentra un nuevo contexto, el de la pandemia de COVID-19.

Luego de este breve recorrido histórico del campo de la salud en la Argentina, se considera relevante, ya que la inserción institucional se dio en el marco de una institución de salud provincial de la ciudad de Córdoba, reconstruir brevemente el campo de salud de la misma.

#### - Las políticas de salud en Córdoba

Tomando los aportes de Burijovich y Ase (2000) se hará énfasis en el análisis particular del sector salud en la provincia de Córdoba haciendo referencia a algunos aspectos de la historia reciente de la provincia.

El proceso de reformas en el sector salud en esta provincia se inicia a partir del año 1995 en el contexto de una brutal crisis de desfinanciamiento del Estado provocado por el denominado “efecto tequila” y en el marco del primer cambio de gobierno desde la instauración de la nueva democracia en la Argentina, luego de los 12 años de gobierno de

Eduardo Angeloz asume otro hombre del radicalismo, Ramón Mestre. Durante los cuatro años de su gestión, el gobierno de Mestre pretendía realizar una transformación del sector a través de medidas de ajuste y de reforma.

Las iniciativas del gobierno estaban destinadas a ordenar el uso de los recursos en función a requerimientos relacionados con los límites presupuestarios. Implicó una reducción de la planta mediante la finalización de contratos, la absorción presupuestaria de cargos y la decisión de no cubrir suplencias. Se suspenden las residencias médicas rentadas en los hospitales provinciales con el argumento de que en medio de la emergencia provincial el estado no podía seguir destinando recursos para la formación de postgrado de los médicos. Además, se da la reducción del personal en el Ministerio de Salud y, como consecuencia de esto, una fuerte concentración en el proceso de toma de decisiones. Este achicamiento afecta la prestación de algunos servicios esenciales donde tareas de alta complejidad estaban a cargo de profesionales contratados, suplentes, interinos, e, inclusive, residentes. Los efectos de todas estas políticas sobre los servicios aparecen como permanentes denuncias de desatención de las personas que acudían a los hospitales, efectos que se evidenciaban a través de la falta de camas, de infraestructura necesaria para una correcta atención, deterioro de los hospitales, problemas con la derivación de pacientes, entre otras cosas. Otra medida que está vinculada, no sólo con el achicamiento del sector público provincial, sino también, con su reconfiguración, es el fuerte proceso de descentralización. Así, la provincia traspasó en poco tiempo más de 400 efectores a los municipios. La transferencia de servicios implicó profundas diferencias entre los municipios con recursos y sin recursos. El discurso oficial sostenía que el Estado provincial sólo garantizaría el segundo y tercer nivel de complejidad en la atención de la salud. En cuanto a las políticas que podríamos definir como de reforma el gobierno avanza sobre la redefinición de la Obra Social Provincial IPAM, así como de la red de hospitales públicos provinciales. Este alto conflicto provincial culminó durante la campaña electoral para elegir gobernador en la provincia.

El 12 de julio de 1999 inicia su gestión José Manuel de la Sota, cumpliendo con sus promesas electorales para el sector salud. Pretendiendo diferenciarse del anterior gobierno, vuelve atrás todas las medidas implementadas por la gestión anterior. Durante la gestión Mestre 1995-1999 el gobierno de la provincia no adhirió a las reformas de salud que se estaban llevando adelante a nivel nacional. Si bien se implementaron algunos programas PROMIN, no se acordó con la orientación general de los cambios que incluía programas financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y Banco Mundial. En la gestión del gobernador De la Sota la provincia se incluye

en estas reformas a través de la incorporación al Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud gestionado por el Ministerio de Salud de la Nación financiado por un crédito del BID. Entre el año 1999 y el 2005, etapa de consolidación, se coordinaron e integraron los efectores *municipalizadxs* en el marco de un nuevo modelo de salud provincial. Se promovió la reapertura y extensión de los servicios públicos restringidos bajo la Ley de Emergencia Pública del gobernador Mestre, se ampliaron las prestaciones a cargo del Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM), actualmente Administración Provincial de Seguro de Salud, se ampliaron las redes de atención hospitalaria, entre otras. Se puso en marcha un Programa Provincial de Medicamentos, destinado a brindar los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorixs de los establecimientos asistenciales públicos, sin cobertura social.

Lo dicho hasta aquí muestra que, la combinación de sucesivos ajustes nominales del gasto, realizados en años anteriores al actual, sumado al proceso devaluatorio en curso durante el año 2002 y a la imprevisión para enfrentarlo, generó efectos dramáticos en el funcionamiento del sector público de la salud.

Para hacer referencia a los años entre 2010 y 2020 se trabajó con un informe del Observatorio de Trabajo, Economía y Sociedad (OTES<sup>1</sup>), el cual revela que el presupuesto total del Ministerio de Salud de la Provincia, tuvo un crecimiento del 55% a lo largo de la década del 2010. Sin embargo, existen dos períodos bien marcados y diferenciados. El primero corresponde al periodo 2010 a 2015. Allí, el crecimiento de los recursos presupuestados alcanzó el 88,2%. Pero en la segunda mitad del 2015-2020, tuvo una gran caída del 17,6% de crecimiento. En el año 2019 el 35% de los hogares de la provincia de Córdoba no contaba con obra social, PAMI, mutual, prepaga, ni algún servicio de emergencia. “En 2011, 2016 y 2019 el nivel del total de la población sin cobertura siempre estuvo por encima del 30%. A su vez, desde 2011 la proporción de personas que no tienen ningún tipo de cobertura aumentó en un 2,3%”, señala el informe.

Durante el 2020 se observó un aumento del 10,2% en cuanto a recursos presupuestados en comparación con el año anterior. Sin embargo, este presupuesto provincial de salud es menor que el del año 2015, por lo que según la OTES no logra recuperar lo perdido en ese lustro. Esto es un primer indicador de la reducción del sistema de salud pública. Por otro lado, también se evidencia que los puestos de trabajo en el sector público aumentaron entre 2010 y

---

<sup>1</sup> El Observatorio de Trabajo, Economía y Sociedad es una construcción colectiva, conformada por economistas, pero con intenciones de ampliarse a todas las ciencias económicas y sociales. Sus objetivos son aportar al análisis económico, político y social de la actualidad argentina, especialmente en la Provincia de Córdoba, y brindar herramientas a distintas organizaciones (sindicatos, cooperativas, etc) para la formación económica y social.

2015, pero a partir del 2015 hubo un retroceso en cuanto a la contratación del personal, encontrándose por debajo de la cantidad de personas empleadas en el ámbito privado. La cantidad de establecimientos de salud dan cuenta del mismo proceso, es decir, que en el año 2019 los establecimientos privados de salud en la provincia duplicaban a los públicos.

En síntesis, con este breve recorrido realizado por la historia, se ha dado cuenta de que las políticas públicas de salud a nivel nacional y provincial, han cobrado características particulares en un complejo y continuo proceso de transformación, con tensiones, conflictos, continuidades y rupturas que inciden en el lugar que ocupa el estado en relación a la atención de las manifestaciones de la cuestión social. Estas modificaciones se interpretan en las políticas en general, y en las maneras en las que se ha configurado la estructura del campo de salud en particular.

### - 1.3 Hacia una reconstrucción de la historia del trasplante: de lo global a lo local

Realizar una historización es necesario para poder pensar y analizar cómo impactan en las construcciones presentes aquellas situaciones que ya sucedieron. La historia del proceso de trasplante no se escapa de esta situación. En la introducción específica de la historia del trasplante, revisando el lugar que ocupó y ocupa en nuestro país y en la provincia de Córdoba, se retoma los aportes realizados de una recopilación de textos y datos en el Departamento Jurídico del INCUCAI (Ponzano, s/f).

El intento por preservar la vida y la función de los órganos es uno de los objetivos de la medicina desde el inicio de los tiempos. Las primeras ideas de un trasplante con fines de vida se remontan a distintos relatos bíblicos. El siglo XVIII, con el desarrollo de las teorías sobre la mecánica y la fisiología de los cuerpos, muestra una serie de intentos de la ciencia por recrear las funciones corporales en criaturas artificiales. En general los intentos se realizaban sobre animales, ya que se suponía que tenían un organismo más elemental, pero con la intención última de poder reproducir la fisiología humana.

Los casos científicamente comprobados datan recién en el siglo XIX, junto con la aparición de los fármacos inmunosupresores y otros avances médicos, se pone fin a los trasplantes experimentales. Es así que comienza una nueva era de los trasplantes, que posibilita salvar la vida de personas en el mundo entero. Este es el inicio de la trasplantología moderna y comienza a convertirse en una práctica terapéutica habitual.

Es a partir de la década del 80 cuando se produce la gran explosión del trasplante en el mundo, incrementando la cantidad de trasplantes realizados en Europa, América del Norte y América del Sur. Aún así, en muchos lugares del mundo el trasplante de órganos no es gratuito. En nuestro país es una práctica que deben cubrir las obras sociales y en caso de no tener una, debe hacerse cargo el Estado.

En el año 1954 en Boston, EE. UU, se logró el primer trasplante renal entre hermanos gemelos, realizado por los Drs. J. Merrill y J. Murray. El primer trasplante de hígado se realizó en 1963, mientras que, en Sudáfrica, el Dr. Christian Barnard realizó el primer trasplante cardíaco en 1967. En la década del 90 las curvas de crecimiento de procuración mundial se acrecientan en casi todos los países, fundamentalmente debido al crecimiento en la indicación de trasplantes por los resultados exitosos que se estaban dando.

El trasplante implica un proceso complejo donde se ven involucradas diversas cuestiones que afectan a quienes deben someterse a ese procedimiento y a quienes intervienen para que esto se lleve a cabo. Como así también a la sociedad y en un plano más abstracto a la ciencia, la política, las ideologías, las culturas, las reflexiones sobre la vida y la muerte, organismo y cuerpo, como ejes que atraviesan y superan lo propio de un acto médico.

A partir de estas cuestiones globales que tiene que ver con el trasplante, es interesante también remarcar cómo fue el recorrido en la Argentina. La historia de la práctica trasplantológica en Argentina no es tan reciente. El primer trasplante en nuestro país fue un trasplante de córneas realizado en el año 1928 por el Dr. Antonio Manes, en el Hospital Rawson de la Ciudad de Buenos Aires. En 1948 el Dr. Ottolengui realiza los primeros injertos óseos en el Hospital Italiano de Buenos Aires, momento en que el Estado Nacional comienza a generar una política relacionada a la actividad. En 1952 se fundó el primer Banco de Córneas y Tejidos. Poco después, en 1957, el Dr Alfredo Lanari realizó el primer trasplante renal en la Argentina. En 1968 el Dr. Bellizzi llevó adelante un trasplante cardíaco en la Clínica Modelo de Lanús.

A finales de los años 70 la práctica del trasplante adquirió un mayor impulso y desarrollo luego del descubrimiento de drogas inmunosupresoras y de la ley que dicta el Estado Argentino para regular esta práctica. Fue la provincia de Córdoba quien en los años '80 adquirió el desarrollo más importante, lugar donde se realizaron los primeros trasplantes de órganos sólidos: cardíaco y hepático.

La instalación y desarrollo de programas de trasplantes hepáticos y cardíacos que se sumaron a los ya consolidados equipos de trasplante renal, permitieron entrar a la década del '90 con una sólida capacidad de procuración e implante multiorgánicos en nuestro país. Se

desarrolló el primer programa de trasplante cardíaco a cargo del Dr. René Favaloro. Los avances científicos posibilitaron concretar trasplantes pulmonares en Argentina en 1992 y la actividad de ablación e implante experimentó un crecimiento sostenido hasta 1995, año en que se detuvo la curva ascendente en la procuración de órganos.

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

Durante el 2012 Argentina alcanzó una tasa de 15,1 donantes por millón de habitantes, lo que la posicionó a la vanguardia en la región en materia de donación. (Ministerio de Salud de la Nación)

- 1.4 ¿Cómo han surgido las leyes a lo largo del tiempo? Recorrido normativo en torno al trasplante

A lo largo de la historia, y acompañando al crecimiento y desarrollo médico en lo que respecta al trasplante, se han desarrollado avances en materia de legislación, campañas de difusión y concientización sobre la temática en Argentina y el mundo.

En la década del 70 la temática del trasplante tomó impulso en nuestro país a partir del descubrimiento de las drogas inmunosupresoras, las cuales reducen la posibilidad de rechazar el órgano que se recibe. Frente a este contexto se dio un aumento en la demanda de trasplantes y se sanciona en 1977 la Ley N° 21.541, creando el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI). El mismo nació como un organismo centralizado dependiente del Ministerio de Bienestar Social y la Secretaría de Salud Pública, que regulaba la donación de órganos y control de los trasplantes. Esto fue un avance con respecto a la organización de la procuración de órganos y su distribución en todo el territorio nacional, que se afianzó con el correr de los años. El CUCAI comenzó a funcionar como primer organismo de procuración para tutelar el cumplimiento de la ley a nivel Nacional, lo cual implicaba estar a cargo de la normalización de la actividad, regulando la donación de órganos y supervisando los trasplantes.

En 1983, se aprobó la Ley de Diálisis N° 22.853 que contenía las reglamentaciones correspondientes en torno al tratamiento tanto en el ámbito público como privado. La diálisis es uno de los tratamientos para tratar la insuficiencia renal, enfermedad crónica que muchas veces precede al trasplante de riñón. En el capítulo tres se desarrolla detalladamente la relación entre enfermedad crónica, diálisis y trasplante. Esta ley logró un importante avance en materia de salud en relación a la insuficiencia renal crónica, ya sea desde el tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis.

En la década del '90 se comenzaron a promover políticas sanitarias descentralizadas que impulsaron nuevas instancias de coordinación. Debido a esto, se crearon organismos jurisdiccionales en la mayoría de las provincias argentinas, optimizando la cobertura territorial y posibilitando a las personas que realicen las cuestiones propias al proceso de trasplante en la región en que residen. Con la sanción de la Ley N° 23.885 el CUCAI se convirtió en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), organismo autárquico dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

A partir del crecimiento de la procuración en la Provincia de Buenos Aires, se pone en funcionamiento oficialmente dentro del Sistema Público de Salud el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Buenos Aires (CUCAIBA). Se suman como organismos jurisdiccionales: CADAIC en Córdoba, que a los años pasa a llamarse E.Co.D.A.I.C, CUDAIO en Santa Fe, INCAIMEN de Mendoza, CUCAICOR de Corrientes, CUCAIER de Entre Ríos, así como los organismos correspondientes a las provincias del sur de nuestro país. Se consolidaron los aspectos legislativos tanto a nivel nacional como en lo provincial y se logra que en la actualidad todas las provincias argentinas tengan, con un mayor o menor grado de desarrollo, organismos jurisdiccionales oficiales de procuración de órganos y tejidos para trasplantes.

En el año 1993 se sancionó la Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos N° 24.193 y en el año 2005 se sancionaron las modificaciones a la misma. A partir de la Ley N° 26.066, se instauraba ya la carátula de donante presunto: toda la sociedad argentina comenzó a ser considerada como donante de órganos y tejidos a menos que se registre oficialmente su voluntad negativa a la donación. Sin embargo, esto en la práctica no se implementó, ya que se continuaba priorizando la decisión de los familiares directos de la persona fallecida.

Hasta ese momento, las leyes contemplaban a las personas en proceso de salud-enfermedad como pacientes dentro de la práctica médica, sean donantes o receptores de un trasplante.

“(…) los propietarios de los servicios de salud, los profesionales médicos y la industria farmacológica y la seguridad social habían regulado y reglamentado el campo del trasplante. Pero sobre el sujeto trasplantado poco y nada se reglaba en términos de derechos y obligaciones.” (Ferreira, 2018, p. 2)

En diciembre del 2013 se sancionó la Ley Nacional N° 26.928 que creó el Régimen de Protección Integral para Personas Trasplantadas y en lista de espera. Esta ley fue impulsada por la Comisión Asesora de Pacientes (CAP) del INCUCAI y sancionada gracias a la lucha y al trabajo de muchas personas e instituciones. Las mismas continúan siendo parte del proceso de trasplante para darle a esta población respaldo legal y visibilización a nivel legislativo y social. El régimen que la ley creó “busca asegurar la plena integración familiar y social de las personas transplantadas o en lista de espera, reconociendo sus derechos y necesidades específicas”. Se trata de proteger y brindar a estas personas diversas herramientas para que puedan garantizar su derecho a la salud, al trabajo y a poder realizarse como personas en sus vidas cotidianas y en la sociedad en general, sin que el hecho particular de haber o estar atravesando un proceso de trasplante influya de manera negativa, directa o indirectamente.

A partir de esta ley el sujetx hacia el que está dirigida la intervención que se realizó es construcción de una nueva figura legal que lx diferencia de la nominación de *discapacidad*. La última es una denominación anterior con la cual las personas que atravesaban un proceso de trasplante eran identificadas legal y socialmente. Se aborda ahora al sujetx no como una persona individual ni aislada, sino dentro de un marco social que reconoce sus derechos y necesidades dentro de un abordaje de salud integral.

De acuerdo a la nueva Ley de Donación y Trasplantes en Argentina N° 27.447, conocida como “Ley Justina”, sancionada en agosto del 2018, se reforzó el concepto de donante presunto. Esta ley lleva el nombre de una niña que esperó un trasplante durante alrededor de seis meses en estado crítico, y al no recibirlo a tiempo, falleció. Ella, su familia, y otras personas en proceso de trasplante, fueron activistas de la donación de órganos. A través de campañas que se viralizaron en las redes sociales y los medios de comunicación, impulsaron la sanción de la ley. Todas las personas mayores de 18 años son potenciales donantes de órganos y tejidos, a menos que hayan registrado oficialmente su voluntad negativa y de manera expresa. La negativa familiar ya no constituye el factor central que incide en la obtención de órganos y tejidos para trasplante, sino que esto se ha redireccionado a respetar únicamente la decisión de quien va a ser donante. Esta ley también regula las actividades relacionadas a la obtención y utilización de órganos, tejidos y células de origen humano en

nuestro país incluyendo la investigación, promoción, donación, extracción, preparación, distribución, el trasplante y su seguimiento. La cantidad de donantes aumentó desde entonces de manera sostenida. Esto constituye un acontecimiento crucial en nuestro país, que refleja y refuerza la actitud positiva de la sociedad respecto de la temática del trasplante, y da un sustento legal a las políticas y gestiones implementadas hasta el momento.

En cuanto a las leyes provinciales de Córdoba que orientan las acciones para dar el cumplimiento de las leyes anteriores nombradas, encontramos la Ley N° 8.814/1999 de creación del Ente Coordinador de Ablación e Implante y la Ley N° 9.146/2004 a partir de la cual se le permitió a E.Co.D.A.I.C la obtención de fondos y recursos para la procuración, ablación, implantes y postrasplante en la provincia.

Una de las tensiones que se da en este campo tiene que ver con que la provincia de Córdoba no adhirió aún a la Ley Nacional N° 26.928 que mencionamos antes. Esta situación influye negativamente en las personas en proceso de trasplante debido a que no se puede ofrecer el cumplimiento total de los derechos planteados y acordados. Tal es el caso de acceso a los servicios de transportes local y provincial, por lo que las personas que viven en Córdoba sólo pueden usar la credencial para los transportes terrestres de carácter nacional. Los organismos provinciales o de servicios aducen desconocer las obligaciones que se plantean en la ley. Para contrarrestar esta situación se ponen en marcha acciones y estrategias para que las personas puedan acceder a los derechos que la ley les otorga. Por ejemplo, desde E.Co.D.A.I.C se gestionaron acuerdos con la Secretaría de Transporte a partir de los cuales las personas en proceso de trasplante del interior provincial pueden acceder al pase libre de transporte. También se llevaron adelante acuerdos con la Comisión Nacional de Pensiones en Córdoba para agilizar y poner en práctica la gestión de las asignaciones no contributivas que le corresponden a esta población.

Actualmente se puede sostener que se posee un marco normativo que regula a este campo en específico y que, por lo tanto, se constituye en una herramienta a la que todas las personas en proceso de trasplante tienen acceso para hacer exigibles el cumplimiento de sus derechos. Al realizar un recorrido analítico por este marco normativo, se pudo determinar, por un lado, los derechos y garantías reconocidos, y dar cuenta de los avances que se han logrado en la legislación de la problemática de trasplante.

A partir de esta reconstrucción en cuanto a la normativa y teniendo en cuenta los cambios que se fueron dando con el tiempo en relación a la salud y el trasplante, es que se comienza a perfilar un juego de necesidades y demandas que requieren la intervención de la disciplina del Trabajo Social en este campo.

### - 1.5 Trabajo Social, salud y trasplante

El Trabajo Social es una disciplina inserta en un campo de intervención que es “un espacio complejo y conflictivo, en el que coexisten prácticas de distinta naturaleza y de diferente orden. Confluyen en él [*espacio*] movimientos sociales, prácticas sindicales, culturales, profesionales, propuestas gubernamentales, instituciones religiosas.” (Aquin, 2013, p. 67)

Es ahí dentro donde confluyen los procesos de redistribución secundaria del ingreso, los procesos de reproducción cotidiana de la existencia y sujetos con dificultades para reproducir su existencia. Es en esa compleja intersección que el Trabajo Social encuentra su particularidad, con el objetivo de trabajar sobre los procesos a través de los cuales las personas satisfacen sus necesidades.

La historia de la profesión en el país se remonta a comienzos del siglo XX, donde lo que guiaba la acción era la caridad. A través de distintos procesos históricos, suceden dos cosas. La primera es que se crea la figura de “auxiliar” de la medicina, las visitadoras sociales, con el objetivo de educar a la población en cuestiones de aseo y ayudar a no colapsar un sistema sanitario enclenque. Si bien años más tarde se elimina el “social” del plan de estudio, la conexión entre el campo de la salud y el Trabajo Social se remonta a ese momento. La segunda tiene que ver con la creación en 1948 de la Fundación Eva Perón, donde comienza a cambiar el discurso acerca de lo social: ya no se hacía caridad, ni filantropía, ni ayuda. Lo que primaba en la acción era la Justicia Social. Aparecen los primeros antecedentes de la conformación de una disciplina más independiente, que comienza a desligarse de su “origen”. Estas dos cuestiones imprimieron en la profesión un habitus que aún hoy perdura.

En los años 50 y 60 la complejidad creciente del campo de la salud demandó una modificación organizativa y se conformaron lo que hoy conocemos como los hospitales. “La función de los trabajadores sociales era fundamentalmente de control social, vinculado especialmente a la terminación o no abandono de tratamientos y lo referido a enfermedades infectocontagiosas (TBC, Lepra, Sífilis). Incluía también funciones educativas puntuales” (Crosetto, Bilavcik y Paviolo, 2014, p. 11).

La trayectoria del Trabajo Social en el campo de la salud es resultado de diversos procesos que confluyen y se entrelazan en las relaciones entre sujetos/agentes en diferentes espacios institucionales y contextos socio-

históricos, de donde surge la conformación de un habitus profesional.

(Nucci, Crosseto, Bilavcik y Miani, 2018, p. 17)

Esto implica pensar en las coyunturas a partir de las cuales se incorpora el Trabajo Social a este campo, como así también en las disputas con otras profesiones, con respecto a la posición de nuestras intervenciones. El Trabajo Social como disciplina y lxs trabajadorxs sociales como profesionales evidencian una relación histórica con el sistema sanitario, y con el cuidado de la salud.

El Trabajo Social aporta al campo de la salud una lectura desde la especificidad profesional comprendida en procesos complejos en los que se relaciona el Estado, las políticas sociales, las instituciones y lxs sujetxs. Las estrategias de intervención deben, necesariamente, ser desarrolladas en el marco del derecho a la salud y vigencia de los derechos humanos. La profesión introduce nuevas miradas en relación a lxs sujetxs que demandan los servicios de atención a la salud, ampliando y fortaleciendo el ejercicio de los derechos sociales. Se puede afirmar que los procesos de intervención en salud para la profesión de Trabajo Social presentan a lo largo de los años cambios, rupturas, desafíos, disputas y luchas.

En la provincia de Córdoba el trasplante es un campo de intervención relativamente nuevo para el Trabajo Social, la búsqueda de bibliografía sobre el tema es compleja porque es escasa. Los servicios sociales empezaron a intervenir a medida que se fue incorporando y desarrollando esta práctica médica en las distintas instituciones de salud. Sin embargo, algunxs trabajadorxs sociales que llevan a cabo su trabajo en esta área específica han sistematizado sobre la misma, por lo que se puede encontrar ciertos trabajos y publicaciones realizadas. Es relevante indagar sobre esto a partir de entrevistas a profesionales que han trabajado y trabajan en la temática de trasplante en distintos hospitales de la provincia de Córdoba. Los datos e información recabada sirven para dar cuenta de que manera se han incorporado a las intervenciones del Trabajo Social al campo del trasplante.

Luego de realizar dos entrevistas a profesionales del Trabajo Social, fechadas el 23 y 24 de marzo de 2021, se comenzó con la historización del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios. En el Hospital Italiano de Córdoba se incorporó una de ellas en el año 1985. Expresó que en la década del 90 comienzan a darse las exigencias desde INCUCAI para la incorporación de profesionales de Trabajo Social y de salud mental a equipos de trasplantes.

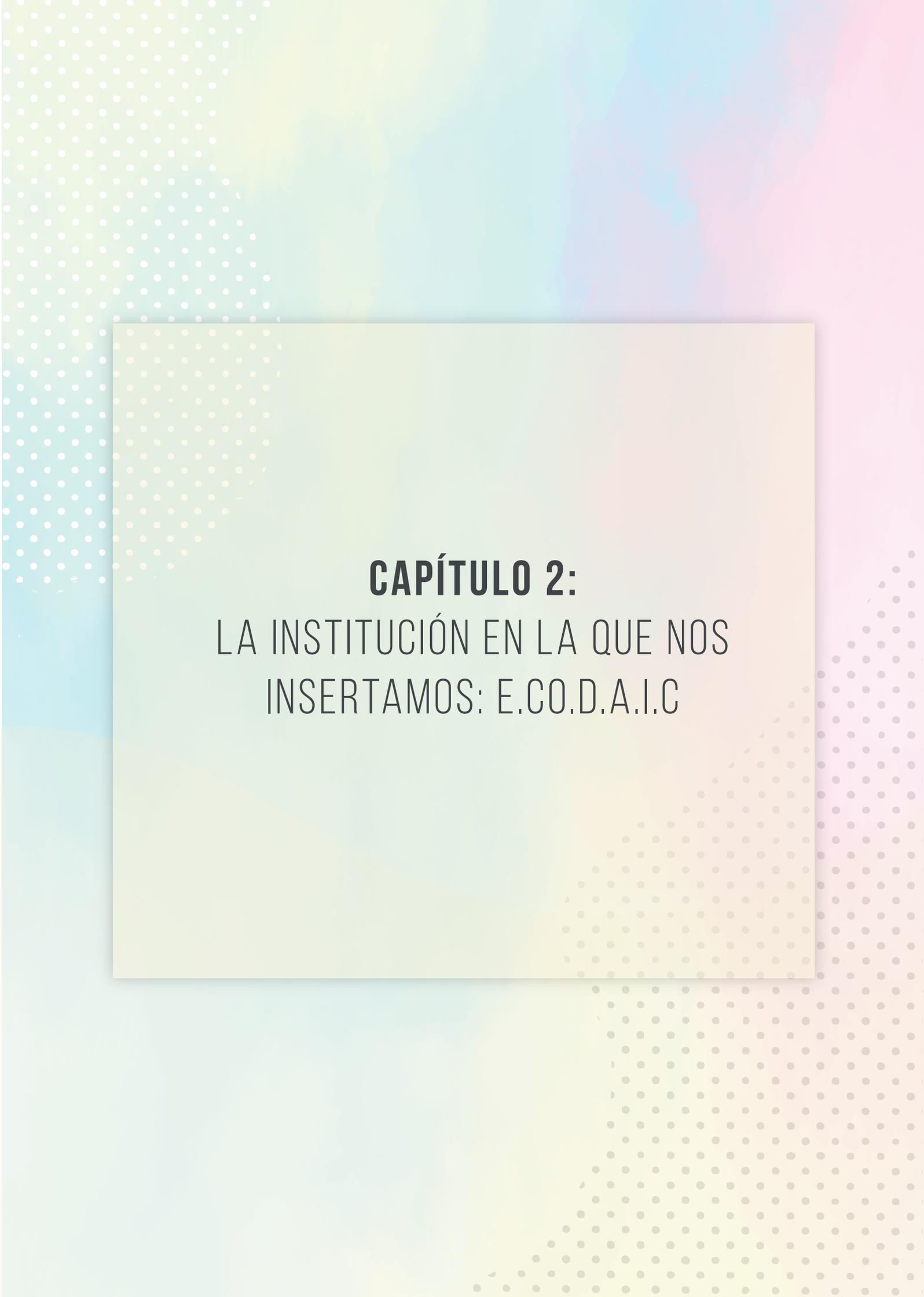
(...) se promovía el trabajo desde la multidisciplina y la importancia de conocer a lxs sujetx con lxs que se va a trabajar desde su complejidad y el contexto en particular de cada unx de ellxs, esta novedad comienza a darle

mayor fuerza al Trabajo Social y a diferenciarlo de las demás disciplinas.  
(E2-TS1-18 marzo de 2021)

La entrevistada también manifestó que para conocer cómo trabajar en la temática, tuvieron que especializarse a través de observaciones en hospitales de la provincia de Buenos Aires que eran parte de la formación. Las intervenciones estaban orientadas a la persona en todo el proceso de trasplante y su familia, teniendo en cuenta las variables socioeconómicas. Sin embargo, y con el paso del tiempo, se afianzó la idea de que estas variables no deben ser un impedimento para poder acceder al trasplante y lograr la adherencia al tratamiento. Estas situaciones debían ser un lugar para la intervención profesional y con ello lograr el desarrollo de estrategias en pos de los derechos, por lo que se comenzó a tener en cuenta otras variables, como por ejemplo las culturales.

De esta manera, dentro de las intervenciones se generan vínculos simbólicos entre lxs sujetxs y lxs profesionales del Trabajo Social, ya que estxs últimxs participan en todas las etapas del proceso. Están compuestas por el pre trasplante, que contempla los momentos de la inscripción en lista de espera, aquí el profesional interviene con lxs sujetxs en cuanto al conocimiento de sus derechos, qué significa el trasplante y todas aquellas incertidumbres que lxs atraviesan. Otro de los momentos incluye al trasplante en sí, y por último el postrasplante, que implica desde el momento que termina el procedimiento y se extiende a lo largo de toda la vida de las personas, trabajando fundamentalmente en la adherencia al tratamiento y los cambios que se dan en la vida cotidiana de la persona y la de su entorno. A través de las voces de las distintas profesionales que comenzaron a cuestionarse y trabajar esta problemática, se fue considerando que la intimidad del sujetx es un área que compete al Trabajo Social involucrarse y estudiar, para darle más énfasis a las dimensiones cualitativas. Cuando hablamos de la intimidad del sujetx se hace referencia a la singularidad y diversidad de cada unx, ya que cada persona lleva consigo un contexto que lx diferencia y caracteriza de lxs demás. Es decir, ver al sujetx desde el lugar de escucha, poseedor de la palabra y no como un todo.

Se plantea, entonces, como unos de los desafíos a profundizar desde lo disciplinar, la información de aquellas categorías y especificidad médica necesaria para comprender el lugar de intervención del Trabajo Social en el proceso de un trasplante. Se busca así generar un espacio interdisciplinario que incorpore la mirada de lo social como proceso de intervención.



**CAPÍTULO 2:**  
LA INSTITUCIÓN EN LA QUE NOS  
INSERTAMOS: E.CO.D.A.I.C

## **Capítulo 2**

### **La institución en la que nos insertamos: E.Co.D.A.I.C**

En este capítulo se analiza el escenario de la intervención. Parte de este análisis fue clave y relevante a la hora de darle comienzo a la intervención, por lo que es pertinente retomarlo, ordenarlo y nutrirlo de nuevos contenidos e información.

En primer lugar, se realiza una presentación general de la institución/organización desde la cual se llevó adelante la intervención pre-profesional, en conjunto con su historización.

Se exponen dos definiciones para hablar de E.Co.D.A.I.C ya que la concepción de organización contiene a la de institución, además que E.Co.D.A.I.C es el sustento material de una serie de relaciones, disposiciones, entramados donde se materializan diferentes posiciones.

Se analizan las posiciones que la institución tiene respecto a los procesos de salud-enfermedad. En segundo lugar y vinculado a lo anterior, se desarrolla, por un lado, el contexto de surgimiento del Servicio Social y por el otro, las líneas centrales de trabajo del Servicio Social. Finalmente, se cierra el capítulo desarrollando como el contexto de pandemia interpeló y en qué aspectos afectó a la profesión dentro de la institución.

Dicho esto, como punto de partida para el análisis de la institución/organización en la cual se desarrolló la práctica pre-profesional, se recupera la noción de que

La institución es un conjunto de formas y estructuras sociales; también de configuraciones de ideas, valores y significaciones instituidas que, con diferente grado de formalización, se expresan en leyes, normas, pautas y códigos, que no necesariamente deben estar escritos, ya que se conservan o transmiten oralmente, sin figurar en ningún documento. (Garay, 2006, p. 151)

En este sentido, las instituciones son lógicas que regulan una actividad humana, mientras que la organización designa modos concretos en los que se materializan las instituciones. Estas últimas contemplan los modos de disponer recursos, tiempos, tecnologías, división de trabajo, estructuración de conducción y jerarquía. (Garay, 2006)

## 2.1 Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba

La inserción del equipo de tesistas se realizó en el Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (E.Co.D.A.I.C), ubicado en Barrio Güemes, dentro del predio del Hospital Misericordia. El mismo es dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, siendo organismo jurisdiccional del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Este último tiene como funciones regular, coordinar y fiscalizar la actividad de procuración y trasplantes de órganos, tejidos y células a nivel nacional. También se encarga de otorgar habilitaciones y autorizaciones a establecimientos y equipos de profesionales para la práctica de trasplante, además de confeccionar y actualizar las listas de espera.

E.Co.D.A.I.C. funciona como ente fiscalizador, encargado de promover, regular y coordinar las actividades relacionadas a la procuración y al trasplante en la provincia de Córdoba. Se considera al propio E.Co.D.A.I.C como una política que pertenece al gobierno provincial. Esta tiene como objetivo garantizar a lxs ciudadanxs argentinxs residentes en la provincia de Córdoba el acceso equitativo a tratamientos trasplantológicos para enfermedades que comprometen la vida o la calidad de la vida. Para acceder a la atención en E.Co.D.A.I.C, en caso de ser de otra provincia, es necesario dar cuenta de la residencia en Córdoba, o poseer la residencia permanente en caso de ser de otro país.

Para seguir profundizando y resignificando el escenario, se realizó una reconstrucción histórica de lo que significa el trasplante en la provincia de Córdoba y lo que lleva al surgimiento de E.Co.D.A.I.C como institución para regular esta área de la salud.

La procuración de órganos en la ciudad de Córdoba comenzó a desarrollarse en el Hospital de Urgencias en el año 1978 de manera personal, a cargo de los doctores Edgar Lacombe, Alcides Fagalde y Guillermo Herrera, que pertenecían a dicho Hospital bajo la dirección del INCUCAI. En el año 1985, ante la necesidad de tener un organismo que se encargue de la procuración de órganos en nuestra provincia se crea por Decreto Ministerial del 10 de octubre de 1985 el Consejo Asesor Provincial de Coordinación y Promoción de Ablaciones e Implantes de Órganos.

A principios de los noventa se dio un crecimiento sostenido y diverso de la procuración en las distintas regiones del país. Debido a esta situación, se desarrollaron instancias de organización y coordinación por la cual se promulgó la Ley Provincial N° 7733, que creó el Consejo Asesor de Ablación e Implantes de Córdoba (CADAIC). Se consolidaron los

aspectos legislativos tanto en lo nacional como en las provincias, y se logró que en la actualidad, todas las provincias argentinas tengan, con un mayor o menor grado de desarrollo, organismos jurisdiccionales oficiales de procuración de órganos y tejidos para trasplante.

En el año 2011 se inauguró la nueva sede del E.Co.D.A.I.C en conjunto con el Banco de Multitejidos en el predio del Hospital Misericordia, dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, lo que permitió unificar en un mismo espacio físico el funcionamiento de las áreas médico-administrativas, de informática y social del organismo de procuración de órganos provincial. E.Co.D.A.I.C tiene como objetivo promover, regular, fiscalizar y coordinar las actividades relacionadas con la procuración y el trasplante de órganos, tejidos y células en el ámbito provincial, garantizando “transparencia, equidad y calidad”, además del trabajo multidimensional con personas en proceso de trasplante.

En cuanto a la estructura organizativa el mismo se conforma por diferentes áreas de trabajo: Servicio Social, Área de Comunicación, Auditoría Médica, Área Operativa, Administración, Directorio y Banco de Multitejidos. Las mismas no llevan adelante un trabajo interdisciplinario de manera continua, aunque en ciertas ocasiones trabajan de manera conjunta para definir y evaluar estrategias. La idea es dar respuestas conjuntas a la problemática de salud que la institución aborda.

Como en toda institución, existen diferentes posiciones, trayectorias y miradas entre lxs sujetxs que la conforman, las cuales hacen de ella un espacio complejo que atraviesa tensiones de manera constante. Es así que no se puede dejar de mencionar que dentro del E.Co.D.A.I.C conviven diferentes concepciones y prácticas respecto a la salud, algunas enfocadas en la mirada del modelo médico hegemónico, mientras que otras a una mirada abocada a lo multifactorial. Esto se debe, entre otras cosas, a las diferentes formaciones profesionales que convergen dentro de la institución como así también a las experiencias individuales y colectivas de cada miembro de E.Co.D.A.I.C.

Se puede ver como ejemplo de esta situación uno de los casos que se estaban trabajando durante el proceso de inserción a la institución, donde una niña de aproximadamente 10 años<sup>2</sup>, en tratamiento de diálisis, estaba físicamente apta para que su trasplante fuera llevado adelante. Desde el Servicio se realizó una intervención domiciliaria, a pedido de la médica de cabecera, donde se evaluó que las circunstancias concretas del domicilio de la niña y su unidad doméstica no iban a permitir que ella atravesara un post trasplante en su hogar, en cuanto a las características edilicias que se consideraban necesarias. Cabe aclarar que, para que el

---

<sup>2</sup> Los datos reales han sido modificados para respetar la privacidad de la niña.

trasplante sea exitoso es necesario que la persona que se encuentra atravesando el post trasplante cuente con una vivienda en óptimas condiciones de habitabilidad, con baño instalado, sin humedades o filtraciones de agua en los techos y con puertas y ventanas. Además, la capacidad en la participación de la persona y su unidad familiar en el autocuidado como un factor muy importante. Desde E.Co.D.A.I.C se abordó de manera multidisciplinaria este caso ya que involucró a profesionales médicos y a trabajadores sociales (Cuaderno de campo, noviembre de 2019).

Es importante reconocer que al interior de E.Co.D.A.I.C se dan procesos de retroalimentación continua entre la medicina, encargada de que los trasplantes puedan existir en primer lugar, y todas las demás disciplinas que componen la institución. Trabajo Social, Comunicación Social, Psicología, entran en tensión y generan situaciones nuevas a la hora de pensar los procesos médicos, dando como resultado aportes que enriquecen a todas las disciplinas implicadas y al trasplante en sí.

### ***2.1.1 El surgimiento y la institucionalización de la división de Trabajo Social***

En este apartado se recuperan las palabras de quien fue la jefa del Servicio Social durante nuestro proceso de intervención, Eugenia Ferreyra Centeno. Se le realizó una entrevista informal para reconstruir la historia del servicio social dentro de E.Co.D.A.I.C, a través de su trayectoria y experiencia en la incorporación del Trabajo Social a la institución a lo largo de los años.

En el año 1995 en CADAIC se solicitó el pase por un año de una trabajadora social, pero sin dejar en claro la función que cumpliría dentro de la institución. La indefinición del puesto llevó a que participara en actividades de logística referidas a la procuración y a la difusión. Debido a que no tenía una función específica, concluido el año de pase en la institución, regresó al Hospital Córdoba.

Con el tiempo, solicitaron nuevamente el pase en comisión por parte de la Dirección de Administración del Ministerio de Salud de la Provincia, lo cual requirió que alguien lleve adelante la organización de la facturación de la procuración de órganos del CADAIC. Es así que en el año 1999 se sugirió a la trabajadora social, que ya había trabajado en la institución, para que lleve a cabo las actividades de facturista administrativa. Con el listado de los operativos, los órganos procurados y los receptores de esos órganos, se confeccionaban las facturas y se presentaban en las obras sociales. Esta tarea requería de alguien que entendiera del tema ya que muchas obras sociales desconocían el procedimiento. Se debía informar a las mismas y lograr que se efectuara el pago del costo del operativo de procuración. *“Se debía*

*explicar a las obras sociales que no se vendían los órganos sino servicios requeridos para llegar a la donación”.* (E1-E-10 de marzo 2021)

Algunxs profesionales de Trabajo Social del Ministerio de Salud de la Provincia no consideraban aceptable que una trabajadora social realizara las actividades de facturista.

(...) sin entender que el objetivo de estar cumpliendo esa función era por el simple hecho de ganar terreno para la profesión en el área ministerial, para así generar un nuevo espacio con incumbencia en la donación de órganos y trasplante. (E1-E-10 de marzo 2021)

En esta época se comenzó a solicitar la cobertura de trasplante de médula para que el Ministerio los financiara. La secretaria privada del Ministro requirió ayuda para llevar adelante estos pedidos y así nuevamente ejerció esa actividad la trabajadora social, que se encargó de buscar los recursos para atender las solicitudes de los trasplantes de médula (subsidios nacionales). Al poco tiempo solicitó que se le asigne un cargo definido, ya que hasta el momento no lo tenía y su responsabilidad en los procesos era de importancia. Es así que le conceden el cargo de Coordinadora del Área Social de CADAIC. El año 2000 es cuando por primera vez se hablaba de la formalidad de un trabajador social en trasplante. Este espacio se encargó de la evaluación de casos de trasplante, evaluaciones pre trasplante, determinación de riesgo, derivación de muchos casos a la provincia de Buenos Aires, entre otras actividades.

En el año 2003 se incorporó una trabajadora social al área Programa Federal (actualmente Incluir Salud) en el Ministerio de Salud de la Provincia, en ese momento ambos compartían directora. Se comenzó a trabajar de manera conjunta para desarrollar estrategias e intervenciones orientadas desde el Trabajo Social. Las primeras ideas tenían que ver con que los hospitales dieran una evaluación social rápida y detectar debilidades de la persona que requería el trasplante. Se confeccionó de manera conjunta (trabajadores sociales del E.Co.D.A.I.C, PROFE y los hospitales provinciales de la Capital) el primer informe social para la valoración social de la persona que se le indicaba un trasplante, luego se realizaron las primeras entrevistas domiciliarias, *“íbamos a terreno”* (E1-E-10 de marzo 2021), desde E.Co.D.A.I.C y PROFE.

En el año 2005 convocaron a trabajadores sociales de diferentes hospitales y centros de diálisis, para poner en marcha la primera Comisión de Trabajo Social y Trasplante. Se trató de un espacio disciplinar que generó herramientas para el abordaje del trasplante. En la misma se buscó capacitar colegas de otras instituciones, entendiendo la información como el eje central, y se comenzó a confeccionar el primer manual de trasplante. También se incorporó a

trabajadoras sociales de la residencia de salud familiar para un relevamiento que se requería en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende.

Entre los años 2007 y 2008 el área social de E.Co.D.A.I.C se muda al Hospital San Roque viejo ya que antes pertenecía al nivel central del ministerio.

Desde el INCUCAI se sugirió que alguien del Área Social debía hacerse cargo de la difusión y promoción de la donación de órganos, sumándose a diferentes eventos desde el Ministerio de Salud de Córdoba. Pero con el tiempo se demostró que esto no correspondía a la profesión de trabajo social sino a un área de comunicación.

En el año 2011 se le otorga la estructura orgánica a E.Co.D.A.I.C, *“ya que hasta ese momento contaban con una estructura orgánica no reconocida”* (E1-E-10 de marzo 2021). Lo cual implicó organizar niveles de jerarquía con su respectiva distribución de recursos. A partir de esto comenzó una disputa por el reconocimiento del Trabajo Social como división, para mostrar que a nivel institucional la disciplina había ganado terreno y posición. En ese mismo año, se logró la incorporación de un trabajador social a la división a través de un pase en comisión solicitado y avalado por la División de Trabajo Social.

En el año 2015 por un administrativo promovido por la División de Trabajo Social se nombró una Trabajadora social con un cargo suplente. Quedando conformada así la planta de Trabajadores Sociales. En el mismo año y ante la salida de la secretaria de la División, se posibilitó el ingreso de pasante de Trabajo Social.

A partir de las palabras de Eugenia Ferreyra Centeno, se recupera la idea de que E.Co.D.A.I.C es una institución de procuración de órganos y por lo tanto está abocada, en principio, a las profesiones de medicina y enfermería. Por lo cual, el desarrollo de otras áreas van surgiendo a partir de las demandas de quienes atraviesan un proceso de trasplante. Es por esto y a partir de las particularidades nombradas anteriormente que se reconoce y se apuesta a la fuerza corporativa del Trabajo Social, a la capacidad de negociar y al trabajo colectivo con diferentes instituciones/organizaciones para potenciar el espacio profesional, ya que individualmente no se podrían lograr de la misma manera los objetivos propuestos en los diferentes momentos institucionales.

### ***2.1.2 Aproximaciones acerca del Servicio Social en E.Co.D.A.I.C***

El Servicio Social es una de las áreas que compone al E.Co.D.A.I.C, en el momento de nuestra inserción contaba con cuatro trabajadorxs sociales, tres en planta permanente, unx de ellxs con cargo de jefa del Servicio y uno con cargo de suplente. Además, formó parte una

pasante, Magali, quien también es partícipe de esta tesina. Ella fue quien nos introdujo a este campo de la profesión, que poco conocíamos.

La información acerca de cómo se llevan adelante las intervenciones del Trabajo Social en la institución, provienen en parte de sus experiencias como pasante, y en otra, de entrevistas que se tuvieron con profesionales del Servicio Social y personas de otras áreas.

E.Co.D.A.I.C es una institución que ha sido históricamente atravesada por el modelo médico hegemónico, donde se mantiene la mirada paciente-médicx a la hora de nombrar a lxs sujetxs con lxs que se trabaja. Dentro de la institución, algunxs profesionales del Servicio Social cuestionan esta visión introduciendo la concepción de personas en proceso de trasplante como sujetxs de derechos y entendiendo a la salud-enfermedad-atención como un proceso social. La predominancia del modelo médico hegemónico existe y prevalece en la mayoría de las profesiones que confluyen dentro de la institución. Lo anteriormente mencionado se observó a lo largo del proceso de intervención a partir de ciertas situaciones y entrevistas con lxs profesionales de las otras áreas, aunque cabe destacar que si bien existen situaciones que se encuentran enmarcadas dentro de este modelo, en distintos momentos son puestas en cuestión o reflexión por distintxs profesionales.

Desde el Servicio Social no se trabaja solamente con personas que transitan procesos de salud-enfermedad-atención y requieren de prácticas médicas de alta complejidad, como puede ser un trasplante, sino que además se abordan y se consideran las situaciones sociales que involucran vulneraciones de los derechos de esta población en sus procesos de salud-enfermedad. Este aspecto es el que permite comprender la necesidad de avanzar desde la profesión en esta área de la salud con el objetivo de sentar las bases para consolidar y fortalecer la especificidad profesional. Asimismo, se otorga legitimidad ante otras disciplinas para hablar de *lo social* y distanciarnos de prácticas con mirada médica hegemónica en el campo de la salud. A pesar de lo anterior, como se desarrolla en el capítulo uno, este distanciamiento y criticidad hacia la medicina hegemónica no es propio de la disciplina sino más bien es un camino que se elige a lo largo de la formación y el ejercicio.

Si bien lxs profesionales de Trabajo Social construyen cotidianamente mayores márgenes de autonomía profesional, entendiendo a la misma como “una búsqueda que orienta la forma en la que proponemos posicionarnos como profesionales, y en definitiva, como actor que debe trabajar la diferencia para constituirse en un nosotros” (Peralta, Pinotti, Bossio y Videla, 2016, p. 9), se pueden identificar representaciones sociales que colocan a la disciplina en una posición de subordinación con respecto a otras profesiones o disciplinas, especialmente por la preponderancia del pensamiento médico hegemónico dentro de la institución. Por ejemplo,

muchas de las decisiones que se toman desde el Servicio Social vienen acompañadas de la aceptación y confirmación por parte del directorio médico de la institución. En esta línea, al Servicio se derivan cuestiones administrativas o de auditoría que no corresponden a Trabajo Social y deben ser resueltas por otras áreas de la institución.

Al mismo tiempo se reconoce como positivo para la profesión el hecho de que la institución posibilite el acceso constante a capacitaciones teórico-prácticas que contribuyen a la actualización de conocimientos en la temática que abordan. También se considera importante la apertura que E.Co.D.A.I.C. tiene con la Universidad, participando en varias oportunidades del programa de pasantías de Trabajo Social, y por primera vez en el año 2019 recibieron practicantes de tesis, permitiendo así el intercambio y el debate sobre distintas formas de visualizar las problemáticas relacionadas al trasplante.

## -2.2 Las intervenciones del trabajo social en el escenario institucional

La atención que brinda E.Co.D.A.I.C se encuentra direccionada a fortalecer el proceso de trasplante desde el momento en el que lxs médicxs lo indican, la persona accede a llevar adelante la posible intervención e ingresa a la lista de espera del INCUCAI. A partir de esta primera instancia, lxs profesionales de Trabajo Social se contactan con la persona que se encuentra en esa situación, brindándole toda aquella información que sea pertinente para acceder plenamente a sus derechos. En algunas situaciones, se ponen en contacto con lxs trabajadorxs sociales de los hospitales y/o centros de diálisis cabecera de las personas que reciben el tratamiento, por lo que la relación con las personas que acuden al Servicio Social puede ser complementaria de ese primer contacto con lxs colegas.

Lxs profesionales del Servicio Social intervienen en aquellos aspectos sociales que inciden en las condiciones de vida de la población que se encuentra en proceso de trasplante. Esto se lleva adelante a través de intervenciones tendientes a motivar a las personas en proceso de trasplante a participar en acciones de promoción, prevención, y recuperación de su salud. Buscan garantizar el derecho a la información a las personas mediante distintos folletos informativos, facilitando el acceso al conocimiento de sus derechos, trabajando de manera intersectorial con el área de Comunicación. También se promueve la adherencia al tratamiento, además de llevar a la práctica la Ley Nacional N° 26.928 de Protección integral para Personas Trasplantadas y en Lista de Espera, con la gestión y entrega de credenciales que acrediten tal situación y el cumplimiento de sus artículos en la provincia de Córdoba. Esta

es vista como la oportunidad de tomar contacto con una población ampliada de personas trasplantadas y en lista de espera.

Algunas de las técnicas llevadas a cabo en la intervención con estas personas son las entrevistas como así también las observaciones, en situaciones particulares, como cuando hay demanda relacionada a cuestiones socioeconómicas. En estos casos lxs profesionales del área social gestionan recursos para diversas demandas, posicionándose sobre esto desde una mirada de derechos que otorgan las leyes existentes, tales como la asignación no contributiva respaldada por la Ley N° 26.928. Se realizan informes sociales y procesos de articulación con trabajadorxs sociales de los servicios de otras instituciones y/o hospitales de las ciudades de Córdoba. El seguimiento de las personas en proceso de trasplante se realiza a través del sistema informático SINTRA, una herramienta que instrumenta los procesos de inscripción y actualización en listas de espera, como así también la administración, gestión, fiscalización y consulta de la actividad de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en el ámbito nacional, etc.

Se llevan a cabo también como estrategia de intervención reuniones mensuales abiertas con personas en lista de espera, trasplantadas y sus familias. Las mismas tienen como objetivo conocer en voces de lxs protagonistas las situaciones problemáticas que enfrentan cotidianamente y las estrategias que se dan al respecto. Es un espacio contemplado en la Ley N° 27.447 que se denomina Consejo Asesor del Paciente (CAP). El mismo da lugar a que estas problemáticas y experiencias en el proceso de trasplante sean escuchadas, analizadas y tomadas en cuenta para proponer posibles soluciones de forma conjunta. Este lugar de “*catarsis*” y de escucha hace sentir a las personas que “*se acompañan entre ellxs*” (RCAP3-G-20 agosto 2020). Hay actividades referidas a la promoción y prevención de la salud, orientadas a fortalecer los aspectos saludables en el ámbito individual y colectivo, promoviendo hábitos y prácticas que acompañen el proceso de espera de un trasplante.

Una de las líneas de acción llevadas adelante en el momento de inserción tuvo que ver con la emisión y entrega de credenciales para personas en lista de espera o trasplantadas. Una vez que las personas entran en lista de espera, se comunican con ellas para informarles sobre sus derechos y el acceso a la credencial que los posibilita, corroborando en el sistema informático que estas no hayan sido entregadas previamente. En esta instancia se sacan posibles dudas e inquietudes, y se abordan o derivan cuestiones que exceden a la institución o al trabajo social. Esta línea evidencia que el Servicio concibe a la información como el principal acceso para la garantía de los derechos de las personas.

Otra de las líneas de acción considerada la más relevante para poder intervenir en nuestro proceso de prácticas pre profesionales fue la de auditoría renal, un proyecto que comenzó a pensarse en el año 2019 y que no había podido ser llevado a cabo hasta el momento. La auditoría apuntaba a que los centros de diálisis regularicen las situaciones de las personas que dializan, ya que existe un gran porcentaje de lxs mismxs que, por falta de información, por desconocimiento o por decisión de sus medicxs y no propia, no acceden a la inscripción en lista de espera para un posible trasplante. Este proyecto era entendido por lxs profesionales como una estrategia para el acceso a la información clara y completa para la toma de decisiones de las personas en proceso de diálisis.

### ***2.1.3 Una nueva realidad: la profesión en contexto de pandemia***

E.Co.D.A.I.C, como gran parte de las instituciones a nivel mundial, se vio especialmente afectada por la pandemia COVID-19. Una de las principales razones de esta situación fue el hecho de que la población con la que trabaja es considerada *de riesgo*. Frente a esta situación se modificó la forma de trabajo de tal manera que conlleve la mayor seguridad posible para todxs lxs implicadxs. El trabajo que allí se desarrolla es vital para personas que están esperando un trasplante o para quienes ya han sido trasplantadxs y necesitan de los trámites administrativos para llevar adelante sus tratamientos.

El Instituto Nacional del que depende la institución, INCUCAI, elevaba permanentemente normativas con respecto a los procedimientos de donación y trasplante en el marco de la emergencia sanitaria. Durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) la mayoría de las áreas de E.Co.D.A.I.C se encontraron realizando atención de guardia y teletrabajo. El Servicio Social de E.Co.D.A.I.C estuvo cerrado desde el 17/03/2020 por “sugerencia de la autoridad nacional y el receso decretado por la Provincia”, teniendo en cuenta que la población con la que se trabaja es de riesgo. El retorno a la institución de lxs profesionales fue paulatino, luego de un par de meses de teletrabajo, se redujeron los días y horarios de trabajo en la institución propiamente dicha, aunque sin atención al público. Se observó que, a pesar de la fuerte recomendación de no acudir al espacio físico de la oficina, las personas seguían concurriendo, por lo que se tomó la decisión de continuar las tareas con una guardia mínima a través de los celulares y mails del equipo.

Una de las principales preocupaciones del área de Servicio Social fue garantizar el acceso a derechos de las personas en proceso de trasplante, continuando la línea de trabajo que mantenían en presencialidad, por lo que lxs profesionales debieron adaptarse a la virtualidad, haciéndolo con la modalidad de guardias rotativas para poder estar siempre en contacto con

las personas. El acompañamiento individual a las personas, pero también a lxs trabajadorxs sociales de los distintos centros de diálisis de la provincia fueron claves en el intento de sostener el paradigma de derechos en la virtualidad. Nadie estaba preparadx para afrontar lo que implica una pandemia: el encierro, la incertidumbre, el trabajo en lo desconocido, la tarea de abocarse a lo prioritario en un contexto de emergencia sanitaria y relegar otras cuestiones. Es aquí donde se profundizó el trabajo en red entre lxs profesionales del Trabajo Social junto con otras disciplinas para trabajar y encontrar una salida colectiva a todo lo que el COVID-19 provocó.

A partir de esta situación se generaron diversos mecanismos para garantizar el acceso a derechos de las personas en proceso de trasplante. El trabajo con el CAP fue una de las principales actividades que se mantuvieron y se priorizaron en E.Co.D.A.I.C porque se trata de una línea directa de conexión con las personas en proceso de trasplante. Sumado a su situación de vulnerabilidad por el proceso de salud que atraviesan, la pandemia convirtió a las personas en *pacientes de riesgo*. Poder acompañarlas una vez cada dos semanas a través de videollamadas fue la forma en la que el servicio les brindó una escucha activa.

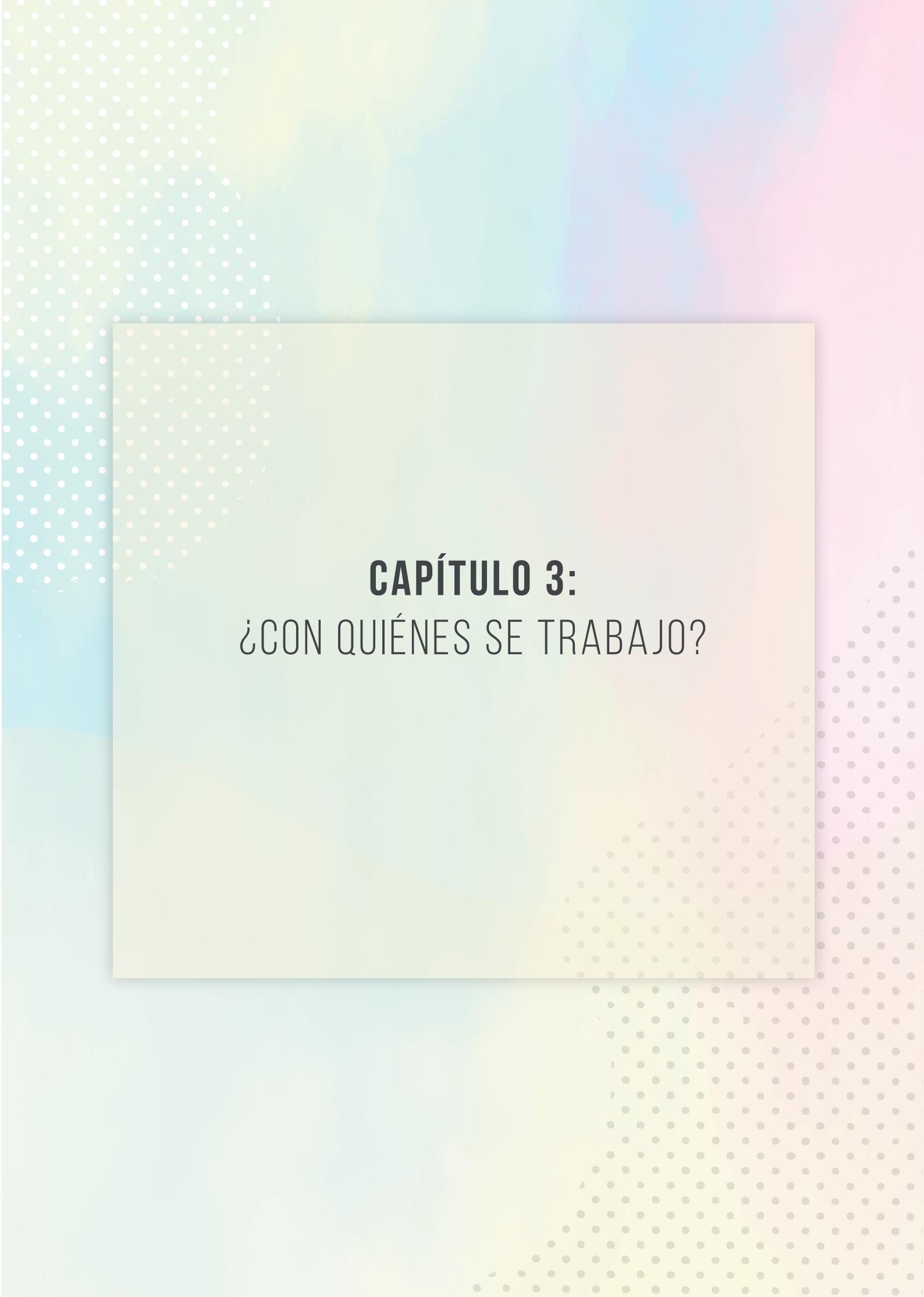
Los encuentros al principio tenían un carácter general, de acompañamiento y contención, pero luego de dos meses comenzaron a tener temáticas específicas según las necesidades expresadas por sus miembros. Algunas de ellas estuvieron relacionadas con información sobre sus condiciones médicas y el COVID-19, otras en relación a realizar actividad física, teniendo en cuenta que no pueden salir de sus casas para asistir a algún establecimiento como quizás hacían en otro momento. Se habló de la necesidad de contar con recursos para afrontar la situación de aislamiento de manera integral, teniendo en cuenta principalmente los aspectos psicológicos de la misma. Los talleres específicos se dictaron en conjunto con distintos Ministerios de la Provincia con el objetivo de brindar charlas, conversatorios e instancias de reunión con profesionales de distintas disciplinas a medida que iban surgiendo dudas y consultas de las mismas personas que E.Co.D.A.I.C no podía responder (Cuaderno de campo, agosto de 2020).

Las personas se sintieron muy acompañadas por E.Co.D.A.I.C y así lo manifestaron en las distintas reuniones del CAP. Una de las asistentes al grupo manifestó que para ella las reuniones virtuales eran *“muy importantes y de mucho beneficio”* (RCAP-M-20 agosto 2020) porque al ser del interior de la provincia de Córdoba nunca había podido asistir de manera presencial a los encuentros. Otro de los asistentes resaltó que para las personas en proceso de trasplante del interior estos espacios son muy provechosos ya que muchas veces no cuentan con la posibilidad de conocer a otras personas en su misma situación. Otra cuestión recurrente

fue la de la escucha, no solo de lxs profesionales sino de las otras personas en su misma situación.

Un dato no menor es que en estas reuniones también podían participar lxs miembros de las unidades domésticas de lxs sujetxs en proceso de trasplante. Las cuales podían presentar dudas, hacer preguntas y todo aquello que surja y sea útil para llevar adelante este proceso, ya que en ellxs también se generan cambios e impactos. En una oportunidad tomó la palabra la esposa de uno de los participantes del espacio contando su experiencia como integrante de la unidad doméstica que acompañó el proceso de inscripción a la lista de espera y posterior trasplante. Ella comentó cómo había sido todo el proceso, como se había sentido todxs en su hogar y como este espacio le servía para “*dialogar con otrxs que atravesaron la misma situación*” (RCAP3-I-20 agosto 2020).

A lo largo del desarrollo de este capítulo se desarrolló qué es E.Co.D.A.I.C, sus incumbencias y su historia, por lo que en el próximo se detalla con quiénes se trabajó dentro de la institución.



## **CAPÍTULO 3:** ¿CON QUIÉNES SE TRABAJA?

## **Capítulo 3**

### **¿Con quiénes se trabajó?**

En este capítulo y a los fines de conocer las particularidades que atraviesan el campo de a intervención, se describe quiénes son lxs sujetxs que lo conformaron y se desarrolla desde qué perspectivas teóricas o concepciones nos posicionamos. Para eso se realiza una reconstrucción ética, teórica, política y epistemológica de lxs sujetxs involucradxs en la intervención.

El campo del Trabajo Social se encuentra conformado por sujetxs involucradxs en un problema social, sujetxs con necesidades que, en la reproducción de su vida cotidiana, están atravesadxs por dificultades para sostener dicha reproducción conforme al modo de organización social vigente. Estas dificultades no son solo económicas, sino también pueden ser afectivas, vinculares y simbólicas.

Lxs sujetxs no sólo se definen por las condiciones objetivas, sino también por lo que Bourdieu nombra como habitus, un conjunto de disposiciones, “una estructura estructurada por las condiciones objetivas y estructurante de percepciones, pensamiento y acción” (Aquín, Acevedo, 2015, p. 1). Esto implica reconocer que lxs sujetxs tienen representaciones de sí mismxs, miedos, incertidumbres, deseos, etc., que se encuentran definidas por las condiciones de existencia de cada persona y en este caso en particular, sobre ellxs y el proceso de trasplante.

El comienzo del 2020 trajo consigo la novedad de una pandemia a nivel mundial que modificó todos los planes y con ello, lxs sujetxs de la intervención. Teniendo en cuenta el contexto pandémico que provocó la reivindicación constante de las estrategias de intervención, resultó inviable conocer en profundidad a lxs sujetxs que en un principio se esperaba trabajar estrechamente, por ser consideradas *personas de riesgo*. No se contaba con el entrenamiento que supone estar físicamente en la institución y sostener la presencia en ella a lo largo del tiempo, por lo que acercarse directamente a las personas en proceso de trasplante de manera remota parecía irresponsable.

Luego de un camino bastante sinuoso entre diferentes ideas de intervención, lxs sujetxs con lxs que se trabajó de manera directa terminaron siendo lxs trabajadorxs sociales de los distintos centros de diálisis de la provincia de Córdoba. Se pensó en ellxs como quienes tuvieron cercanía, a veces física o virtual, con las personas en proceso de diálisis y trasplante. De esta manera se trabajó en conjunto para lograr estrategias que se acerquen a cumplir el

objetivo planteado: garantizar el acceso a los derechos de las personas en proceso de trasplante y diálisis.

### 3.1 ¿Cómo se entiende a lxs sujetxs?: Sujetxs de derecho

La manera de nombrar a lxs sujetxs se inscribe una historia y una fundamentación epistemológica, ética y política. Esto resulta de suma importancia, ya que moldea la forma en la que se mira las problemáticas, las necesidades y a las personas involucradas. Es por eso que “en el terreno de la ética estamos condenados a ‘elegir’, aun en el momento de nominar a los sujetos con los que trabajamos” (Aquín, 2005, p. 7) y esa manera de nominar debe tener, entre otras cosas, congruencia con la intervención y con las estrategias que se llevan adelante.

Frente a esto se torna preciso explicitar desde dónde se entiende a lxs sujetxs. La posición de este trabajo parte desde un enfoque de derechos. A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el crecimiento de las distintas sociedades, se ha tomado conciencia sobre la importancia de legislar para proteger y garantizar, así como para promover y exigir, los derechos que todas las personas poseen: civiles, políticos, económicos, sociales y culturales inalienables. El enfoque de derechos tiene una serie de características que lo diferencia de otros. Por un lado, esta perspectiva tiene como base que “el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas.” (Abramovich, 2006, p. 36) Incluye a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, etnia, clase social, etc., enfatiza y considera a todas las personas como sujetxs integrales y tiene una perspectiva que recupera la diversidad social y reconoce la especificidad de cada unx. También se reconoce que no siempre hay un acceso igualitario a los derechos, por lo que la implementación de las políticas y los instrumentos jurídicos son las herramientas necesarias para que la enunciación se traduzca en prácticas que los garanticen.

A partir de esto es que en el proceso de intervención, y por lo tanto en este escrito, se ha hecho foco en el derecho a la salud, y en particular el derecho de acceder a un trasplante, los cuales interpelan de manera directa a lxs sujetxs con lxs cuales se trabajó.

Lxs profesionales de las instituciones nombran a lxs sujetxs de distintas maneras y esas maneras de nombrar se transforman, muchas veces, en formas instituidas al interior de las mismas. Es así que el nominamiento a lxs sujetxs de la intervención fue pensado de una manera diferente a las utilizadas por algunxs de lxs profesionales con lxs cuales se trabajó.

Las personas son nombradas como sujetxs en proceso de trasplante y diálisis y no como pacientes o usuarixs. Si bien las nominaciones no necesariamente se traducen en intervenciones que tengan o no como objetivo un horizonte de derechos, problematizar aquellas formas naturalizadas de nombrar permite visualizar lo que genera aquello que se nombra.

Al ser denominadxs como pacientes, se espera que las personas se encuentren subordinadas al poder y al saber de las personas que deciden nombrarlos de esa manera. Lxs sujetxs deben ser obedientes, aceptar las reglas y seguir los tiempos que se les imponen. La denominación *paciente* da cuenta de un sujetx pasivx, no protagonista de su propio proceso salud-enfermedad-atención. Pasa a aceptar de manera obediente las normas institucionales y a lxs profesionales. Por su parte el término *usuarix* es una palabra que remite a la utilización de un servicio, y esta concepción aplicada a la salud da cuenta de cómo el capitalismo se inmiscuye en todos los aspectos de la vida.

Desde la perspectiva que se desarrolla, esas formas de nombrar no entienden a la salud como un derecho sino como objeto producto del mercado. El sistema capitalista, como se ha explicado, introdujo el mercantilismo al sistema de salud, al igual que en todos los ámbitos de la cotidianeidad.

Cómo se desarrolló en el primer capítulo, las personas en proceso de trasplante son reconocidas como sujetx legal a partir de la creación del Sistema de Protección Integral de personas trasplantadas y en lista de espera. Esta ley debe entenderse “como una herramienta legal que permite la reducción de la desigualdad y el reconocimiento de derechos específicos de esta población” (Ferreira, 2018, p. 7). Es por esto que se nombra a lxs sujetxs como personas en proceso de trasplante y diálisis, entendiendo que son protagonistas de su proceso de salud-enfermedad-atención y sujetxs de derechos.

### ***3.1.1 El derecho a la información***

Uno de los aspectos de los derechos humanos en el que se hizo hincapié a lo largo de toda la intervención es el derecho a la salud, particularizando el acceso al mismo a través de la posibilidad de acceder a la información. Para las personas en proceso de trasplante es una de las herramientas esenciales para afrontar los procesos en que se ven implicadxs; mantenerse informadxs, entender los procedimientos y los pasos a seguir en sus tratamientos posibilita posicionarse como sujetxs activxs y no como meros pacientes. Tener conocimiento e

información sobre lo que significan todos estos procedimientos, permite tomar decisiones, ser sujetos pensantes capaces de decidir sobre sus propios cuerpos y de entender lo que implica encontrarse en lista de espera.

Siguiendo las distintas fuentes de información con las que se contó y los datos que se obtuvo, las problemáticas como adecuación y adherencia al tratamiento serían más factibles de trabajar con una correcta información sobre lo que implica encontrarse en lista de espera y el proceso de trasplante, ya que se observó que muchas veces las personas no reciben o no terminan de comprender la información, causando el no poder tomar decisiones sobre sus propios procesos ni conocer sus derechos.

Ahora bien, existe una posibilidad de fractura entre los sujetos en cuanto a la capacidad de usar la información, a causa de la desigualdad de acceso a la misma. Es por esto que se consideró sumamente importante que todos los sujetos tengan las mismas posibilidades de acceder a la información, lo que da autonomía para el desarrollo de la vida cotidiana. La importancia y libre acceso a la información toma consideración en 1948 cuando surge la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se establece que: "Todo individuo tiene derecho a la libertad de expresión y de opinión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión". También, en 2007, la Organización Mundial de la Salud, proclama que el derecho a la salud abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y en ellos se incluye el derecho al acceso a la información.

Se entiende también que el derecho a la información, sobre todo en el área de la salud es un derecho puesto en cuestión, ya que muchas veces los profesionales manejan determinada información que las personas no podrían procesar por distintos motivos. Los profesionales son responsables de discernir qué información puede ser compartida, en qué momento, y cuál no. Esto, siempre y cuando se promueva y salvaguarde el ejercicio de los derechos humanos de las personas que se encuentran atravesando alguna situación de salud particular, lo cual responde a una ética profesional y cuestiones desde la bioética en el campo de la salud.

En el ámbito nacional la información con respecto a la salud se encuentra regulada por la Ley N<sup>o</sup> 26.529, generalmente conocida como Ley de Derechos del Paciente que, en su artículo 3<sup>o</sup> la define como "aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos."

Se entiende a la “información como exigibilidad de un derecho y/o como presupuesto del ejercicio del mismo” (Courtis y Abramovich, 2000, p. 9). A partir de eso es que se trabajó específicamente en el acceso a la información de aquellos derechos contemplados en la Ley N° 26.928. El acceso a aquellas cuestiones incluidas en el Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas y en Lista de Espera. Esto contempla que las personas en proceso de trasplante conozcan que tienen derecho a una cobertura total de los medicamentos, estudios y prácticas médicas, acceso a servicio de transporte, a la incorporación de planes y medidas que faciliten el acceso a una vivienda, como así también el acceso, de acuerdo a una serie de requisitos, a una asignación mensual no contributiva, entre otras.

### - 3.2 Trabajadorxs sociales de Centros de Diálisis

Para poder comprender cómo la intervención quedó direccionada al trabajo directo con lxs trabajadores sociales de distintos centros de diálisis de Córdoba, se debe explicar la relación entre ellxs y E.Co.D.A.I.C. La relación que se establece entre las personas en proceso de trasplante, sus trabajadorxs sociales de cabecera, E.Co.D.A.I.C y lxs trabajadorxs sociales que allí trabajan, es diferente de otras relaciones trabajadorxs sociales/sujetxs.

En primer lugar, es importante conocer que las personas que se acercan a E.Co.D.A.I.C pueden tener trabajadorxs sociales de cabecera en los lugares donde reciben su tratamiento. Ellxs son quienes forman parte del equipo de trasplante y llevan adelante la valoración social correspondiente con la persona y su familia, con el objetivo de anticipar situaciones que pudieran ser de riesgo o problemáticas respecto al trasplante y reforzar los aspectos positivos que puede poseer una persona a la hora de enfrentar una situación de trasplante, como por ejemplo, una buena red de soporte a la hora de pensar los cuidados necesarios.

En segundo lugar, en esta nueva realidad, lxs profesionales del Trabajo Social abordan con la persona, su familia y/o unidad doméstica aquellos obstáculos que pueden presentarse en el proceso. Lxs trabajadorxs sociales deben tener conocimiento de lo que respecta al trasplante y sobre la realidad social de la persona, deben desarrollar distintos procedimientos en la estrategia de intervención tales como gestionar e informar en la cobertura del trasplante y los recursos, promover la información sobre los derechos y la autonomía de lxs sujetxs, dilucidando a su vez las situaciones que atraviesan a la organización personal, familiar y social.

En cuanto a la variedad en su hacer profesional, lxs trabajadores sociales de los distintos centros de diálisis tienen condiciones de trabajo muy distintas entre sí: algunxs forman parte de la planta permanente de centros de diálisis u hospitales, otrxs son contratadxs de manera externa. Estxs ultimxs son llamadxs para el desarrollo y redacción de informes sociales, por lo cual no realizan un seguimiento constante de las personas dentro de las instituciones de salud. Esto define las intervenciones que se ven posibilidadxs de hacer, ya que quienes se encuentran contratadxs de manera permanente tienen un margen de acción diferente de quienes están contratadxs sin continuidad en su contrato laboral, y diametralmente distinto de quienes hacen informes sociales de manera independiente a la institución.

Se decidió trabajar con lxs trabajadorxs sociales de los distintos centros de diálisis de Córdoba porque el contexto no permitió intervenir de manera directa con las personas en proceso de trasplante. Es por esto que se encontró en lxs profesionales de Trabajo Social un espacio a través del cual se podía trabajar para quienes se encuentran en proceso de trasplante de manera más responsable y ética. De los 62 centros de diálisis de la provincia de Córdoba, trabajamos con 34 centros: Centro de Enfermedades Renales de Alta Gracia, Clínica Privada Velez Sarfield, Servicio de Nefrología Mayo, CERYT S.A, Fresenius Medical Care S.A, Hospital Privado de Córdoba, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Hospital Córdoba, Diaverum Argentina, Hospital Italiano, Centro del Riñón, Centro de diálisis Caraffa S.R.L, ATERYM Hospital Militar Córdoba, Servicio Renal Caroya, Centro de Nefrología Integral Privado, Hospital Infantil Municipal, Centro de Enfermedades Renales e Hipertensión Arterial Privado Punilla, Servicio Modelo de Nefrología, Fresenius Medical Care S.A Cruz del Eje, CEPRI Dean Funes S.R.L, SUA S.R.L Unidad Renal Jesús María, Servicio Privado de Nefrología Dario Lladser, Fresenius Medical Care La Falda, Centro Modelo de Nefrología Privado, Cenebell Privado S.A, Instituto Privado de Urología y Nefrología Río IV S.R.L, Instituto Medico Rio IV, Centro de Enfermedades Renales y Hemodiálisis, Centro Privado de Nefrología y Hemodialisis NEFROKIM, Centro Privado de Asistencia Renal, FUCETER Villa del Rosario, Unidad Médica Renal, KOLFF Instituto de Salud Renal y Clínica FUSAVIM , que contaban con un/x profesional de la disciplina, ya que el objetivo de la intervención era el acercamiento través de ellxs a las personas en proceso de trasplante.

Esperar un trasplante implica tener disponibilidad total por si llega a aparecer un órgano compatible, verse a unx mismx en una lista de espera, atravesar por emociones que tienen que ver con no saber cuándo o si se podrá acceder finalmente al trasplante que se necesita.

### ***3.2.1 ¿Por qué es importante el Trabajo Social para las personas en proceso de trasplante?***

El impacto de la indicación del trasplante irrumpe la vida de las personas y sus unidades domésticas, de manera tal que la cotidianeidad se torna totalmente diferente. Surgen cuestiones que atraviesan a la persona y su entorno: desde la necesidad de reorganización familiar hasta la obtención de recursos económicos, sanitarios y ambientales que se necesitan para mantener el tratamiento médico. La aparición de enfermedades crónicas y/o la inscripción en lista de espera para un trasplante producen dificultades de distinta índole. Estas pueden ser derivadas de los cambios en las relaciones sociales y en las unidades domésticas, por las modificaciones de roles dentro de la misma, que afectan de forma sustancial la reproducción de la vida cotidiana. Es importante, en este sentido, abordar los impactos generados por las enfermedades crónicas o por el mismo hecho de encontrarse en lista de espera para recibir un trasplante, partiendo de la heterogeneidad de las experiencias y de los diversos contextos que atraviesa cada sujetx, sin generalizar. Se considera sumamente importante el rol del Trabajo Social durante el desarrollo de este proceso de cambios constantes, ya que es una profesión responsable de visualizar y promover los factores psicosociales en los procesos de salud-enfermedad y el impacto del contexto social. Algunos de los ejes en los que se apoya la profesión para acompañar estos procesos se basan en la promoción de las leyes existentes que respalden esta problemática. La generación de conciencia respecto a la posibilidad de ser sujetx donante, la garantización del mejor acceso posible al derecho de salud integral: todo lo que implica un buen progreso clínico, protegiendo y resguardando el bienestar social y psicológico de quienes se encuentran en proceso de trasplante.

Todxs lxs sujetxs son diferentes, están atravesadxs por contextos diversos y situaciones distintas. Existen múltiples puntos de partida para lxs sujetxs en proceso de trasplante y sus unidades domésticas con respecto al proceso de salud-enfermedad-atención que deben atravesar. Las personas pueden tener dificultades a la hora de afrontar necesidades que tengan que ver con recursos económicos, materiales, simbólicos, etc., o pueden estar posicionadas en lugares de privilegio de cara al proceso de trasplante. Es en las situaciones que denotan necesidades de algún aspecto donde el Trabajo Social como profesión tiene mayor impacto.

Es así que se considera que lxs trabajadores sociales como profesionales se deben posicionar desde una perspectiva de integralidad. Es decir, apostar a la inclusión de enfoques amplios sobre cómo entender y explicar las problemáticas sociales a las que se intenta dar

respuesta y buscar soluciones. Se debe lograr incluir diferentes dimensiones sin caer en una visión fragmentaria del problema para entenderlo y explicarlo, por un lado y para poder plantear mediaciones por el otro. Esta lectura es posible ya que la formación académica provee de herramientas para un abordaje que considere al sujeto no solo desde un aspecto único, sino recuperando todos aquellos aspectos que lo constituyen, reconociéndose atravesado por distintas realidades. El Trabajo Social va cimentando desde sus prácticas, nuevas formas de conocimiento mucho más integradas con fundamentos teóricos que lo sustentan.

### - 3.3;Qué implica el proceso de diálisis y trasplante renal?

Las personas a las que se ha direccionado el objetivo de la intervención poseen como principal característica una problemática con respecto al proceso de salud-enfermedad-atención: han atravesado un episodio que causó una falla en el riñón, por lo que necesitan tratamientos prolongados o crónicos, y a las que se indica un trasplante como parte del mismo. Cuando se habla de personas en proceso de trasplante, se hace referencia específicamente a quienes se encuentran inscriptas en la lista de espera para trasplante de riñón, por lo que son personas que transitan una enfermedad crónica. La Organización Mundial de la Salud afirma que las enfermedades crónicas “son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”. Deben ser mantenidas de manera sistemática durante toda la vida de la persona y exigen un comportamiento responsable y persistente. Constituyen una problemática de salud alarmante para la humanidad, por la alta mortalidad que presentan y por sus consecuencias en las personas que la padecen, sus familias y la sociedad.

El aumento sostenido de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial desde el pasado siglo, especialmente en países con altos indicadores de salud y desarrollo, su carácter complejo y multifactorial, su impacto sobre poblaciones vulnerables y el hecho de que producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen, las ha convertido en un verdadero reto desde lo económico, lo político, lo social y lo personal. (Llanes, 2011, p. 2)

La insuficiencia renal es una enfermedad crónica donde un diagnóstico médico indica que los riñones ya no funcionan de manera natural o funcionan en una proporción menor de la que deberían. Existe un tratamiento sustitutivo de esa función: la diálisis. Se trata de un

procedimiento que elimina los productos de desecho y el exceso de líquidos en la sangre que los riñones no pueden eliminar. Existen dos tratamientos alternativos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

La hemodiálisis consiste en filtrar la sangre periódicamente a través de una máquina que realiza la función. La persona la realiza 3 o 4 veces a la semana en sesiones de entre 3 o 4 horas. Este tratamiento se realiza en centros de diálisis especializados. Por otro lado, la diálisis peritoneal se lleva a cabo en el domicilio de cada persona y es un procedimiento que filtra la sangre de una manera diferente a la hemodiálisis. No se requiere de una máquina, sino que es la misma persona a través de un catéter colocado en el abdomen quien realiza la diálisis, con los respectivos cuidados.

La diálisis es un tratamiento que se indica para la insuficiencia renal, pero también existe la posibilidad de realizar un trasplante de riñón, el cual consiste en el reemplazo del órgano que no funciona o funciona de manera incorrecta, por otro sano a través de una cirugía mayor. El trasplante posibilita que mejore sustancialmente su calidad de vida, ya que se deja de depender de la máquina de diálisis y se vuelve a disponer de su tiempo, pudiendo retornar a sus actividades cotidianas. Aunque este proceso implica continuar con los autocuidados y una adherencia al tratamiento, para que el trasplante tenga más posibilidades de ser exitoso. Esto es posible debido a la existencia de la de las leyes que regulan el trasplante en Argentina y a la voluntad de las personas que dan su consentimiento para la donación de órganos. Para poder ser trasplantadas, las personas deben cumplir una serie de valoraciones médicas y psicosociales para luego ser ingresadas en una lista de espera nacional.

Estas personas componen un entramado heterogéneo, ya que tienen todos distintos edades, de distintos sexos, géneros, identidades, de distintos lugares de la provincia, niveles educativos, de ingresos económicos y coberturas de salud, entre otras variables. Tomando los datos que se recuperaron de la Central de Reportes y Estadísticas del SINTRA (CRESI) durante los meses de agosto y septiembre de nuestra intervención, y a los fines de ilustrar lo que se dijo anteriormente, se obtuvo que el total de personas inscriptas en lista de espera en la provincia de Córdoba es de 706. Por grupo etario se encuentra que entre los 10 y 17 años son el 1%; entre los 18 y 29 años el 8%, entre los 30 y 49 años el 27%; y entre los 50 y 70 años el 63%. En cuanto a la cobertura social el 38,2% de las personas inscritas cuentan con PAMI; 11,3% cuentan con la cobertura del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; el 5,2% Incluir Salud (ex PROFE); y el 45,03% cuentan con obra social o financiador privado. Estos datos, recabados en el año 2020, permiten realizar un acercamiento a las características principales de las personas en proceso de trasplante de nuestra práctica.

### ***3.3.1 Impacto en la vida cotidiana***

Las enfermedades crónicas repercuten en la persona contemplando los diferentes aspectos de la vida cotidiana donde los procesos de salud-enfermedad se expresan, influyen y abordan (Llanes, 2011). Como se mencionó anteriormente, estas personas que se encuentran en proceso de diálisis también están atravesadas por otro proceso: el de trasplante, ya que están inscriptas en la lista de espera.

De esta situación se derivan una serie de problemas que tienen que ver con la dificultad de adecuarse a una vida supeditada a este tratamiento prolongado, situación compleja que influye incluso en la mirada y el sentir del propio cuerpo de las personas. Adaptar la vida cotidiana a la toma continua de medicamentos o al hecho de tener que asistir varias veces por semana a que una máquina realice la función que le corresponde a un órgano, no es un proceso fácil y requiere de sostén profesional, familiar y/o de unx cuidador/x.

Esto implica tener disponibilidad emocional, psicológica, afectiva, para poder afrontar todos estos procesos, teniendo en cuenta a la persona pero también a la unidad doméstica o familia de la misma. La aparición de una enfermedad en algún miembro de la familia-unidad doméstica genera un impacto, cambios, modificaciones y por lo tanto el desarrollo de estrategias o mecanismos que le permiten seguir funcionando como tal. Se entiende a la familia-unidad doméstica a partir de determinadas características que le dan sentido, como un espacio social fundante en la vida de las personas, como una organización social a partir del cual se combinan capacidades y recursos de sus miembros lo que se relaciona con la reproducción cotidiana y social. (Gonzalez, Nucci, Crosetto, Soldevila, Ortolanis, 1999). Esta realización de actividades ligadas al mantenimiento constituye lo que se denomina unidades domésticas, siendo la familia la base de reclutamiento de estas. (Jelin, 1986).

En este sentido es que la indicación de trasplante renal irrumpe, nuevamente, la vida de la persona y su entorno social generando miedos, cambios y desafíos. Pensar en el proceso de trasplante de una persona implica reconocer a lxs actores presentes en dicho proceso, y se considera a la familia-unidad doméstica como uno de estos.

Los cambios en las familias-unidades domésticas al momento de generar nuevas estrategias “no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares” (Fernández, 2004, p. 251). Las personas que se encuentran transitando una enfermedad crónica, según los aportes de Llanes (2011), suelen considerar a la familia como la principal fuente de apoyo. Esto implica la necesidad de que se desarrollen diferentes acciones a lo largo de todo el proceso de salud-enfermedad-atención, ya sean estas de

comunicación, búsqueda de soluciones, cuidados, etc. Es así que atravesar una enfermedad significa para la persona y su entorno un cambio importante y permanente en el proyecto de vida.

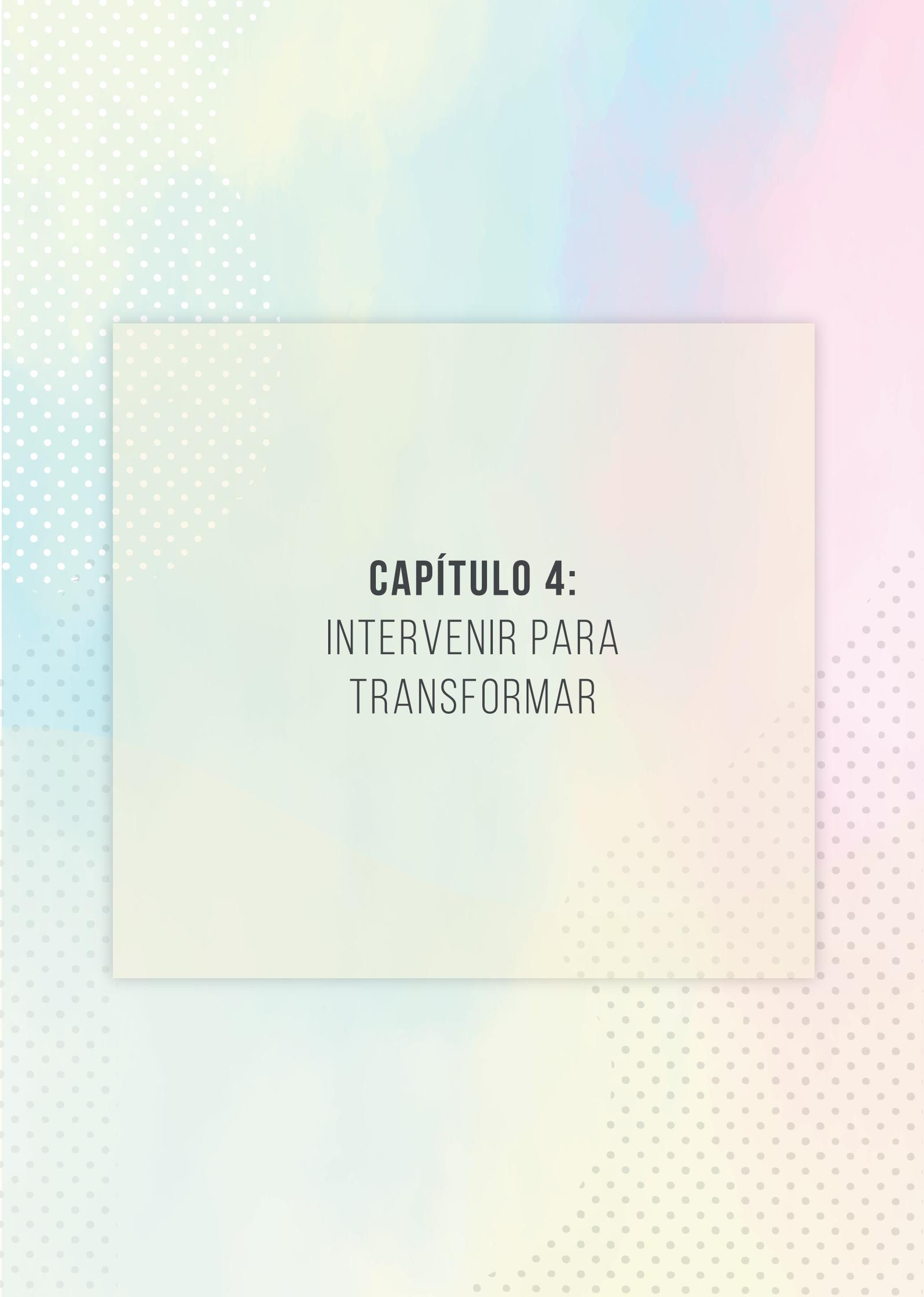
Otro de los problemas que se identifican en lxs sujetxs es que el encontrarse en lista de espera para obtener un trasplante, afecta la calidad de vida en cuanto a la salud y las cuestiones físicas. Estos problemas son causados principalmente por las hospitalizaciones y el tratamiento prolongado. Se producen efectos como lo son cambios en las relaciones sociales, familiares, estudiantiles, laborales, teniendo en cuenta al trabajo remunerado tanto como al doméstico, etc.

La continuidad o no del empleo se convierte en otro de los problemas identificados, ya que aquel sujetx que cotidianamente logra desenvolverse de manera independiente después de encontrarse en la lista de espera, o antes ya sea por un tratamiento previo, pasa a ser sujetx dependiente. Las causas de este problema se deben a la continuidad del tratamiento luego del trasplante, para lo cual deben tomar medicamentos de inmunosupresión. Algunos de los efectos tienen que ver con los gastos sistemáticos que comienzan a ser parte de la vida cotidiana. Medicamentos, traslados, adecuación o adquisición de una vivienda que cuente con las condiciones edilicias necesarias para llevar adelante el post trasplante o un tratamiento de diálisis previo cuando se requiere, alimentación saludable, la pérdida de su cobertura social, obra social o prepaga, modificaciones de su centro de trasplante. Todas estas cuestiones llevan a la pérdida de autonomía del sujetx.

Para aquellxs sujetxs que se dedican al deporte o que deciden hacerlo y se encuentran en proceso de trasplante, el acceso al mismo se torna un problema. Esto se debe al miedo que tienen lxs sujetxs frente a la posibilidad de hacer ejercicio y seguir el tratamiento, o la falta de capacitación de profesionales del deporte al encontrarse frente a personas en proceso de trasplante que quieren seguir activas. Otra de las causas es que en la provincia de Córdoba no hay muchos lugares donde se tengan en cuenta a las personas trasplantadas a la hora de acceder al deporte (Cuaderno de campo, julio de 2020). Esto tiene como efecto que las personas que se encuentren en proceso de trasplante se queden sin la posibilidad de hacer una actividad física o el deporte que les guste o no conozcan la posibilidad de buscar alternativas ya sea de actividad o de lugar para practicarlas.

Las particularidades de las personas en proceso de trasplante que se presentan en este capítulo deben ser valoradas como variables al momento de las intervenciones, reconociendo estas problemáticas como base para situar los límites, posibilidades y estrategias para

intervenir. En el próximo y último capítulo se desarrolla cuál fue la intervención con ellxs, a que se apuntó y cuáles fueron los resultados.



**CAPÍTULO 4:**  
INTERVENIR PARA  
TRANSFORMAR

## **Capítulo 4**

### **Intervenir para transformar**

Lo desarrollado hasta aquí sirve de base y de pie para poder entender las decisiones que este proceso necesitó, teniendo en cuenta que fue un año atravesado por un contexto de pandemia. A partir de esto, es que en este capítulo se desarrolla cómo se concibe, se da forma y se lleva adelante la estrategia de intervención, que finalmente permitió conocer las particularidades del proceso de salud-enfermedad de las personas en proceso de trasplante y diálisis.

Primero se desarrolla el campo problemático donde se encuentra el campo de la intervención del Trabajo Social y particularmente de esta intervención.

Luego, se explica de qué forma se eligió y trabajo en torno al objeto de intervención, haciendo un recorrido teórico con el objetivo de mostrar qué es y cómo se conforma, su relación con las necesidades y cómo se entiende a los problemas.

A través del subtítulo “Reconstrucción de la estrategia de intervención” se hace un recorrido de los acuerdos que permitieron la inserción en E.Co.D.A.I.C, los que abrieron las puertas para la intervención, para luego explicar la estrategia en sí, sus objetivos y líneas de acción.

Se cierra este capítulo evaluando la estrategia, su implementación y sus impactos, a través de variables que se establecieron de antemano.

#### - **4.1 El campo problemático sobre el cual se intervino**

El Trabajo Social como profesión tiene como eje teórico, analítico y epistemológico el estudio de la cuestión social y las políticas sociales.

Las condiciones históricas que dieron origen al Trabajo Social están asociadas a la cuestión social. Parra expresa que "durante la primera mitad del s.xix, con el desarrollo de las fuerzas productivas, los procesos de industrialización y urbanización aparece de manera clara y explícita la cuestión social tanto como amenaza al orden establecido, así como la manifestación irrefutable de las desigualdades estructurales del capitalismo" (2001, p. 77). Es así que esta corriente considera a la cuestión social como un concepto central para pensar la sociedad y la profesión en tanto intervención social específica. De esta manera, el reconocimiento de la cuestión social no es lo único que lleva a la institucionalización del

Trabajo Social, sino que esta fue posible en la medida en que el Estado comenzó a intervenir, sobre la misma, a través de políticas sociales. Es por esto que las políticas sociales constituyen el espacio sobre el cual intervienen lxs profesionales del Trabajo Social. Cabe señalar que este no es un hecho rígido, es necesario explicar e interpretar las relaciones socio-históricas y de los distintos regímenes de Estados existentes para dar posibles respuestas a la cuestión social. Y es aquí, en este proceso, donde se encuentra ensamblada la intervención profesional y lo que eso conlleva e implica en el campo problemático.

A partir de estas conceptualizaciones se retoma a Rosas Pagaza, quien introduce el concepto de *campo problemático* al que define como "la explicación argumentada de los nexos más significativos de la cuestión social hoy, con relación a la particularidad que adquiere la relación problematizada entre sujeto y necesidad" (Rosas, 1998, p. 59), pudiendo ser entendida como la respuesta al sobre que de la intervención del Trabajo Social. Es decir, se configura como el escenario en donde se constituyen las manifestaciones de la cuestión social: las cuales se expresan como "problemas sociales" en un momento específico de la vida cotidiana de lxs sujetxs. El campo problemático como categoría teórica permite situar histórica y socialmente el conjunto de intervenciones frente a problemáticas particulares que convocan la acción profesional.

Cuando comenzó el recorrido por E.Co.D.A.I.C, se tenía como principal objetivo la intervención pre profesional, inmersa en el campo problemático de los procesos salud-enfermedad. Las distintas problemáticas se pudieron observar en base a la información recabada en entrevistas informales con lxs trabajadorxs sociales del E.Co.D.A.I.C, en la observación participante de las reuniones del CAP y a través de la lectura de fuentes de información secundarias, teniendo como objetivo recuperar la palabra y las vivencias de lxs sujetxs en su proceso de salud-enfermedad-atención. A partir de esta mirada cualitativa, en términos generales se identificó y analizó como campo problemático *al conjunto de problemas sociales que vivencian las personas en proceso de trasplante*. Poniendo en tensión, estxs sujetxs con necesidades, ya sean materiales o no materiales, en un espacio y tiempo determinado. Lo que, más tarde, nos direccionó a la construcción del objeto de intervención.

El objetivo que se reconoció y reconstruyó en cada problemática fue indicar los posibles efectos y causas de las mismas, basando estas apreciaciones en una perspectiva integral de salud y bio-psico-socio-cultural. Se utilizó esto como marco de comprensión de las experiencias y trayectorias de vida de personas en proceso de trasplante, considerando la multifactorialidad e historicidad de sus efectos y de estxs sujetxs en particular.

En definitiva, todas aquellas personas que se encuentran en proceso de trasplante dan cuenta de un conjunto de dificultades y obstáculos para la reproducción de su vida cotidiana que, junto a sus unidades domésticas, los equipos interdisciplinarios de salud y las instituciones dirigidas a intervenir sobre estas problemáticas, construyen modos alternativos de estrategias para modificar a las mismas. Se puede decir que las necesidades en las cuales se hizo énfasis en el marco de este campo problemático son materiales y simbólicos. Estas últimas hacen referencia al derecho a la información y su ejercicio. Como se viene desarrollando a lo largo de este escrito, además de ser un derecho, se considera que la información adecuada es necesaria e importante para que este nuevo cambio en la reproducción de la vida cotidiana, el ingresar en lista de espera, se lleve adelante de la manera más efectiva posible. En función de ello, nos enfocamos en aquellas situaciones problemáticas que atraviesan las personas que se encuentran en lista de espera, que en distintas ocasiones pueden ser producidas por la falta de información. Esto se puede evitar teniendo toda aquella información que sea necesaria al momento de encontrarse en proceso de trasplante y que influya de manera positiva.

#### - 4.2 La construcción del objeto de intervención: ¿por qué elegimos lo que elegimos?

Definido ya el campo problemático sobre el cual se intervino, se puede abordar la dimensión del objeto de intervención. A partir de esta construcción las intervenciones del Trabajo Social dejan de ser una intervención indiscriminada para convertirse en una *intervención fundada*. Definirla de esta manera deja entrever la importancia de considerar en la intervención las dimensiones teóricas, metodológicas, ético-políticas, superando las visiones reduccionistas que refieren a la intervención desde un mero hacer. Es dar cuenta de que tiene una naturaleza histórica-social determinada en un espacio y en un tiempo, lo que va resignificando sus elementos.

Para el desarrollo de la estrategia, fue preciso definir *sobre qué* se iba a intervenir. La construcción del objeto de intervención se sustenta en una serie de conceptos y categorías teóricas propias del Trabajo Social. Siguiendo los aportes de Aquín, desde la disciplina se entiende que hablar de objeto nos remite al “equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica” (Aquín, 1995, p. 21).

El campo, y por lo tanto la construcción del “objeto de Trabajo Social se sitúa en la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción y los procesos de distribución secundaria del ingreso” (Aquín, 1995, p. 26). En tal sentido “el Trabajo Social no modifica necesidades, ni tampoco satisfactores, sino los procesos a través de los cuales los sujetos intentan defender, mejorar o adaptar sus condiciones de vida a través de la demanda” (Aquín, 1996, p. 75). De esta manera, es necesario explicitar finalmente que, al construir el objeto de intervención, se trabajó hacia el interior del campo de interpretación de las necesidades, el cual se constituye en un espacio de disputa por el reconocimiento y establecimiento de lo que se considera una necesidad en un momento y contexto determinado. Siguiendo a Aquin (1996) la profesión encuentra un lugar en la lucha por las necesidades, lucha que no se reduce a los procesos de asignación de recursos, sino que comienza mucho antes. Estos procesos en los cuales se vinculan las necesidades con los satisfactores tienen tanto una dimensión material y una no material. Para comprender la dimensión material Aquín toma los aportes de Heller:

“El hombre, en tanto ser genérico, es un ser de necesidades: es creador de los objetos de su necesidad y de los medios para satisfacerla. Pero esta creación –que define adecuadamente al hombre genérico no es libre: está sometida y condicionada por procesos de regulación, dirección, limitación, institucionalización. Es el orden establecido el que crea ciertas necesidades y las crea a partir de cierto potencial de satisfacción”. (Aquín, 1995, p. 24)

De este modo las posiciones ocupadas en el seno de la sociedad por lxs sujetxs, determinan las estructuras de necesidades y sus límites.

Por otro lado, la dimensión no material incorpora a las representaciones o saberes y la relaciones entre lxs sujetxs. En tal sentido la intervención del Trabajo Social puede dirigirse a proporcionar información que el/la sujetx desconoce, como también a proponer una crítica. En cualquiera de las dos opciones se requiere de un conocimiento sobre los saberes cotidianos que conforman el sentido común de estxs sujetxs con los cuales se trabajara. (Aquín, 1996).

Continuando con los aportes de Aquín, quien considera que:

(...) los hechos hablan de acuerdo con las teorías que los están sustentando, que no se accede directamente a lo real sino a través de mediaciones, de espacios

de articulación entre teoría y empiria, entre expresiones de lo real y sus significaciones. (1996, p. 74).

Por esto se debe asumir una perspectiva teórica con respecto a cómo se considera a los problemas reconocidos en estxs sujetxs en particular, lo cual determina e influye sobre la manera en la que fue definido el objeto de intervención. En tal sentido en la intervención se tomó la posición y se entendió a las problemáticas que atraviesan a las personas en proceso de trasplante como constitutivas del derecho a la salud y el acceso a un trasplante. En relación a la importancia de la exigibilidad de los derechos, el derecho a la salud específicamente abarca elementos esenciales e interrelacionados como lo son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, pero a su vez implica que otros derechos estén garantizados (Ase y Buriyovich, 2009).

En el proceso de inserción se identificaron diferentes problemáticas, las cuales se analizaron según la teoría en que se sustentó la intervención y se priorizaron, teniendo en cuenta que a partir de allí se iba a construir el objeto. A partir de esto, se tomaron decisiones teóricas, prácticas y metodológicas de acuerdo a las posibilidades de abordaje, las particularidades del contexto, las demandas de la institución y/o de lxs sujetxs.

Se consideró pertinente construir el objeto de intervención a partir de la problemática que se desprende del largo proceso de tratamiento en el que se encuentran las personas en proceso de trasplante: la falta o la disfunción a la hora de obtener información que les permita tomar decisiones.

De acuerdo a lo desarrollado en este apartado y tras un acercamiento a la temática, el objeto quedó definido como:

***“Los obstáculos y dificultades que se les presentan a las personas en relación al derecho de acceder a la información como parte del proceso de trasplante”.***

La construcción del objeto de intervención surgió luego de entrevistas informales con lxs profesionales de la institución, donde se resaltó constantemente la importancia y lo necesario que es el acceso a la información para las personas que se van a ver involucradas en el proceso de salud- enfermedad, como también para su círculo más cercano: la unidad doméstica. Contar con la información necesaria hace que este recorrido se desarrolle de manera favorable, ya que es un proceso que trae aparejado dudas, miedos, ansiedades, desinformación y mitos que inciden negativamente en la visión del trasplante. Luego de estas apreciaciones planteadas se decidió abordar la importancia del acceso a la información a la hora de

encontrarse en lista de espera como una forma de aportar un mejor diálogo en las prácticas de intervención.

#### - 4.3 Reconstrucción de la estrategia de intervención

A partir del reconocimiento del campo del Trabajo Social, del planteo de la identificación del campo problemático en el proceso de inserción y la posterior construcción del objeto de intervención, comenzamos a diseñar las estrategias de intervención. Se entiende como un “(...) conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora, de la actuación profesional, así como de su análisis” (González, 2001, p. 8). Definir estrategias supone una combinación particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos “cuya particularidad va a estar dada por la manera específica en que se articulan un marco de referencia propio, unos objetivos y unas funciones con las características de los agentes, condiciones de los mismos, así como situación macrosocial” (González, 2001, p. 8). A través de la apertura de la institución se pudo tener la libertad de plantear varias posibilidades de intervención y en conjunto, decidir cuál se adaptaba más a los objetivos de las tesis y al contexto. Desde la inserción en el E.Co.D.A.I.C las estrategias de intervención fueron resultado de una construcción colectiva y de intercambio de saberes de la mano de lxs profesionales de la institución y de lxs sujetxs que se pudo conocer a través de la virtualidad.

##### ***4.3.1 El proceso de inserción: acuerdos y viabilidades***

La inserción en el espacio institucional E.Co.D.A.I.C comenzó en el mes Noviembre del año 2019. En ese momento, se iniciaron los primeros contactos y comunicaciones personales con las referentes institucionales. Por parte del área del Servicio Social surgió la invitación a conocer la institución, los espacios físicos, las dinámicas institucionales y a lxs distintxs profesionales que ejercen aquí. En el mes de Marzo del año 2020 se comenzaron a establecer acuerdos para la intervención, aunque desde el año anterior hubo mucha predisposición por parte del Centro de Prácticas. E.Co.D.A.I.C pertenece a un área dentro del campo de salud que no ha sido explorada en profundidad por la disciplina: el trasplante, y por esa misma razón quienes trabajan allí encontraron útil la experiencia de recibir tesis. Gran parte de la viabilidad que se encontró también tuvo que ver, como se dijo anteriormente, con que la institución recibe pasantes de la Facultad y una de las tesis estaba llevando adelante sus pasantías allí, por lo que esas vías de comunicación eran preexistentes a la llegada del equipo.

Un aspecto importante a tener en cuenta que se vio reflejado en el proceso de intervención es la viabilidad contextual e institucional, por lo que es necesario reconocer que a pesar del tiempo de la intervención y del contexto de pandemia, lxs profesionales de Trabajo Social continuaron brindando el espacio para proseguir con la intervención.

Debido a las turbulencias del contexto y la continuidad de las prácticas de intervención pre profesional, el equipo se vio frente a la disyuntiva de desarrollarla a través de un proyecto de investigación situada o continuar con una práctica de intervención, teniendo en consideración las posibilidades y limitaciones que el contexto imponía. Ambos conceptos y propuestas fueron planteados a lxs referentes de la institución. A partir de ello, la construcción de lo que se hizo dentro de la institución fue producto de varias reuniones en las cuales se fue analizando las potencialidades, obstáculos e intereses, tanto por parte de la institución como también del equipo de tesistas. Se llegó al acuerdo de continuar con el desarrollo de la intervención pre profesional y no optar por un proyecto de investigación, ya que se encontró un espacio interesante y factible para trabajar, teniendo en cuenta los tiempos académicos e institucionales.

A partir de los acuerdos realizados con lxs referentes es que se decidió que el desarrollo de la intervención iba a ser realizada desde la virtualidad con lxs profesionales del Trabajo Social de distintos centros de diálisis de la provincia de Córdoba. Esto se debió a que se estaba atravesando la situación de medida excepcional tomada por el Gobierno, el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, frente a la pandemia.

En ese escenario se destaca la importancia de que para poder llevar adelante la práctica pre profesional, se contó con los instrumentos normativos desarrollados anteriormente. Las leyes promulgadas en el país y la provincia hacen viable la intervención en el campo de la salud en general y del trasplante en particular. Las leyes que surgieron en relación al trasplante fueron acompañadas por grandes avances médicos y también por un creciente apoyo de la sociedad a esta temática. La viabilidad social aportada por estos años de luchas de los colectivos involucrados, es decir, las personas que esperan un trasplante, sus familias y todxs lxs profesionales que toman parte en el proceso, permitió que el equipo se interesara en la temática y se insertara en la institución, sabiendo que si bien aún existe poca bibliografía sobre Trabajo Social y trasplante, es importante comenzar a transitar este camino por la importancia que remite a la disciplina y a la temática en sí. Para desarrollar las actividades que se propusieron fue necesario identificar los recursos materiales, relacionales, institucionales, entre otros con los que se contaba, por lo que se hará una descripción general de los mismos. Algunos de estos fueron aportados por el Servicio Social de E.Co.D.A.I.C y fueron creados

por lxs profesionales: listados de los diferentes centros de diálisis de la provincia de Córdoba, contactos de lxs distintxs colegas que trabajan en los mismos dentro de la provincia y archivos con la situación de las personas que asisten a los diferentes centros. También, se pudo contar con diferentes folletos y manuales sobre la ley e información de lo que implica el proceso de trasplante renal. Por otro lado, se recuperaron y organizaron las direcciones y situaciones actuales de los centros de diálisis utilizando como recurso la Central de Reportes y Estadísticas del SINTRA (CRESI) desde la cual se puede obtener toda la información relacionada con la actividad de procuración y trasplante en el ámbito nacional. Con estos datos recogidos se realizó un mapa de geolocalización para localizar visualmente los centros de diálisis de la provincia de Córdoba, convirtiéndose en un insumo para las actividades que se desarrollaron. Otro de los recursos que fueron facilitados desde el Servicio Social fue el acceso al mail institucional del área, a los fines de buscar datos e información de contacto de lxs trabajadorxs sociales de los distintos centros de diálisis.

#### ***4.3.2 ¿Qué se hizo?: La estrategia de intervención***

Luego de la inserción en la institución, de que el equipo haya participado en algunos de los aspectos de la cotidianeidad de la misma, en sus acciones, intervenciones, miradas, se comenzó a analizar teórica y epistemológicamente las problemáticas que la atravesaban. A partir de la delimitación del objeto de intervención, se identificó como situación inicial aquellas dificultades y obstáculos en el acceso a la información sobre los derechos de las personas en proceso de trasplante. No obstante, existe una situación deseada, es decir, una situación ideal de la problemática; que todas las personas que se encuentran en proceso de trasplante tengan la posibilidad de acceder a la información que les sea útil, particularizando el conocimiento de sus derechos otorgados por las leyes existentes, y de esta manera, potenciar su autonomía.

Luego de un profundo análisis es que se construyó la estrategia de intervención a partir de dos procedimientos: uno es la co-gestión que “supone que el diligenciamiento de recursos económicos, culturales o sociales se realiza de manera conjunta entre el profesional y los agentes “portadores de necesidades” (Gonzalez, 2001, p. 6). El otro que se identificó, que se encuentra relacionado con el anterior, es la promoción. Esta “implica impulsar la realización de acciones o la formación de determinadas conocimientos y representaciones” (Gonzalez, 2001, p. 7). Siguiendo con lo expuesto por Gonzalez (2015) se reconoce que procedimientos, técnicas y actividades que se desarrollaron no fueron neutras, por lo que el proceso de intervención fue construido a partir de una determinada forma de ver y de comprender.

La estrategia de intervención que se propuso tuvo como objetivo general: *“fortalecer los espacios de acceso a la información en personas en proceso de diálisis y trasplante, que transitan su proceso de salud-enfermedad-atención en los centros de diálisis de la provincia de Córdoba que cuentan con trabajador/x social”*. Para poder alcanzar el objetivo general, se propusieron una serie de objetivos específicos, tales como: *“facilitar la apropiación y circulación de la Ley 26.928 en profesionales del Trabajo Social y personas en proceso de diálisis”*. En la misma línea, *“promover la exigibilidad de los derechos vinculados a la Ley 26.928 a partir del conocimiento de la misma y la gestión de credenciales para su acceso”*, *“socializar líneas de trabajo para profesionales de Trabajo Social en los centros de diálisis de Córdoba, en relación al acceso a la información como derecho”* y *“consolidar el trabajo en red con lxs profesionales de Trabajo Social en los centros de diálisis de la provincia de Córdoba”*.

Para poder cumplir con los objetivos, y por lo tanto acercarse a la situación deseada, fue necesario desarrollar líneas de acción que respondieran al conjunto de actuaciones integrales que se propone desarrollar. (Rodríguez y Tabora, 2015). Las mismas explicitan y guían en gran medida las acciones centrales que se quiere llevar adelante, intentando resolver el que se va a realizar y cómo se va a hacer. La primera línea de acción estuvo direccionada a *organizar la información preexistente*. Se llevó adelante la recopilación de información y creación de un registro único de Centros de Diálisis de Córdoba con sus direcciones actualizadas, nombres y mails de lxs profesionales de Trabajo Social que ejercen en ellos. Una vez realizado el registro, se realizó un rastreo de cómo habían sido los contactos anteriores de E.Co.D.A.I.C con los distintos centros de diálisis. La segunda línea de acción fue la *gestión de las credenciales para personas en proceso de trasplante*. Se buscó promover la gestión de credenciales, las cuales se constituyen en un instrumento para el acceso a derechos. La modalidad de trabajo fue vía mail, Whatsapp y llamadas telefónicas entre las tesistas, el Servicio Social de E.Co.D.A.I.C y lxs trabajadorxs sociales de los centros de diálisis, siendo estxs últimxs quienes tienen y tendrán contacto directo con las personas en proceso de diálisis y lista de espera. Se contactó a lxs trabajadorxs sociales con el objetivo de contarles la propuesta de intervención y pedirles que, en caso de que las personas en proceso de diálisis que estén inscriptas en lista de espera lo deseen, envíen sus datos a las tesistas para comenzar la gestión de la credencial. Una vez que se recibió una respuesta, se envió la información revisada a lxs profesionales de Trabajo Social de E.Co.D.A.I.C, para la posterior obtención y envío a destino de las credenciales físicas. La última línea de acción fue la *promoción del acceso a la información como derecho*. Desde esta línea de acción se trabajó para la

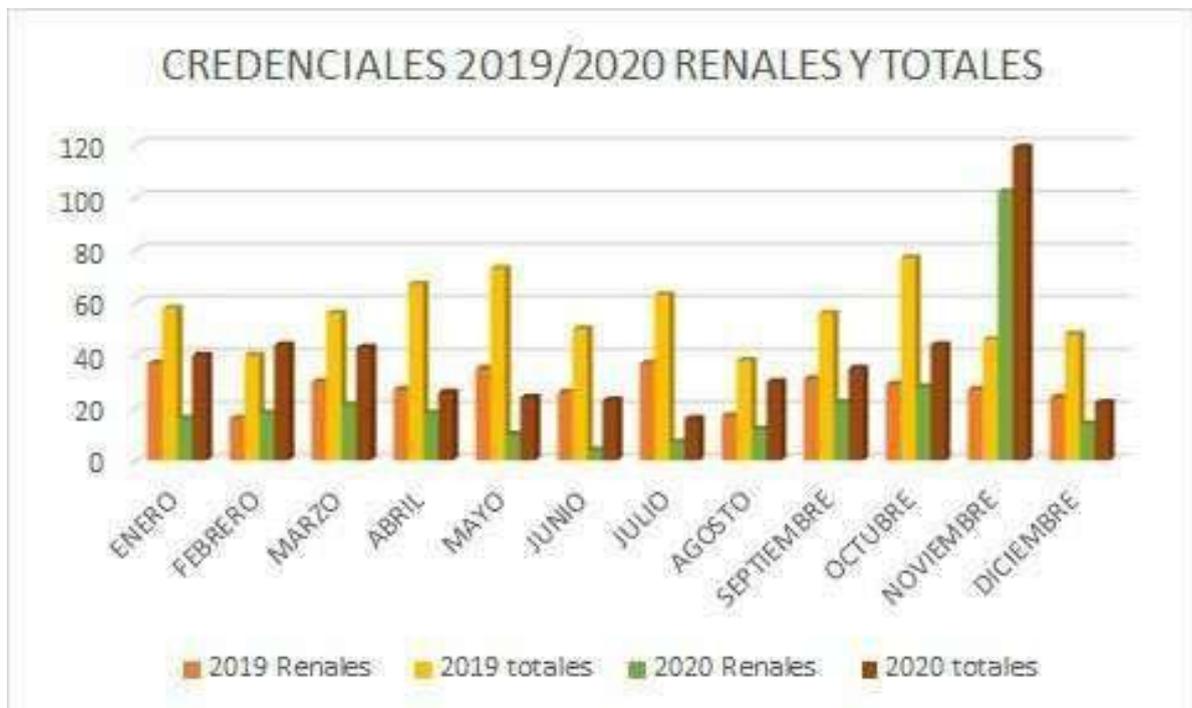
circulación y apropiación de la Ley 26.928 “Protección Integral para Personas Trasplantadas y en Lista de Espera” con lxs profesionales de Trabajo Social como así también en las personas en proceso de trasplante. Se realizó una reunión con algunas de las trabajadoras sociales que se sumaron a debatir y reflexionar sobre el contenido de la ley y como se aplica en los distintos espacios de diálisis.

#### - 4.4 Evaluación e impacto

Finalizando el proceso de intervención pre profesional, se realizó una reconstrucción de la intervención propiamente dicha teniendo en cuenta datos y resultados, con el objetivo de realizar una evaluación y a partir de esta, analizar el impacto o resultado que tuvo la intervención en las instituciones y sujetos. Se entiende a la evaluación dentro del proceso de intervención “como un proceso de aprendizaje mediante la reflexión sobre las prácticas” y como “una herramienta de revisión del pasado y de proyección del futuro” (Rodríguez y Taborda, 2015, p. 23). En este marco se propusieron distintos indicadores para evaluar dicho proceso de intervención, ya que estos permitieron conocer acerca de los resultados e impactos negativos y/o positivos que se produjeron. A la hora de pensar en los impactos generados por la intervención, se tuvieron en cuenta los cambios y/o variaciones que se ocasionaron a partir de la misma. Una de las maneras para analizar los datos obtenidos fue la utilización del método cuantitativo. A partir de esto, se planteó como indicador determinar cuántas personas en lista de espera y proceso de diálisis recibieron su credencial en el mes de Noviembre del año 2020 en relación a cuántas personas la recibieron en el mismo mes del año 2019. Para poder comprender esta comparación hay que tener en cuenta que durante el año 2020 no hubo atención presencial durante los meses de Marzo a Diciembre en E.Co.D.A.I.C debido a la pandemia, por lo que los mecanismos instituidos para la obtención de la credencial se vieron reforzados a través de la virtualidad, donde las tesistas participaron en los últimos meses del año 2020. En esta variable se pudo dar cuenta que durante el año 2020 se encontraban con la posibilidad de gestionar sus credenciales, un número aproximado de 144 personas que se encontraban dializando en los centros de diálisis con los cuales generamos contacto; en el total de esa cantidad se gestionaron 102 credenciales de personas que requerían dicho recurso, de las cuales se pudo acompañar durante los meses de la intervención a gestionar 88. A comparación del año 2019, en el mes de Noviembre se gestionaron 27 credenciales.

	2019		2020	
	Renales	totales	Renales	totales
ENERO	37	58	16	40
FEBRERO	16	40	18	44
MARZO	30	56	21	43
ABRIL	27	67	18	26
MAYO	35	73	10	24
JUNIO	26	50	4	23
JULIO	37	63	7	16
AGOSTO	17	38	12	30
SEPTIEMBRE	31	56	22	35
OCTUBRE	29	77	28	44
NOVIEMBRE	27	46	102	119
DICIEMBRE	24	48	14	22
<b>totales</b>	<b>336</b>	<b>672</b>	<b>272</b>	<b>466</b>
	50% DEL 2019		58% 2020	

(Dato de Eugenia Ferreira Centeno, 2020)



(Dato de Eugenia Ferreira Centeno, 2020)

De los resultados que se observan en los gráficos es relevante poder remarcar la diferencia de credenciales gestionadas durante los meses del año 2019 y 2020. También, se puede observar notoriamente el aumento de credenciales gestionadas durante la intervención en el mes de Noviembre en relación a los meses restantes del mismo año.

Otro de los métodos utilizados para analizar los impactos generados por la intervención, fue a través de una evaluación cualitativa. En primer lugar, considerando el trabajo en equipo con lxs profesionales del Trabajo Social de E.Co.D.A.I.C. Durante el proceso de intervención se trabajó a través de una diversidad y flexibilidad de actividades sujeta a los cambios que se fueron presentando, propios del trabajo virtual ocasionado por el contexto de pandemia. Parte de las propuestas fueron tomadas y vistas como novedosas, por tener una mirada externa a la institución y a la problemática. En este sentido, existieron diferentes instancias de intercambios sobre categorías y opiniones, las cuales sirvieron para analizar si las acciones que se propusieron fueron viables, ya que ellxs como profesionales de las Ciencias Sociales aportaron a la identificación de las lógicas propias del campo de la intervención, además de contar con un corpus de conceptos teóricos que sirvieron para enriquecer el proceso. Estos acercamientos con lxs profesionales, giraron en relación a la transmisión de experiencia y lo académico propiamente dicho que se aportó con la inserción.

En segundo lugar, se realizó una evaluación a partir del trabajo realizado con lxs profesionales de los centros de diálisis. Un indicador de este proceso de evaluación fue la modalidad de acercamiento a lxs trabajadores sociales de los centros diálisis, ya que al principio se realizó vía internet, por medio de las redes sociales: mensajes de Whatsapp y mails. En este sentido, las respuestas por parte de lxs profesionales comenzaron a impactar alrededor de las dos o tres semanas de enviado el primer mensaje. Estos tipos de mensajes se pueden mezclar con otros, y en la vorágine de la cotidianeidad se pasan, es por esto, que se comenzó con un segundo momento de acercamiento a través de otro medio: llamadas telefónicas. Una vez que se logró generar contacto, se pudo explicar mejor la intervención, los objetivos, y así avanzar de manera conjunta.

Otro indicador a tener en cuenta en esta parte de la evaluación refiere a la utilidad que tuvo para lxs profesionales el acceso a la información compartida por parte del equipo de tesistas. Este indicador pudo ser observado en dos momentos: a lo largo de la implementación de las estrategias de intervención y en el momento del cierre formal.

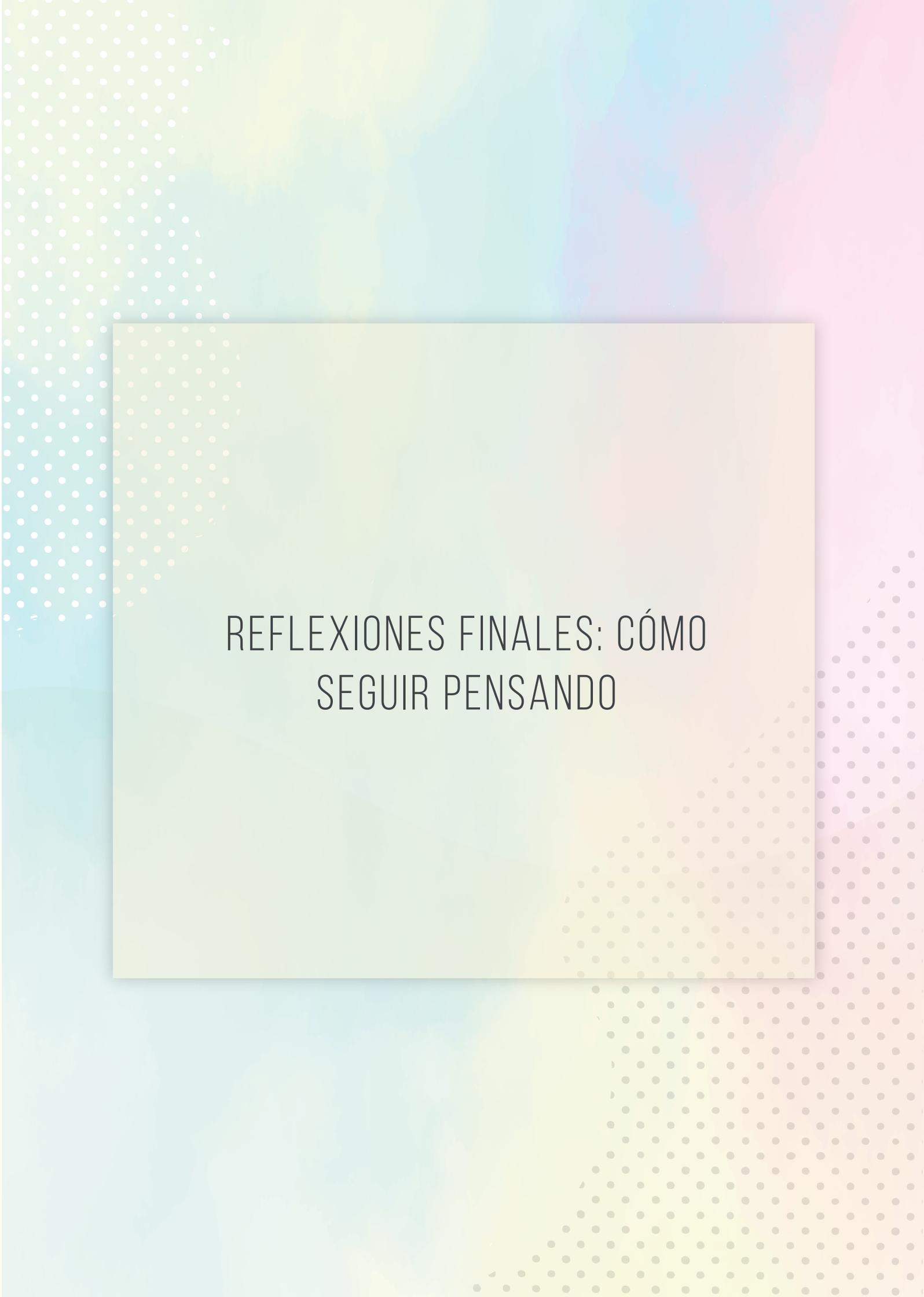
Teniendo en cuenta el primer momento, luego de generar contacto con lxs distintxs profesionales se observó que la información compartida sobre los derechos contemplados en la Ley N° 26.928 era complementaria y se sumaba a la que ya tenían lxs profesionales. Por

lo cual a partir de interiorización de lo que implica la Ley y el conocimiento del régimen de Protección Integral para Personas Trasplantadas fue considerada por lxs profesionales como una herramienta más para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en proceso de diálisis que están inscritas en lista de espera.

Trabajar en conjunto implicó delegar una parte muy importante del proceso de intervención que era la explicación de la función de la credencial, el porqué de la misma, su funcionamiento y los derechos que la misma intenta cumplir. La posición de lxs trabajadorxs sociales en esto fue fundamental, y también en algunos casos el de ayudantes administrativas que, por la modalidad de trabajo que se estaba llevando adelante en algunos centros, fueron quienes hicieron de nexo entre nosotras y las personas que debían recibir su credencial.

El segundo momento, refiere a la evaluación del proceso de intervención en conjunto con lxs profesionales del Trabajo Social de los centros de diálisis, a través de un cierre formal planificado de manera virtual por medio de la plataforma Meet, en el que participaron tres trabajadoras sociales de centro de diálisis diferentes de la provincia de Córdoba, las cuales fueron partícipes de la estrategia de intervención, y lxs referentes de la institución. En este encuentro hubo un espacio para el intercambio de información, con el objetivo de profundizar sobre todas aquellas dudas que existan con respecto a la ley trabajada y también, sobre la gestión de las credenciales. El encuentro fue considerado muy enriquecedor, ya que las distintas profesionales contaron sus experiencias en el campo, como es el trabajo en contexto de pandemia, sobre lxs sujetxs y que significa para ellxs poder acceder a la credencial. Al cierre fueron invitadxs alrededor de 20 profesionales, pero el contexto y la altura del año tuvo influencia en la no concurrencia de la mayoría. No obstante, fue un cierre completo y permitió seguir creciendo.

Lxs profesionales presentes en este momento expresaron, a manera de evaluación, que la intervención les resultó útil para retomar con la gestión de credenciales, ya que conocían la ley pero por la pandemia no habían continuado con esa línea de acción. Muchxs vieron la continuidad de su trabajo afectado por no ser consideradxs trabajadorxs esenciales, por lo que se estaban abocando a adaptar su trabajo a los protocolos establecidos. Lo cual muchas veces dificultaba el acercamiento presencial entre trabajadorxs sociales y personas en proceso de diálisis por el hecho de ser estas consideradas “de riesgo”. Proponer como línea de trabajo gestionar la credencial utilizando y reforzando las herramientas virtuales fue reconocido como novedoso y adaptable a las circunstancias por quienes pudieron sumarse a nuestra intervención (Cuaderno de campo, Diciembre de 2020).



REFLEXIONES FINALES: CÓMO  
SEGUIR PENSANDO

## **Reflexiones finales: cómo seguir pensando**

Para concluir la presente tesina de grado realizaremos las últimas reflexiones. A lo largo de este trabajo, se plasmaron las posiciones ético-políticas, teóricas, metodológicas e ideológicas que dejó el paso por la Universidad Pública, desde las cuales se reconstruye el camino de las personas que se encuentran en proceso de trasplante. Más que llevar adelante una conclusión rígida o cerrada del proceso, se hace hincapié en distintas cuestiones que llevaron a la reflexión e hicieron que el debate esté presente. Ya que fue con ese ánimo que nos acercamos a trabajar a E.Co.D.A.I.C: siendo abiertas y flexibles a lo que la institución y el contexto nos propusieran.

### ***Aportes para pensar la intervención***

Al iniciar las prácticas pre profesionales se definió que se iba a intervenir con personas que se encontraban atravesando un proceso de trasplante. Este camino inició con diversos interrogatorios sobre el proceso de intervención, ¿Desde donde se iba a abordar? ¿Con quienes específicamente se iba a intervenir? ¿De qué manera se llevaría a cabo el proceso? Conocer a qué se refería al hablar de personas en proceso de trasplante y desde dónde iba a ser la posición para analizarla fue el primer paso para dar lugar a la elaboración de esta tesina. Se reconoció que la misma es una temática novedosa para el campo profesional del Trabajo Social, por lo que se planteaba como un gran desafío a la hora de acercarnos a las prácticas pre profesionales.

Es a partir de esto y del contexto que nos interpeló, y nos interpela constantemente, que iniciaba un camino inesperado. La intervención tuvo que pensarse desde la virtualidad, que también se presentaba como algo nuevo tanto para lxs profesionales, las personas en proceso de trasplante como también para nosotras.

¿Cómo se interviene sin el cara a cara que la profesión propone? ¿Cómo es la escucha como proceso de conocimiento y de intervención sin estar mediada por el vernos, mirarnos, entendernos sin palabras? ¿Cómo se acompaña a las personas que se encuentran en proceso de trasplante en esta compleja situación? Estuvo presente el desafío de pensar nuevas maneras de intervenir, nuevas maneras de utilizar las herramientas metodológicas tradicionales de las ciencias sociales, leer, analizar el territorio desde una nueva mirada, atravesadas por el miedo a la enfermedad, por la incertidumbre que provoca el contexto de pandemia, en cómo hacer

para repensar el quehacer profesional en medio de semejante contexto que llegó sin dar aviso, sin dar tiempo para poder acomodarse a la nueva situación.

En conjunto con lxs profesionales de E.Co.D.A.I.C se fue buscando día a día la manera de lograr una intervención fundada desde la virtualidad y así llegar a las personas en proceso de trasplante.

Pero la nueva realidad y el contexto de pandemia también llevó a tener que ser conscientes de las nuevas reglas que se imponen en este juego, en este nuevo contexto. Ese desafío de pensar la virtualidad en función de las vidas reales y particulares de cada persona. ¿Cómo llegar a todxs en esta situación tan compleja? El acceso a la tecnología es notablemente desigual de acuerdo al contexto particular de cada unx. En E.Co.D.A.I.C nos encontramos con personas en proceso de trasplante que poseen contextos de vida muy diferentes entre sí, pero el tema del acceso a la virtualidad era (y continúa siendo) algo transversal. Con respecto al acceso material a los dispositivos tecnológicos, algunas personas en proceso de trasplante y sus familias no pueden afrontar el gasto que implican, pero también hay dificultades en la posibilidad de usar realmente esos dispositivos para conectarse con otrxs. Con esto se hace referencia a personas, que no tienen conocimiento de cómo utilizar la tecnología, que poseen conocimiento limitado, que no cuentan con una persona que los apoye al momento de intentar acceder a los dispositivos.

Uno de los desafíos, entonces, tuvo y tiene que ver con que la posibilidad de acceder a la tecnología no se convierta en otro obstáculo para el acceso a los derechos de las personas en proceso de trasplante. Hay que apelar a mecanismos que ayuden a que las personas que no pueden acceder a los dispositivos y/o a internet puedan hacerlo, y a que quienes los tengan puedan acceder a capacitaciones para poder utilizarlos. La virtualidad llegó para quedarse de manera forzada, por lo que potenciando las posibilidades de todxs podemos encontrar lo positivo que nos ofrece. Además de permitirnos seguir conectadxs, hace que las distancias no sean un impedimento a la hora de acceder a espacios que, como el CAP, ayudan, acercan y apoyan a atravesar situaciones que han irrumpido en la vida cotidiana.

Todo lo anterior hizo que las intervenciones desde el Trabajo Social tuvieran que adquirir una plasticidad acostumbrada a la profesión, pero distinta: en una disciplina acostumbrada al cara a cara, al trabajo en conjunto, a que el estar físicamente en territorio sea una parte fundamental de la intervención, hubo que reformular la forma de pensar.

Algo interesante para traer en este momento de reflexión tiene que ver con que todo el trabajo que se llevó adelante estuvo enmarcado en lo que atravesó casi toda la intervención: la incertidumbre. El *no saber* fue el modo a partir del cual, paradójicamente, se pudo avanzar.

Traemos la palabra de la jefa del Servicio Social de E.Co.D.A.I.C, cuando dijo que esa es la realidad constante del ejercicio profesional. El año 2020 sirvió para entender realmente que lo social está atravesado por muchísimos factores que influyen en las distintas estrategias de intervención que se quieran llevar a cabo. Que los contextos pueden cambiar de manera abrupta y se debe estar preparadxs para adaptarse y continuar siendo el nexo entre las personas y sus derechos. Que lo que se haga está condicionado por los recursos con los que se cuenta y que la mayoría de las veces estos son escasos, y es ahí donde entra en juego la creatividad.

Gran parte de lxs profesionales se encuentran en una situación de precariedad laboral, el desgaste que se genera es muy grande. La forma de contratación de lxs trabajadorxs sociales influye en las posibilidades de llevar adelante distintas intervenciones, en el tiempo disponible para dedicar a las mismas, en la apertura institucional para aceptar ideas nuevas. El agotamiento era una constante en casi todxs lxs trabajadorxs sociales con lxs que nos comunicamos durante el año. Muchxs tenían dos trabajos diferentes, además de obligaciones familiares y las presiones propias de atravesar una pandemia.

Al no conocer la realidad de gran parte del colectivo profesional, entrar en contacto con ellxs a través de la intervención que se llevó adelante el año pasado fue muy esclarecedor. Poder charlar y entrar en contacto con distintas realidades laborales permitió entrar en conocimiento de la realidad que aguarda después de la academia.

Para cerrar la primera parte del final de la tesina, queríamos dedicar unas líneas a la profesión en sí. La mirada del Trabajo Social se diferencia a la de todas las profesiones de las Ciencias Sociales por su cercanía con el territorio, las instituciones, desde la comunidad y para la comunidad. Luego del camino recorrido para la formación se considera que es una profesión que interviene desde su código ético, desde la igualdad y la participación de todxs lxs sujetxs, impulsando el desarrollo y crecimiento del bienestar social, la calidad de vida y la salud. Se encuentra en constantes disputas y luchas para promover la autonomía de las personas, fortaleciendo las relaciones humanas mediante el empoderamiento, la información y el acceso a aquellos recursos necesarios para cada persona, familia, grupo o comunidad.

### ***Trabajo Social y Trasplante***

A partir de lo expuesto hasta aquí y mirando al trasplante desde el Trabajo Social es que surgen otras reflexiones e interrogantes a modo de desafío para intervenciones futuras.

Principalmente, se sostiene la importancia de llevar adelante el ejercicio profesional desde una perspectiva de derecho. En todos los ámbitos, pero específicamente en el área de trasplante, utilizando como herramienta el marco normativo correspondiente para que las personas en proceso de trasplante puedan hacer efectiva la exigibilidad de sus derechos. Se hace puntual referencia a la ley N° 26.928 de Protección Integral para Personas Trasplantadas y en Lista de Espera. Esta ley, como se especifica en el desarrollo de la tesina, habilita a las personas que se encuentran en proceso de trasplante a acceder a una credencial. Teniendo en cuenta esto, fueron muy significativas las palabras de la Jefa del Servicio Social de E.Co.D.A.I.C “*La credencial no es simplemente una credencial, sino la puerta de acceso a los derechos para las personas en proceso de trasplante*” (R5-E-25 agosto 2020). Es de esta frase que salió el título de este trabajo, como para dimensionar el impacto que causó en nosotras.

Hubo reflexiones en relación a la credencial, el acceso a derechos y la profesión. ¿Por qué se cree que la entrega de una credencial es un acto administrativo? ¿Cualquiera puede entregar una credencial? Debatido se llegó a que si, la entrega de una credencial la puede hacer cualquier persona. Pero la diferencia fundamental entre un/x profesional con formación en derechos y una persona que simplemente realice la entrega como un acto administrativo está en la mirada, la perspectiva y el fundamento teórico con el que se hace. La *puerta de acceso a derechos* que plantea E.Co.D.A.I.C implica utilizar esa credencial como estrategia para acercarse a las personas. En el acto de entregar la credencial se ponen en juego cuestiones que tienen que ver con mostrar y explicar los derechos que las mismas tienen por el simple hecho de estar atravesando un proceso de trasplante. Explicar que no es una *ayuda* si no algo que les pertenece, y promover la lucha y apropiación de esos derechos es una parte fundamental de la mirada con la que la institución encara la gestión de las credenciales. También exhorta a otras instituciones que se encuentran en contacto directo con las personas en proceso de trasplante a hacerlo de esta manera.

Esto no implica que la entrega de credenciales tenga que ser llevada adelante exclusivamente por profesionales del Trabajo Social. Se plantea que es posible convertir un acto administrativo en una intervención con horizonte de derechos. Algo que también es interesante plantear es la posibilidad de formar equipo con personal no especializado para llevar adelante esta tarea cuando nosotrxs como profesionales no podemos hacerlo. A modo de ejemplo, durante la intervención realizada en E.Co.D.A.I.C, en una situación no se logró generar contacto con la trabajadora social de un centro de diálisis por cuestiones de protocolo COVID 19. Se intentó reiteradas veces, pero quién atendía siempre era la secretaria, quien

tenía contacto diario con las personas que dializaban. Durante uno de los contactos, fue ella la que se ofreció a realizar la tarea de entrega. Esto llevó a que se dialogara sobre esta posibilidad, ya que la intervención había sido expresamente formulada para trabajar con profesionales de nuestra disciplina. Se terminó llegando a la conclusión de que era un espacio al que de otra forma no era posible acceder. De esta manera, se formó equipo con una persona del área administrativa, haciéndole llegar nuestra mirada acerca de las credenciales y trabajando con ella la tarea de informar los derechos que a partir de las mismas se otorgan.

En la misma línea, otra de las reflexiones que se quiere plasmar tiene que ver con la jerarquización de la profesión con respecto a los ámbitos en los que no es considerada una disciplina *esencial*. Mucho se habló y se habla de este término en el contexto de pandemia, en donde es utilizado para nombrar a aquellas profesiones que realizan "actividades que si se interrumpen pueden poner en peligro la vida, la salud o la seguridad de la comunidad" (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad). El Trabajo Social es parte de los equipos interdisciplinarios de salud pero no era considerada *profesión esencial*.

Durante el ASPO fue notoria esta situación en los relatos, durante el mes agosto, de algunxs trabajadorxs sociales que no tenían permitido asistir de manera presencial a su lugar de trabajo. Es importante demostrar a través de intervenciones fundadas y con horizonte en los derechos de las personas, que esta profesión es igual de importante que las demás profesiones que intervienen en los equipos de salud. Lxs trabajadorxs sociales cumplen la función de velar por los derechos de personas que se encuentran atravesando procesos médicos de alta complejidad, donde el foco principal está puesto en lo médico corporal. Atender a lo social es particular de nuestra disciplina y es de suma importancia dentro del proceso médico. Es así que se puede dar cuenta de la importancia de *lo social* en este contexto de pandemia que nos atraviesa, reconociendo que el problema no ha sido únicamente el virus, sino también el contexto económico y social de cada persona. La emergencia por la pandemia ha visibilizado las vulnerabilidades estructurales preexistentes y, a la vez, viene generando vulnerabilidades específicas emergentes de esta nueva situación. Ella constituye una situación disruptiva, que genera altos niveles de estrés individual y colectivo. Para muchas personas implica una situación trágica a causa de las pérdidas que deben afrontar: pérdida de seres queridos, de la salud, de la vivienda, de bienes, o del trabajo.

En lo que respecta a las personas, surgen manifestaciones emocionales como angustia, desconfianza, ansiedad, temor al contagio, enojo, incertidumbre e impotencia. El modo de contagio permite mostrar una forma novedosa de afectación de una acción individual sobre un conjunto social. Nos vuelve a recordar el carácter social de la pandemia respecto al modo

de contagio. La expansión del Covid-19 ha logrado magnificar de forma inédita, y algo inesperado los efectos sociales que pueden generar, las acciones de cualquier persona.

El miedo se hace presente en aquellas personas que tienen enfermedades crónicas y a quienes se encuentran atravesando un proceso de trasplante. Este miedo implica sentirse vulnerables a las complicaciones de la propia enfermedad, a menudo por la edad y/o enfermedad preexistente, como así también el contacto con otras personas, ya que es un virus con alto grado de contagio. Según los especialistas de diferentes materias, una de las formas de controlar la enfermedad es el aislamiento social de la población. Esta afirmación pone en el centro de la escena *lo social* en el Sector Salud. Las características de propagación del contagio de la pandemia y la importancia que asume *lo social*, surgen como una posibilidad de cambio en las formas de atención sanitaria.

### ***Apreciación personal***

Como palabras finales queremos reivindicar el espacio en el cual se ha realizado el proceso. Esta reivindicación no queda simplemente en el hecho de sugerir la institución para realizar futuras prácticas pre-profesionales, sino también para cuestionar el lugar que se le da a la temática del trasplante, entre otras, en la formación profesional. Sumado a los espacios ya consolidados, los aportes que se pueden hacer desde este campo son necesarios para poner en juego y plasmar la multiplicidad de intervenciones posibles.

Trabajo Social ha generado un cambio en estos escenarios, entendiendo que no se trabaja solamente con personas que transitan alguna enfermedad que requieren de una práctica médica de alta complejidad. En estos lugares se abordan y se consideran las situaciones sociales que involucran vulneraciones de derechos de estas personas, todas cuestiones consideradas como parte del proceso salud-enfermedad-atención. Este aspecto posibilita comprender la necesidad de avanzar en estos procesos, que son los que permiten sentar las bases para consolidar la disciplina y fortalecer la especificidad profesional. Aportar en estos lugares sirve para poner en cuestión las miradas con respecto a la salud, para hacerse *el lugar* en aquellos espacios que desde el imaginario social se remiten exclusivos de otras profesiones. Lugar que otorga legitimidad ante otras disciplinas para hablar de *lo social*, rompiendo con la mirada médica hegemónica que atraviesa el campo de la salud.

Con esta tesis se pretende aportar a la visibilización y problematización de esta temática dentro del campo profesional, fomentando la generación de dispositivos, herramientas y estrategias que permitan abordarla en diferentes escenarios de intervención. Uno de los

principales aportes que se pueden encontrar dentro de la misma es la recapitulación realizada sobre la historia del trasplante a nivel mundial, a nivel nacional, pero con mayor énfasis a nivel provincial. Como no se contaba con esa herramienta, para entender el entramado disciplinar que se fue generando a lo largo del tiempo y dio lugar al área de Trabajo Social dentro de E.Co.D.A.I.C, se realizaron diferentes entrevistas. Primero a profesionales dentro de la institución de diferentes disciplinas, y luego a profesionales del Trabajo Social pioneras dentro del área de trasplante en diferentes hospitales de Córdoba. Se espera que esto sirva de punto de partida para aquellxs que quieran adentrarse en el área de trasplante con las mismas ganas con las que recabamos esa información. Entender de dónde vienen las instituciones, cómo se formaron, qué profesionales fueron claves para sus procesos, son datos que permiten comprender la actualidad desde otra perspectiva, fundada y enriquecedora.

Vivenciamos la práctica como un proceso atravesado por diferentes momentos, en dónde se manifestaron obstáculos, frustraciones, expectativas, posibilidades y nuevos aprendizajes. Fue un desafío haber superado los obstáculos que se presentaron, creando diferentes estrategias y alternativas para generar un espacio y reconocimiento en el mismo. Aportamos hoy un insumo a la institución, producto de la presente tesina, que va a permitir una aproximación más específica, una visibilización y un reconocimiento del Trabajo Social en una temática totalmente novedosa como lo es el trasplante para nuestro campo profesional. Todos aquellos interrogantes que se presentaron durante la construcción del entramado histórico del trasplante y de la tesina misma fueron resueltos a través de diferentes espacios de supervisión con la profesora de la materia práctica, lxs referentes de la institución y con la orientadora temática. Estos espacios consistían en otra visión de las dudas presentadas que en conjunto fuimos resolviendo, espacios de reflexión y crecimiento para el desarrollo de la intervención práctica y de este escrito.

Para concluir este proceso es enriquecedor hacerlo con una propuesta para estudiantes que encuentren interés en la temática y en el trabajo realizado desde el E.Co.D.A.I.C. Se considera que ciertos aspectos surgidos durante el proceso de intervención, merecen una reflexión, y deben ser tenidos en cuenta desde la profesión ya que son cuestiones que requieren una problematización para llevar adelante posibles futuras intervenciones. A partir de las observaciones participantes en las reuniones del grupo de CAP y de la reconstrucción del proceso, pueden contribuir a la disputa por la posición del Trabajo Social en esta temática futuras intervenciones o/e investigaciones en el ámbito de las unidades domésticas de las personas en proceso de trasplante. Esta propuesta surge debido a que las unidades domésticas de las personas en proceso de trasplante también se encuentran atravesadas por cuestiones que

devienen de lo que respecta al trasplante y así afectan sus vidas cotidianas. Es relevante la construcción de propuestas alternativas de intervención desde el campo profesional que, si bien son cotidianas en nuestra profesión, son nuevas para esta temática poco explorada desde el Trabajo Social.

# REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

## **Referencia bibliográfica**

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88(1), 35-50.
- Abramovich, V. y Courtis, C. (2000). El acceso a la información como derecho. *Anuario de derecho a la comunicación*, 1(1).
- Acevedo, M. P., y Aquín, N. (2015). Ficha de cátedra. *Sujetos del trabajo social: Los aportes del debate actual en la teoría social en torno a los sujetos*. Cátedra: Teoría, Espacios y Estrategias de intervención Social II. Escuela de Trabajo Social. UNC
- Acuña C. H. y Chudnovsky M. (2002). El sistema de salud en Argentina.
- Aquín, N. (1995). Acerca del objeto de Trabajo Social. *Acto Social*, 4(10), 21-26.
- Aquín, N. (1996). La relación sujeto-objeto en trabajo social: una resignificación posible. En *la especificidad del Trabajo Social y la formación profesional* (pp. 67-82). Espacio Editorial.
- Aquín, N. (2005). Pensando la dimensión ético-política del Trabajo Social. *Revista Trabajo social*, 1(1), 71-83.
- Aquín, N. (2013). Intervención social, distribución y reconocimiento en el posneoliberalismo. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 5(1), 65-76.
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. En P. Bourdieu. (Ed.) *Sociología y cultura*. (pp. 135-141). Grijalbo.
- Burijovich J, y Asse, I. (2000). La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas. *Administración Pública y Sociedad, Publicación, IIFAP*, 13.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (2009). Conceptualizando la gestión social. En M. Chiara y M. M. Di Virgilio (Ed.), *Gestión de la política social: Conceptos y herramientas* (pp.53-86). Prometeo libros.
- Crosetto, R., Bilavcik, C. y Paviolo M. (2014). El desarrollo de la profesión de Trabajo Social en el campo de la salud pública en la ciudad de Córdoba- historia y actualidad. *XXVII*

*Congreso Nacional Trabajo Social. Intervención profesional: contextos, escenarios y estrategia metodológica, Paraná, Argentina.*

Danani, C. (2009). La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. En M. Chiara, y M. M. Di Virgilio (Ed.), *Gestión de la Política Social. Conceptos y herramientas*. (pp. 25-51) Prometeo Libros.

Fernández O, M. A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 47(6), 251-254.

Ferrandini, D. (2010). *Salud: opciones y paradigmas*. Mimeo.

Ferreira C, E. (2018). *Ley 26928 Construcción de derechos de una minoría. Personas en proceso de trasplante*.

Foucault, M. (1997). Defender la sociedad. *Curso en el College de France*.

Garay, L. (2006). La cuestión institucional en la educación y las escuelas. En I. Butelman (Ed.) *Pensando en las instituciones*. (pp 126 -158) Paidós.

Gonzalez, C. (2001). *La intervención en el abordaje familiar*. Mimeo.

Gonzalez, C., Nucci, N., Soldevila A., Ortolanis, E., y Crosetto, R. (1999). *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar*. Mimeo.

Lagneaux, M. A. (2017). El lenguaje inclusivo y la escritura académica en la universidad. *Actas de periodismo y comunicación*, 3(1).

Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud- enfermedad en América Latina. *Cuadernos médico sociales*, 37(1), 3-18.

Llanes Ledon, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499.

Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción y técnica cultural. *Natura medicatrix*, 51(1), 17-22.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis.

- Menendez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8(1), 185-207.
- Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C. y Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. En *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*, 1(2), 10-28.
- Jelin, E. (1986). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Estudios CEDES.
- O'Donnell, G. (2004). Acerca del Estado en América Latina contemporánea: diez tesis para la discusión. En *la democracia en América Latina* (pp 149-174). Águilas.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1948). *¿Cómo define la OMS a la salud?*  
<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Parra, G. (2001). *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino*. Espacio Editorial.
- Peralta, M. I., Pinotti, G., Bossio, M. T., y Videla, C. (2016) Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel [conferencia]. *II jornada Internacionales de Problemas Latinoamericanos. Movimientos sociales y práctica política*. Argentina.
- Ponzano, C- (s/f) (Recopilación de datos) *Departamento Jurídico del INCUCAI*.
- Rodríguez, J. y de Miguel, J. (1990). *Salud y poder*. Ed. Siglo XXI.
- Rodríguez E. M. y Taborda, A. (2015). Ficha de Cátedra. *La actuación profesional estratégica en la cuestión habitacional*. Cátedra: Planificación Social Estratégica. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.
- Rosso, L. (2020, julio 23). Córdoba: la salud pública en franco retroceso para recibir al coronavirus. Streptease del poder. <https://stripteasedelpoder.com/2020/07/cordoba-la-salud-publica-en-franco-retroceso-para-recibir-al-coronavirus/#.XyL2wRg8E0N>
- Rozas Pagaza, M. (1998). *Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Espacio Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación. *INCUCAI, Historia*.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/incuca/historia>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Preguntas frecuentes sobre el Nuevo coronavirus COVID-19*.

[https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/preguntasfrecuentes?gclid=CjwKCAiAkan9BRAqEiwAP9X6UXLMSekdumINbf8ydYIXp3pmcOV6z96ns8IULy\\_sSoJStlxA2I7UYBoCDf0QAvD\\_BwE#ques?utm\\_source=search&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=coronavirus&utm\\_term=grants&utm\\_content=nacional](https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/preguntasfrecuentes?gclid=CjwKCAiAkan9BRAqEiwAP9X6UXLMSekdumINbf8ydYIXp3pmcOV6z96ns8IULy_sSoJStlxA2I7UYBoCDf0QAvD_BwE#ques?utm_source=search&utm_medium=cpc&utm_campaign=coronavirus&utm_term=grants&utm_content=nacional)

### **Referencias legales**

Declaración de los Derechos Humanos, 10 diciembre, 1948, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights#:~:text=Elaborada%20por%20representantes%20de%20todas,todos%20los%20pueblos%20y%20naciones>.

Ley 8.814 (1999, 10 noviembre). Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Córdoba. [http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-cordoba-8814-creacion\\_ente\\_coordinador\\_ablacion.htm](http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-cordoba-8814-creacion_ente_coordinador_ablacion.htm)

Ley 9.146 (2003, 22 diciembre). Legislatura de la provincia de Córdoba. <http://www.saij.gob.ar/LPO0009146>

Ley 22.853. (1983, 20 julio). Poder Ejecutivo Nacional. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22853-73580/texto>

Ley 23.885. (1990, 26 octubre). Congreso de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23885-285>

Ley 24.194. (1993, 23 abril). Congreso de la Nación Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=592>

Ley 26.066. (2005, 21 diciembre) Congreso de la Nación Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/112375/norma.htm>

Ley 26.928. (2014, 14 enero). Congreso de la Nación Argentina.  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/07-ley\\_26928.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/07-ley_26928.pdf)

Ley 27.447 (2018) Congreso de la Nación Argentina.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/312715/norma.htm>

Resolución 279 (2020) <https://www.derecho.unlz.edu.ar/web2017/ministerio-de-trabajo-empleo-y-seguridad-social-resolucion-279-2020>

### **Fuentes primarias**

- Cuadernos de campo, de noviembre 2019 a diciembre de 2020.

Sujetx por inicial	Fecha de registro	Tipo de evento registrado y número	Código
G	20 agosto 2020	Reunión CAP3	(RCAP3-G-20 agosto 2020)
M	20 agosto 2020	Reunión CAP3	(RCAP3-M-20 agosto 2020)
I	20 agosto 2020	Reunión CAP3	(RCAPG3-I-20 agosto 2020)
E	25 agosto 2020	Reunión 5	(R5-E-25 agosto 2020)

- Entrevistas:

Profesión	Sujetx por inicial	Fecha realización de entrevista	Tipo de evento registrado y número	Código
Trabajo social	E	10 marzo 2021	E1	(E1-E-10 marzo 2021)
	TS 1	16 marzo 2021	E2	(E2-TS 1- 16 marzo 2021)
	TS 2	22 marzo 2021	E3	(E3-TS 2- 22 marzo 2021)



**trabajo  
social**

facultad de  
ciencias sociales



facultad de ciencias  
**sociales**



**UNC**

Universidad  
Nacional  
de Córdoba