



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Relaciones entre disciplinas en un Hospital General de Agudos : estudio de caso

Autores (en el caso de tesis y directores):

Marco Fassola

Yanice Moreno Milicich, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2023

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UBA Sociales

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Carrera de Trabajo Social

Área de investigación:

**“Relaciones entre disciplinas en un Hospital General de Agudos:
Estudio de caso”**

Trabajo de Investigación Final/Tesina

Autor: Fassola, Marco. DNI: 41.856.491 marco.fassola_tm@hotmail.com

Directora temática: Moreno Milicich, Yanice. Yanicemorenomicich@gmail.com

Seminario TIF: 1° cuatrimestre del 2022

Fecha de presentación: 8 de Junio del 2023

Agradecimientos

A Yanice Moreno Milicich, por su dedicación, acompañamiento y paciencia.

A María Benavidez, por su pasión por la profesión y sus enseñanzas.

A mi familia y mis afectos.

A Guadalupe, por siempre estar a mi lado en el trayecto.

Y a Laura, a quien siempre voy a recordar y extrañar con amor.

Título: “Relaciones entre disciplinas en un Hospital General de Agudos: Estudio de caso”

Autor: Fassola, Marco.

Fecha de presentación: 8 de junio de 2023.

Resumen

El presente trabajo final de investigación (TIF) de la licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires se encuentra enmarcado en el área temática del campo de la salud. Específicamente aborda la cuestión de la relación entre las diversas disciplinas que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de personas que transitan o transitaban procesos oncológicos, durante el año 2022, en un efector público dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Tomando en cuenta las condiciones materiales y simbólicas de trabajo en un Hospital General de Agudos, el objetivo de la investigación fue describir y analizar las modalidades de relación del equipo, teniendo en cuenta los esquemas de percepción de sus integrantes así como sus prácticas concretas de intervención. Desde un enfoque metodológico cualitativo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a seis profesionales de distintas disciplinas, observación participante dentro del campo y análisis de documentos. De este modo, la investigación describe y analiza la influencia de las condiciones laborales y la cultura organizacional del Hospital en torno a las características que asume la relación entre disciplinas. Se concluye que el poder médico hegemónico y la concepción desde la organización científica del trabajo se sitúan como dos influencias centrales en el intercambio de los/as integrantes del equipo. Por otra parte, se describe la predominancia de un abordaje multidisciplinario de la salud en la Sección de Oncología. No obstante, se identifican características interdisciplinarias al interior del equipo de cuidados paliativos conformado por una trabajadora social y una médica con especialización en cuidados paliativos. En último lugar, se aborda el rol que ocupa el trabajo social dentro del equipo, así como la relación que mantiene con el resto de las disciplinas.

Palabras clave: *salud-interdisciplina-cuidados paliativos-cultura organizacional*

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Elementos teóricos para el análisis	8
1.1. Estado del Arte	9
1.2. Orientación paradigmática y posicionamiento ético-político	12
1.3. El constructivismo estructuralista de Pierre Bourdieu	16
1.4. El campo de la salud, modelos en disputa	19
1.5. Modalidades de relación entre disciplinas: interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina	23
1.6. El continuo de cuidado del cáncer y cuidados paliativos	24
Capítulo 2. Marco organizacional: condiciones materiales y simbólicas del Hospital	28
2.1. El campo de la salud en Argentina	28
2.2. El Hospital; actores involucrados en el acompañamiento y atención a personas que transitan procesos oncológicos	30
2.3. La organización del trabajo y las condiciones laborales como condicionantes de la relación entre disciplinas	32
2.4. Valores, artefactos culturales y presunciones básicas compartidas. Análisis desde los aportes de la psicología institucional	36
Capítulo 3. Relaciones entre disciplinas	49
3.1. Interdisciplina y multidisciplina: Modalidades de relación entre los y las integrantes del equipo de salud	50
3.2. El equipo de cuidados paliativos	55
3.3. El rol del trabajo social	58
Conclusiones	64
Bibliografía	
Anexo I	
Anexo II	
Anexo III	

Introducción

El presente trabajo constituye el informe final de los resultados obtenidos en el Trabajo Final de Investigación (TIF) de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. El mismo se encuentra enmarcado en el campo de la salud y de las ciencias sociales, y aborda específicamente la cuestión de la relación entre disciplinas al interior de los equipos de salud que acompañan y atienden personas que transitan enfermedades oncológicas

Los diversos tipos de presentación de las enfermedades oncológicas tienen una influencia muy alta en la mortalidad de la población, tanto a nivel mundial como nacional. En el mundo, el cáncer se ha ubicado como segunda causa de muerte durante el año 2018 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Para el 2020, estudios realizados señalan que el número de muertes por cáncer ha sido de 9.894.40 personas y que durante ese año la incidencia de nuevos casos fue de 18.094.716. (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 2020).

En nuestro país los tumores se situaron como la segunda causa de mortalidad durante el año 2021, siendo un 19,02% del total de muertes. En cuanto a su incidencia, se estima que el número de casos nuevos durante el año 2020 ha sido de 130.878 (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2020, 2021). Por otro lado, el INC sitúa a “Argentina dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta.” (2020).

Si bien la temática del cáncer es frecuentemente investigada desde las ciencias biológicas y médicas, también se han realizado numerosos estudios a partir de las ciencias sociales para la comprensión del fenómeno desde sus distintas dimensiones. Sin embargo, la mayoría de las mismas centran su atención en la perspectiva de los/as usuarios/as¹ y secundariamente en la de los/as profesionales.

Es dable aclarar, que tanto el desarrollo del diseño de la presente investigación, así como mi interés por la temática, reside en la experiencia como estudiante de Taller IV durante el año 2022 en el Servicio Social del Hospital General de Agudos que aquí se analiza. Dichas prácticas pre-profesionales estuvieron referenciadas por una licenciada en Trabajo Social que además de pertenecer al Servicio Social, forma parte del equipo de

¹ Durante el presente trabajo, se comprende el concepto de usuario/a como “un sujeto que tiene el derecho de acceder a bienes y servicios con financiamiento público, para cubrir necesidades” (2011:133). En este sentido, la categoría se ubica en contraposición a la noción de “paciente” asociada al rol pasivo, asocial y ahistórico asignado a las personas desde el modelo médico hegemónico.

cuidados paliativos que funciona en la Sección de Oncología. Esa experiencia ha suscitado interrogantes, resonancias y potencialidades para analizar en tanto observador participante, las prácticas cotidianas de los/as profesionales. A su vez, la primigenia inserción como estudiante ha sido un facilitador para forjar un vínculo de confianza con algunos/as de los/as informantes claves, así como para analizar la viabilidad del proyecto.

Por lo tanto, entre el análisis del conocimiento acumulado sobre la temática, la experiencia práctica en el Hospital y la cursada del Seminario de Trabajo de Investigación Final, es que se concretó la siguiente pregunta problema que guió el trabajo: *¿Cómo operan las condiciones materiales y simbólicas de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la relación entre las disciplinas del equipo de salud que interviene en la atención de procesos oncológicos, durante el año 2022?*

De este modo, el objetivo general del presente trabajo fue *describir y analizar las modalidades de intervención entre las disciplinas del equipo de salud que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado del cáncer; incorporando tanto la dimensión de sus esquemas de percepción como la de sus prácticas sociales concretas, enmarcadas en un contexto institucional y organizacional determinado que las condiciona.*

En cuanto a los objetivos específicos, los mismos han sido: **a)** *Describir y analizar los esquemas de percepción de los/as integrantes del equipo en torno al trabajo entre disciplinas en la atención del cáncer; b)* *Describir y analizar sus esquemas de percepción en relación a las condiciones materiales y simbólicas de trabajo en el Hospital; c)* *Describir sus prácticas sociales concretas de intervención con respecto a la relación entre disciplinas, enmarcadas en el contexto institucional y organizacional del Hospital, y d)* *Caracterizar las normativas, reglamentaciones y procedimientos que regulan institucionalmente la atención, distinguiendo cómo son diferencialmente apropiadas o desafiadas por los/as integrantes del equipo de salud.*

El hecho de incluir el análisis de las condiciones materiales y simbólicas de trabajo en el Hospital es de suma importancia, ya que permite enlazar los esquemas de percepción de los/as profesionales entrevistados/as y sus prácticas cotidianas con el contexto estructural en realizan su trabajo. Es en este sentido que uno de los lineamientos teóricos generales de la presente investigación fueron los desarrollos de Pierre Bourdieu (1997; 2000; 2005), quien estableció una teoría capaz de articular el objetivismo con el subjetivismo, mediante los conceptos de campo, capital y habitus (entre otros).

Es así que se anuncia sucintamente, para luego profundizar en el análisis, que las condiciones materiales refieren a los aspectos físicos y tangibles en el espacio del Hospital y las condiciones simbólicas se relacionan con la distribución de los diversos capitales dentro del mismo, así como con los valores y presunciones básicas compartidas de la cultura organizacional que lo atraviesa.

La pertinencia de realizar una investigación que incorpore sus esquemas de percepción reside en lo novedoso del enfoque seleccionado, que pretende profundizar el conocimiento previo acumulado incluyendo algunas cuestiones relativas a las condiciones institucionales y estructurales que enmarcan las prácticas del equipo de salud. A su vez, implica un nuevo estudio de caso: un Hospital de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En cuanto a la especificidad del trabajo social, el aporte de la investigación reside en la descripción y el análisis de la intervención profesional en relación con el resto de las disciplinas que intervienen con este tipo de enfermedades. Indagar y reflexionar sobre el lugar que ocupa el trabajo social en estas cuestiones es una tarea importante para el desarrollo de nuestra profesión, ya que permite visualizar la posición que ocupa la misma en las prácticas concretas y también en los esquemas de percepción del resto de las disciplinas con las que se realiza el proceso de intervención.

Sobre los aspectos metodológicos, se utilizó como enfoque la investigación cualitativa. La misma, más allá de sus corrientes metodológicas y teóricas en su interior, presenta como características comunes el hecho de estar “a) fundada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa... b) basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, y c) sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto” (Vasilachis de Gialdino, 2006:25).

Tal como se ha mencionado, específicamente se trata de un estudio de caso, lo cual refiere a “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares” (Eisenhardt, 1989 en Martínez Carazo, 2006:174). La misma permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas, utilizando la triangulación de técnicas de recolección de evidencia con el fin de describir, verificar o generar teoría (Martínez Carazo, 2006).

Por otra parte, el diseño de investigación ha sido flexible, ya que el mismo brinda la posibilidad de realizar cambios en los distintos momentos de la investigación, y de esta manera permite abarcar las situaciones nuevas e inesperadas que puedan llegar a presentarse (Mendizábal, 2006). Este ha sido un eje clave ya que la inserción en el campo como observador ha durado un año, y permitió reflexionar sobre los distintos procesos del trabajo.

En cuanto a su alcance, el mismo es descriptivo y exploratorio, ya que se consideró al fenómeno y sus componentes, se definieron variables y al mismo tiempo se pretende introducir una perspectiva innovadora y aportar a la acumulación del conocimiento del tema (Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1980), que no se encuentra tan difundido.

Las unidades de análisis de la presente investigación fueron las/os profesionales del equipo de salud del Hospital que intervienen en el acompañamiento integral a personas que transitan o transitaron enfermedades oncológicas. El mismo se encuentra compuesto actualmente, dentro de la Sección de Oncología, por diez médicas/os oncólogas/os; una médica genetista; una médica hematóloga con especialización en cuidados paliativos; tres farmacéuticos/as; y dos administrativos/as. Por otra parte, en la atención y los acompañamientos también intervienen trabajadoras/es sociales y psicólogas/os dependientes del Servicio Social y del Servicio de Salud Mental, respectivamente.

Es importante aclarar que existen disciplinas que también intervienen en el proceso de atención como kinesiología, ginecología, terapia ocupacional, entre otras, que no han sido consideradas para la presente investigación por cuestiones de capacidad operativa. Por otra parte, y en estrecha relación a la flexibilidad de la investigación, en primera instancia el diseño incluía entrevistas con los/as usuarios/as para sumar su perspectiva en el marco del enfoque relacional planteado por Menéndez (2012). El mismo implica incluir todos los actores significativos del fenómeno en la investigación. Se tomó la decisión de no realizar estas entrevistas debido a la capacidad operativa, los plazos de tiempo planteados en el presente trabajo y los objetivos del mismo.

Respecto a las unidades de recolección de información, se mantuvieron entrevistas semi-estructuradas con una trabajadora social, un psicólogo, una médica oncóloga, una médica hematóloga con especialidad en cuidados paliativos, una enfermera y una administrativa. La muestra seleccionada se basó en el objetivo de tener una visión desde lo particular de cada disciplina en torno a su relación e intervención con otras disciplinas, así

como a su percepción sobre las condiciones materiales y simbólicas del Hospital, retomando los interrogantes de la investigación

En cuanto al Servicio Social y a Salud Mental, se incluyó un referente por cada servicio. La trabajadora social y el psicólogo que participaron de la investigación tienen amplia experiencia de trabajo en la Sección de Oncología. Esto se debe a que ambos formaron parte del equipo de cuidados paliativos que allí funciona y destinaron durante años horas de su trabajo al mismo. La licenciada aún continúa en su función, mientras que el psicólogo ya no desempeña la misma.

Se considera que el número de casos es acorde al entendimiento y la naturaleza del fenómeno (Hernández Sampieri et al., 2006), así como a la capacidad operativa de la recolección y análisis. Cabe aclarar que en general las investigaciones cualitativas no pretenden otorgar una muestra probabilística del fenómeno, y que la selección de las diversas disciplinas se basa en una decisión teórica y metodológica en relación a los interrogantes y objetivos de la presente investigación.

El contacto con cada uno de los/as profesionales entrevistados/as ha sido a través de un muestreo por cadena (Hernández Sampieri et al., 2006), en el cual la participante clave ha sido la trabajadora social perteneciente al equipo de cuidados paliativos, quien fue la puerta de entrada a la Sección de Oncología y al establecimiento de una relación de confianza con los/as participantes.

Las fuentes de datos utilizadas para la confección de la investigación han sido primarias. Respecto a las técnicas de recolección de datos, se utilizó una triangulación de técnicas entre observación participante, entrevistas y técnicas documentales. En primer lugar, la observación participante fue en el marco del equipo de cuidados paliativos de la Sección de Oncología. En cuanto a las entrevistas, las mismas han sido semi-estructuradas, a través de una guía de preguntas (ver Anexo I) sobre la que se posibilita realizar modificaciones en su orden o en la introducción de nuevas preguntas a partir de lo que surja en las mismas. Por último, las técnicas documentales constaron del análisis de documentos referentes a los procedimientos y/o reglamentaciones en el marco de la relación entre disciplinas. Se han analizado las historias clínicas electrónicas y escritas, el acceso al Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS), los procedimientos de pedido de medicación y un protocolo de seguimiento del Hospital de Día de la sección.

Sobre el componente ético de la investigación, todos/as los/as entrevistados/as han firmado un consentimiento informado en el cual se dejó constancia sobre los objetivos de la investigación, la temática de la misma, y la confidencialidad de sus datos. A su vez, todos/as otorgaron su consentimiento para ser grabados/as, y en las citas textuales del presente informe se asignó un nombre ficticio a cada uno/a con el fin de proteger su identidad.

En cuanto al tratamiento de la información, se procedió a la desgrabación de las entrevistas realizadas (ver Anexo II²), a los fines de analizar la información proveniente de las mismas. A continuación, se realizó la codificación y análisis de los datos obtenidos de los diferentes entrevistados confeccionando una matriz, en función de las categorías que conforman el problema de esta investigación. Luego, los resultados obtenidos fueron articulados con la teoría que permitió establecer las relaciones que existen entre las diferentes variables y dimensiones identificadas, con el fin de arribar a la conceptualización y elaboración del presente trabajo.

En base a lo expuesto anteriormente, durante el primer capítulo del presente trabajo de investigación se aborda el estado del arte sobre la cuestión, así como los principales elementos teóricos para la comprensión del análisis. La importancia del capítulo deriva en situar la problemática dentro del campo de conocimiento actual, así como en el abordaje teórico utilizado. En primera instancia se presentan las principales investigaciones en relación a la temática a nivel nacional, y en el marco de las ciencias sociales.

En cuanto a los elementos teóricos, se exponen la orientación paradigmática, las teorías generales y las teorías sustantivas que guiaron el trabajo. En primer lugar, en el marco de la reflexividad del paradigma constructivista, se desarrolla el posicionamiento ético-político del autor, así como los aportes desde la mirada específica del trabajo social. En segunda instancia, se postulan las contribuciones de Pierre Bourdieu (1997; 2000; 2005) como teoría general, específicamente en torno a los conceptos de campo, capital y habitus. En estrecha relación, a continuación se aborda la comprensión del campo de la salud en nuestro país (Spinelli, 2012) como un espacio de lucha entre, principalmente, dos modelos de atención: el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985; 1990) y el modelo bio-psico-social.

² En el mismo, se encuentra la desgrabación de la entrevista a la trabajadora social del equipo de cuidados paliativos del Hospital.

En base a los modelos aludidos, se abordan las concepciones de salud en disputa dentro del campo, así como las principales modalidades de atención de la misma. En este sentido, se presentan las diversas configuraciones que puede adoptar la relación entre disciplinas dentro del equipo de salud: interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina (Stolkiner, 1999; 2005; 2012; Elichiry, 2009). Por último, se precisa la definición del continuo del cuidado del cáncer (Valentín et. al, 2004) y se abordan las principales conceptualizaciones de los cuidados paliativos.

Durante el segundo capítulo, se aborda en primer lugar el marco contextual en el cual se ubica el Hospital General de Agudos, brindando una descripción del campo de la salud en nuestro país y su estructuración en subsectores y niveles de atención. Por otro lado, se caracterizan los actores que intervienen en los acompañamientos a personas que transitan procesos oncológicos dentro del mismo, haciendo hincapié en la Sección de Oncología y su relación con Servicio Social y Salud Mental.

En tercer lugar, se realiza una descripción de las condiciones laborales del Hospital y su influencia en la relación entre las disciplinas del equipo de salud. Teniendo en cuenta que institucionalmente el trabajo se comprende desde la organización científica del trabajo, se concluye que las condiciones laborales se sitúan como un obstáculo en la construcción de relaciones entre disciplinas, ya que los tiempos urgentes de atención, la sobrecarga laboral y el pluriempleo imposibilitan en gran medida los intercambios interdisciplinarios.

Por último, se realiza una caracterización y análisis de la cultura organizacional (Schein, 1988) del Hospital. En el mismo, se identifica la existencia de una cultura dominante asociada al modelo médico hegemónico y atravesada por la injusticia epistémica (Radi y Pérez, 2019), en contraposición a una subcultura asociada a la integralidad de la salud.

A lo largo del tercer y último capítulo, se describen los esquemas de percepción y las prácticas concretas de intervención en torno a las modalidades de relación entre disciplinas. En este sentido, se determinó que la modalidad de relación es predominantemente multidisciplinaria, al contrario de lo considerado desde los esquemas de percepción de algunos/as integrantes del equipo. Sin embargo, se identifican características interdisciplinarias al interior del equipo de cuidados paliativos, cuestión abordada durante el segundo apartado. En tercer y último lugar, se describe el rol que ocupa el trabajo social en el acompañamiento integral a personas que transitan o transitaron procesos oncológicos, tanto desde el marco del Servicio Social como dentro de los cuidados paliativos.

Capítulo 1. Elementos teóricos para el análisis

El presente capítulo tiene como objetivo abordar dos aspectos fundamentales, disímiles pero dialécticos, que aportan a la comprensión del trabajo final de investigación a lo largo de todas sus fases: la perspectiva teórica en la que se sustentó el mismo, y el estado del arte en relación a la problemática.

En primer lugar, a lo largo del estado del arte se presentan los antecedentes de investigaciones previamente realizadas que guardan relación con la temática del acompañamiento integral de los equipos de salud a personas que transitan procesos oncológicos. La importancia de este apartado deriva en ubicar el estado del conocimiento actual sobre la temática, dando cuenta de las problemáticas y abordajes que ya han sido llevados a cabo, permitiendo relacionarlos a su vez con los datos y conclusiones obtenidas en la tesina.

En cuanto a la perspectiva teórica, se entiende a la misma como el conjunto entre las orientaciones paradigmáticas, las teorías generales y las teorías sustantivas que sustentan el proceso de investigación (Sautu, 2005). En este sentido, se recuperan a lo largo del capítulo los aportes teóricos de las ciencias sociales en torno a la temática del campo de la salud y los debates vigentes dentro del mismo, así como aquellas contribuciones desde la especificidad del trabajo social.

En un recorrido que parte desde las teorías generales hacia las sustantivas, se presenta en primera instancia el paradigma constructivista de conocimiento y la teoría de Pierre Bourdieu, dos pilares centrales de la presente investigación. En segundo lugar, se introduce el concepto de campo de la salud como un espacio de disputa entre, principalmente, dos modelos de atención: el modelo biomédico y el modelo bio-psico-social.

Cabe aclarar que la perspectiva teórica no se encuentra agotada en su totalidad durante el presente capítulo, sino que el mismo funciona a modo de introducción en la temática y en los debates existentes dentro del campo. A lo largo del informe se retorna constantemente a la teoría en articulación con los datos, profundizando los conceptos presentados durante este primer capítulo.

1.1. Estado del Arte

Durante los siguientes párrafos se realiza un breve recorrido sobre los principales antecedentes que existen en relación al problema de investigación, es decir aquellas investigaciones que abordaron la temática de la relación entre disciplinas al interior de los equipos de salud que atienden y acompañan personas transitando procesos oncológicos.

En el presente informe final se prioriza la exposición de antecedentes de origen nacional, y específicamente se abordan aquellas investigaciones realizadas desde las ciencias sociales. Se ha tomado esta decisión dadas las similitudes con el contexto abordado en el trabajo y la trascendencia de las investigaciones presentadas en el campo académico.

Se mencionó en la introducción que la temática del cáncer ha sido escasamente abordada en las ciencias sociales desde la perspectiva de los/as profesionales de la salud. Sin embargo en nuestro país existen dos antecedentes fundamentales que toman esta mirada: algunas investigaciones dentro del libro “Cáncer y Sociedad” (Luxardo y Bengochea, 2014) y un capítulo del libro “In Situ: Cáncer e injusticia social” (Luxardo y Sasseti, 2021).

En primer lugar, Fernández, Bengochea, Durand e I Wu (2015) analizan la prevención y la atención del cáncer desde la perspectiva de los/as decisores/as y profesionales de la salud. Durante esta investigación los/as autores/as se dedicaron a realizar una condensación y análisis de la información obtenida durante el trabajo de campo a lo largo de distintas regiones del país. Como ejes centrales, analizaron las modalidades organizacionales y de atención en los sistemas de salud; el financiamiento y los costos de los tratamientos oncológicos; el requerimiento de infraestructuras e insumos; la formación y las competencias de los/as profesionales, y por último la articulación con el primer nivel de atención.

En cuanto a la formación y las competencias de los/as profesionales, los/as entrevistados/as muestran allí como problemáticas el déficit de recursos humanos, específicamente en el primer nivel de atención; los bajos salarios; la falta de supervisión sobre las capacitaciones que se dan; el insuficiente entrenamiento en algunos tumores específicos (patologías oncológicas de cabeza y cuello) y la falta de asignación de recursos. A su vez, los/as autores/as señalan que “existe poca cultura de trabajo multidisciplinario en los servicios de oncología en general, y en particular en los de Cabeza y Cuello. Esto también es visto como un desafío para este campo.” (Bengochea et.al, 2015:106).

En último lugar, sobre el eje de modalidades organizacionales y de atención en el sistema de salud, los/as autores/as logran cristalizar el cansancio de algunos/as de los/as profesionales de la salud, debido a la falta de articulación tanto entre servicios de una misma institución como de una pertenencia a una red mayor.

En el octavo capítulo de la misma obra, se desarrolla una investigación de Luxardo y Manzelli (2014), quienes realizaron una descripción de las narrativas clínicas en oncología. Para ello, además de incluir las narrativas de pacientes y familiares, los/as autores/as incluyen aquellas que forman parte de los efectores de la biomedicina, es decir, el personal sanitario de las diversas instituciones que fueron parte del estudio.

Las narrativas analizadas se centraron en primer lugar sobre la promoción de la salud, la prevención primaria y la prevención secundaria. Allí, los/as profesionales mayoritariamente comparten una visión de que “los cánceres son diagnosticados tardíamente cuando se los compara con lo que sucede en países de ingresos altos” (Luxardo y Manzelli, 2015:294); y de que la llegada suele ser sin controles previos, es decir, que identifican un déficit en la prevención, asociado también a las desigualdades socioeconómicas.

En segundo lugar y en relación a la atención, se señala que no existe un protocolo de comunicación sobre cómo informar a la persona usuaria su diagnóstico. Esto complejiza la situación, ya que los/as autores/as sitúan la primer comunicación como un hito fundamental en la atención, y destacan su influencia en las posteriores maneras en las que los servicios se relacionan con los/as usuarios/as, así como en el involucramiento activo de los últimos y de su red afectiva durante el proceso de atención.

Al tratar la percepción de los/as entrevistados/as sobre los tratamientos oncológicos, Luxardo y Manzelli señalan en torno a los estudios suplementarios y complementarios del cáncer, que los mismos se ven atravesados por un “voluntarismo”. Es decir, que para que los estudios funcionen a término “sólo resulta gracias a un esfuerzo extra de algún miembro del equipo que hace favores, la voluntad personal que pareciera ser una constante en la atención sanitaria hospitalaria: turnos que se adelantan, estudios que se autorizan con menos requisitos, etc.” (2015:313). Este punto adquiere especial importancia dado que la voluntad ha sido analizada como un valor central que atraviesa el trabajo cotidiano del equipo de salud en el presente trabajo final de investigación.

Por último, un punto fundamental y clave para esta investigación son las narrativas de la interdisciplina que tienen los/as profesionales del equipo de salud. Al hablar de interdisciplina (e investigación), los/as autores/as señalan dos rasgos en común de las entrevistas:

Primero, que todos los efectores destacan su importancia y la necesidad de desarrollarlas en sus prácticas diarias. Segundo, cuando se les solicita ejemplos concretos de cómo las vienen desarrollando se abre un difuso y amplio abanico con las más diversas prácticas, que muestran que son términos más fáciles para defender conceptualmente que para implementar o consensuar operativamente. (Luxardo y Manzelli, 2015:323).

Ahora bien, como señalan los/as autores/as, no existe una única concepción sobre qué es la interdisciplina, y algunas veces se refieren a derivaciones o conversaciones informales con otros especialistas.

Otro antecedente fundamental para el presente trabajo final de investigación es el capítulo “La organización del trabajo sanitario como dimensión de la inequidad en salud: un análisis desde la perspectiva de los profesionales de la salud” (Bordes et. al, 2021) de la ya citada investigación “In Situ: el cáncer como injusticia social” (Luxardo y Sasseti, 2021). Durante el mismo, los/as autores/as abordan la organización del trabajo sanitario, haciendo hincapié en las dificultades y obstáculos de la misma en los centros de atención primaria de la salud de la provincia de Entre Ríos desde la perspectiva del personal sanitario.

En primera instancia, es importante recuperar los aportes teóricos desde la “sociología del trabajo” que permiten analizar la organización del trabajo sanitario en el capítulo. En este sentido, se señala que es fundamental tener en cuenta la “jurisdicción” y división de las profesiones no sólo desde la perspectiva histórica, sino también analizando los microcontextos donde se desenvuelven las disciplinas, ya que muchos aspectos del trabajo sanitario se dirimen en esos mismos espacios particulares. Como veremos durante el próximo capítulo, el análisis de las condiciones laborales y del micro contexto organizacional en el que se llevó a cabo la investigación adquiere un lugar fundamental en el presente trabajo de investigación final.

Por otra parte el capítulo señala la importancia que adquieren en el trabajo sanitario los acuerdos entre los/as profesionales sobre tareas que no se encuentran concertadas de

manera formal (Davina Allen, 1997 en Bordes et. al, 2021). Esta es una situación que también se ve reflejada en el Hospital General de Agudos en el que se ha llevado a cabo la investigación.

Sobre la perspectiva del personal sanitario en torno a la organización del trabajo, los/as profesionales remarcan la escasez de recursos tanto materiales como humanos para afrontar la atención de los/as usuarios, específicamente haciendo alusión a la insuficiente cantidad de personal y a la percepción general de una remuneración salarial inadecuada, entre otros factores.

Por otro lado y retomando los acuerdos informales, Bordes y otros señalan que en algunos casos “prima la voluntad profesional de dar continuidad al cuidado/contención del paciente; “estar ahí” para dar cauce institucional a las necesidades emergentes es una actitud que se prioriza por sobre los requisitos inherentes a la dimensión formal de la organización del trabajo” (2021:663). Esta manera de ejercer el trabajo sanitario tiene como resultado una sobrecarga laboral en los/as profesionales de la salud, la cual es definida como “sobre trabajo” por los/as autores/as en base a los datos recolectados.

La categoría de sobretrabajo permite comprender cómo los profesionales extienden sus tareas más allá de los límites espacio-temporales establecidos formalmente, e inclusive por sobre las incumbencias de la profesión particular. En este sentido, el sobretrabajo aparece como una necesidad moral que distingue al “buen profesional”.

Como conclusión, durante la investigación se señalaron las principales problemáticas asociadas a la organización del trabajo sanitario desde la perspectiva de los/as profesionales de la salud “desde cuestiones ligadas a la abstracción de los programas propuestos a nivel ministerial, hasta dificultades relativas a un nivel organizacional” (Bordes et. al, 2021:673). Por otra parte, se realizó especial hincapié en el “sobretrabajo” mencionado que es característico del trabajo en los centros de atención primaria de la salud analizados, no sólo por fuera de las jornadas, espacios físicos y en las incumbencias profesionales, sino también como una marca identitaria del compromiso y la jerarquización del trabajo profesional.

1.2. Orientación paradigmática y posicionamiento ético-político

La presente investigación se encuentra orientada desde los supuestos del paradigma constructivista, entendiendo la realidad como una construcción subjetiva y múltiple,

asumiendo la interacción entre el investigador y el contexto, y sosteniendo la necesidad de la reflexividad como herramienta metodológica (Sautu, 2005).

En torno a la reflexividad, Velasco Yáñez (2004) realiza un recorrido conceptual sobre la misma desde los aportes de Bourdieu (1995; 2002; 2003). En primera instancia destaca la necesidad de la vigilancia epistemológica del investigador con el fin de escapar a tres sesgos fundamentales: su origen social, la posición que ocupa en el campo académico, y el sesgo intelectual o “las principales influencias teóricas que consciente o inconscientemente el académico reconoce” (Velasco Yáñez, 2004:3). La vigilancia consta de tomar nota de cada una de las operaciones implicadas en la investigación, incluyendo lo que le ocurre al propio investigador.

A su vez, Bourdieu (2005) agrega el concepto de objetivación como un eje central en el proceso de la reflexividad. La objetivación refiere a la autocrítica propia del investigador al ubicarse a sí mismo en un determinado lugar del espacio social, con el propósito de adquirir conciencia de las coerciones que pueden atravesarlo en el abordaje del objeto empírico de investigación. Es decir, “esos intereses, pulsiones y prejuicios que debe romper para constituirse plenamente (...)” (Bourdieu, 2005:299). Es por ello que resulta pertinente situar la investigación y mis intereses personales en el marco de las ciencias sociales y del trabajo social. En cuanto al campo académico, dentro del conocimiento acumulado sobre la temática de salud han predominado históricamente los saberes bio-médicos y positivistas que invisibilizan las determinaciones sociales y culturales de los procesos de salud-enfermedad.

Cazzaniga (2001) señala que esta hegemonía de las ciencias naturales deriva del programa de la ciencia moderna y del positivismo. Cabe recordar que el positivismo es una corriente de pensamiento que surge a fines del siglo XVIII la cual pretendió explicar los fenómenos sociales a partir de los modelos científicos de las ciencias naturales (Parra, 2001). Siendo dos de sus máximos exponentes Comte y Durkheim, se trataba los hechos sociales como hechos naturales, y se buscaba encontrar leyes generales sobre los mismos. Esta ideología pretende alcanzar un único conocimiento verdadero, objetivo y neutro, negando de esta manera los preconceptos y la influencia de la visión propia del investigador (Parra, 2001).

En cambio, los aportes teóricos realizados por las ciencias sociales, específicamente tomando las corrientes de pensamiento de la Medicina Social Latinoamericana, la Salud Colectiva y la Antropología Médica, nos permite adoptar una visión crítica de los discursos y

saberes médicos hegemónicos en el campo de la salud. Tal como señala Stolkiner (2012), desde la corriente de la salud colectiva se comprende la salud como un derecho, conceptualizando la misma como un fenómeno procesual de salud-enfermedad-cuidado y no únicamente como ausencia de enfermedad.

Desde mi posicionamiento personal y acorde a los planteos del trabajo social como disciplina, reivindico la necesidad de un abordaje integral de la salud acorde a los derechos de los ciudadanos. Tanto en los Tratados Internacionales con jerarquía constitucional como en la Constitución de la Nación Argentina, la salud es un derecho fundamental. El mismo se fundamenta en nuestra Constitución por los artículos 14 bis.; 33; 41; 42; 75 inc. 18/19 (Donato, 2017).

Por otro lado, en cuanto a los Tratados Internacionales con jerarquía constitucional, cabe hacer especial mención al Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece en su artículo 12 “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” (Organización de las Naciones Unidas, 1966:5). El pacto comprende la salud acorde a la definición de la OMS (como bienestar bio-psico-social) y en una revisión realizada en el año 2000 se agrega que el disfrute del nivel más alto de salud posible abarca “aquéllas condiciones socioeconómicas que posibilitan llevar una vida sana” (Donato, 2017:3). La inclusión de estas condiciones implica reconocer que la salud de la población se encuentra atravesada por determinantes sociales como las condiciones materiales de vida, de trabajo, el medioambiente, el acceso a la educación, entre otras.

En torno a los aportes teóricos del trabajo social, abordar la realidad desde una mirada constructivista y reflexiva deriva de mi experiencia teórica y práctica en la licenciatura. En la misma, he obtenido conocimiento de diversas herramientas teóricas que me resultaron útiles no sólo en la práctica cotidiana de la profesión, sino también en el área de la investigación. Entre algunos de los conceptos centrales que utiliza el trabajo social en la lectura y análisis de la realidad, se encuentran los conceptos de cuestión social y situación problemática.

La cuestión social es definida por Castel como una “aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjugar el riesgo de su fractura” (Castel, 1997:20). Este concepto permite entender la contradicción inherente al sistema capitalista entre capital y trabajo, con sus consecuentes manifestaciones como la vulnerabilidad social, el desempleo y la desafiliación de la sociedad.

Ante las diversas problemáticas que emergen de la cuestión social, han surgido a lo largo de la historia distintas respuestas con el objetivo de disminuir los efectos negativos en la sociedad. Aquí puede mencionarse la acción del Estado y la sociedad a través de la política social. Soldano y Andrenacci (2006) señalan que la política social es una intervención de la sociedad sobre sí misma, que se centra en codificar y regular las formas de integración y de gestionar la desafiliación.

De esta manera, las políticas sociales son una construcción determinada históricamente por los modos de producción, los modelos de desarrollo, la cultura, la política y la economía. A su vez, esto implica que la definición de los problemas sociales sobre los que se interviene también son una construcción en terreno de disputa discursiva y política. En salud, una de las respuestas otorgadas por el estado a las problemáticas emergentes de la cuestión social ha sido la creación de un Ministerio de salud y de un sector público de salud, al cual pertenece el Hospital en el que ha sido llevada a cabo la investigación, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En clave de ello se profundizará esta cuestión en los próximos apartados.

Estos aportes son tomados desde la salud colectiva para situar las manifestaciones de la cuestión social como un eje fundamental en la determinación social de la salud. Desde esta corriente, se entiende que la reproducción social de la vida cotidiana, el modo de vivir, de enfermar y de morir de los distintos sectores de la sociedad es heterogéneo y desigual y generan efectos en la salud de la población.

Continuando con el recorrido conceptual y tomando los aportes de Cavalleri (2008), se entiende por situación problemática a las diversas manifestaciones de la cuestión social, que se encuentran situadas temporal-espacialmente en un escenario determinado en el cual actúan conflictivamente distintos actores con intereses particulares. A su vez, estas situaciones son resultado de interacciones entre dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas e ideológicas, lo cual permite analizar la realidad desde una perspectiva de totalidad, sin fragmentarla tal como sucede con la noción de problemas sociales.

Este concepto permite analizar las diversas dimensiones de las situaciones con las que trabajamos, así como la identificación de los actores sociales que entran en conflicto en el escenario, según sus intereses particulares. Ambos aspectos son fundamentales para comprender un fenómeno desde su totalidad, y este análisis entre los aspectos más

estructurales y aquellos singulares de una situación en particular se ve muy enriquecido por los aportes de Bourdieu, que han sido fundamentales para la investigación.

1.3. El constructivismo estructuralista de Pierre Bourdieu

Tal como se mencionó en la introducción del capítulo, la investigación se enmarca en los desarrollos de Pierre Bourdieu como teoría general. En primer lugar, cabe hacer mención a lo que Beytía (2012) destaca como los tres pilares epistemológicos de la propuesta de Bourdieu: una filosofía de la ciencia relacional, una filosofía de la acción disposicional, y por último, la propuesta de una sociología reflexiva. Este último eje epistemológico ha sido abordado anteriormente en torno a la reflexividad, por lo que durante los próximos párrafos se hará hincapié en los dos restantes.

En torno a una filosofía de la ciencia relacional, esta manera de comprender el mundo social implica considerar que el mismo está compuesto por relaciones objetivas entre los humanos. En este sentido, su teoría plantea que “los hechos sociales no deben analizarse partiendo por características de los individuos, sino desde las relaciones posicionales que presentan los diversos agentes” (Beytía, 2012:5).

Sin embargo, y aquí es donde entra en juego lo que Bourdieu define como filosofía de la acción disposicional, la misma “toma en consideración las potencialidades inscritas en el cuerpo de los agentes y en la estructura de las situaciones en las que éstos actúan o, con mayor exactitud, en su relación” (1997:7). Esto significa que los agentes tienen potencialidades para actuar, pero las mismas se ven reducidas por las potencialidades estructurales determinadas en un campo, que se traducen en un sistema de disposiciones prácticas que incorpora esas estructuras objetivas en lo subjetivo de los agentes: el habitus.

Los conceptos de campo y habitus son los que permiten al autor escapar a la discusión entre el estructuralismo puro y las corrientes centradas en los individuos como seres aislados de la estructura y capaces de actuar sobre la misma libremente. En torno al concepto de campo, Bourdieu define al mismo como “una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu, 2005:150). Las posiciones de los agentes se encuentran definidas según la situación presente y potencial (situs) de los mismos en torno a la distribución de especies del poder (o capital), las cuales otorgan acceso a ventajas específicas que entran en disputa al interior de un determinado campo.

A su vez, cabe aclarar que otra determinación que influye en la posición de los agentes dentro de un campo es la relación objetiva que mantienen con otras posiciones (otros agentes), que puede tomar la forma de dominación, subordinación, homología, entre otras.

En relación al capital, el autor define al concepto como “«una fuerza dentro de un campo» o «energía de la física social»” (Bourdieu, 1977 en Fernández Fernández, 2013:35). Allí se incluyen “todos los bienes, materiales y simbólicos... que se presentan ellos mismos como raros y dignos de ser buscados en una formación social concreta o en uno de los diferentes campos relativamente autónomos que configuran el espacio social de las sociedades modernas” (Fernández Fernández, 2013:35). En el caso de la presente investigación, los hechos se encuentran enmarcados en el campo de la salud argentina, un campo complejo con un amplio recorrido histórico en el cual se ha instalado hegemónicamente el discurso que define al mismo como “sistema de salud” e invisibiliza las relaciones de conflicto y disputa entre los agentes.

Ahora bien, a la hora de identificar las distintas especies de capital, Bourdieu (1986) señala cuatro tipos como principales: el capital económico, el capital cultural, el capital social y el capital simbólico. En primer lugar, el capital económico es definido como un capital “directa e inmediatamente convertible en dinero, y resulta especialmente indicado para la institucionalización en forma de derechos de propiedad” (Bourdieu, 1986:135). El mismo se encuentra constituido por “los diferentes factores de producción (tierras, fábricas, trabajo) y el conjunto de los bienes económicos: ingreso, patrimonio, bienes materiales.” (Bonnewitz, 2003:47).

En segundo lugar, el capital cultural comprende el conjunto de las calificaciones intelectuales de un agente (Bonnewitz, 2003). El mismo puede adoptar tres formas: incorporado, objetivado e institucionalizado (Bourdieu, 1986). El primer estado refiere a la incorporación del mismo mediante un proceso de interiorización del agente, convirtiéndose en parte integrante de su ser mediante el habitus. El estado objetivado refiere a una forma materialmente transferible del capital cultural, tal es el caso de algunos bienes como las colecciones de arte. Sin embargo, esta forma se encuentra en estrecha relación con el interiorizado, ya que “lo que se transfiere es sólo la propiedad legal, puesto que el elemento que posibilita la verdadera apropiación no es transferible, o al menos no necesariamente.” (Bourdieu, 1986:144). Hasta aquí, se comprende que los bienes culturales pueden ser apropiados materialmente mediante capital económico o simbólicamente mediante capital

cultural. En tercer lugar, el capital cultural institucionalizado refiere a “la objetivación de capital cultural incorporado en forma de títulos” (Bourdieu, 1986:146), siendo los mismos sancionados por instituciones tal como sucede con los títulos académicos.

En relación al capital social, el mismo refiere a “la suma de los recursos, reales o virtuales, de la que se hace acreedor un individuo o grupo en virtud de poseer una red perdurable de relaciones más o menos institucionalizadas de mutua familiaridad y reconocimiento.” (Bourdieu, 2005:159). Estas relaciones refieren al entorno de los agentes en distintos ámbitos, como pueden ser la familia o el ámbito profesional de trabajo.

En cuarto y último lugar, los tres tipos de capitales señalados anteriormente pueden adoptar la forma de capital simbólico, entendido no como una especie específica de capital, sino como “aquello en lo que se convierte cualquier especie de capital cuando no es reconocida en tanto que capital, es decir, en tanto que fuerza, poder o capacidad de explotación (actual o potencial) y, por lo tanto, reconocida como legítima” (Bourdieu, 1997: 319). En este sentido, el capital simbólico es el poder de otorgar valor e importancia a las demás especies, permitiendo al mismo tiempo imponer una visión legítima de la realidad.

Bourdieu (2000) señala que cualquier campo se caracteriza y se define por la lucha de lo que está en juego, y por los intereses específicos de los agentes dispuestos a participar en él. De esta manera, las nociones de campo y capital se encuentran estrechamente interrelacionadas. A su vez, destaca la importancia que tiene el poder simbólico como poder de reconocimiento y legitimación, ya que los símbolos se sitúan como elementos de integración, los cuales hacen posible el consenso sobre el sentido del mundo social.

Ahora bien, desde el nivel de los agentes, el autor introduce el concepto de habitus como uno de los pilares centrales de su obra. En su definición conceptual, el habitus

Es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas. Y, en los dos casos, sus operaciones expresan la posición social en la cual se ha construido. En consecuencia, el habitus produce prácticas y representaciones que están disponibles para la clasificación, que están objetivamente diferenciadas. (Bourdieu, 2000:134).

Campo, capital y habitus son tres conceptos centrales en la teoría del autor, y permiten comprender la manera en que actúan los agentes desde el nivel de sus prácticas concretas, entendiendo que “la práctica se desarrolla en directa relación con el concepto de habitus y

busca dar cuenta de la relación entre los determinantes estructurales (la estructura de capitales) y las actividades y cuerpos de los actores que movilizan las disposiciones del habitus en la vida cotidiana” (Ariztía, 2017). De esta manera, durante el presente trabajo final de investigación se hará hincapié tanto en los esquemas de percepción de los agentes como en sus prácticas concretas, en relación al campo de la salud en el que ejercen su trabajo profesional.

Por último, y en torno a las posibilidades de acción de los agentes, debe introducirse el concepto de estrategias. En estrecha relación con lo mencionado acerca del capital simbólico y su característica de ser creador de sentido, Bourdieu (2000) señala que aquellos agentes que monopolizan el capital específico, fundamentados por la autoridad que otorga ese poder simbólico, adoptarán estrategias de conservación del juego para de esta manera continuar imponiendo la definición del mundo acorde a sus intereses. Por otra parte, aquellos agentes que se encuentren en la posición de dominados, pueden adoptar estrategias de subversión (dentro de los límites que permite el juego).

1.4. El campo de la salud, modelos en disputa

Continuando con la línea de pensamiento de Bourdieu, Hugo Spinelli (2012) utiliza el concepto de campo para analizar el campo de la salud argentino en contraposición a la noción hegemónica y la representación social del mismo como sistema. Dicha noción presenta al “sistema de salud” como inmutable, eterno y auto-regulado. En cambio, al referirse al campo de la salud, se introduce en el análisis de la realidad la conformación de diversas redes de actores, recursos, problemas e intereses, en el marco de los cuales los agentes luchan por consolidar, apropiarse o mantener el predominio de los distintos capitales (económico, social, cultural y simbólico). De esta manera, la noción aporta el carácter histórico, conflictivo, dinámico, constructivo y siempre en disputa del campo.

Sobre la distribución de las distintas especies de capital, Spinelli (2012) realiza especial hincapié en sus desarrollos sobre el capital económico, señalando que el financiamiento de la salud aparece como inviable en el mediano plazo debido a la alta concentración del mismo, los problemas de financiamiento, la corrupción y la gran cantidad de trabajadores en el campo.

Por otro lado, la alta concentración de capital se ve impulsada por la mercantilización de la salud, que refiere a la manera en que las prácticas de salud son situadas como prácticas

de mercado, con el objetivo de expandir la acumulación de capital económico (Spinelli, 2012). De esta forma, el mercado se ubica como una lógica prioritaria en la salud que pretende situarse por sobre la lógica de los derechos.

Asociado a la distribución de capital cultural, social y simbólico dentro del campo de la salud, puede señalarse que existen dos modelos de atención en disputa entre los agentes, que derivan en diversas formas de comprender el concepto de salud y de abordar la misma. Estos son el modelo médico hegemónico (o modelo biomédico) y el modelo bio-psico-social. El modelo médico hegemónico 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 siglo 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, 1990:83).

Estas nuevas prácticas científicas se instalan en la sociedad como la técnica más eficaz para curar, por sobre las prácticas tradicionales de la población. En este sentido, el modelo gira en torno a la curación de la enfermedad, principalmente (y cuasi-exclusivamente) asociada a la dimensión biológica de la misma y con una funcionalidad favorable al capitalismo, generando que los y las trabajadores/as “enfermos” puedan ser restituidos a sus trabajos en el menor tiempo posible (Menéndez, 1985). Estas prácticas asociadas a la cura, en una sociedad capitalista y productivas generan a su vez una marginación de las políticas preventivas en salud, e instalan un discurso y una concepción sobre la salud definida como “ausencia de enfermedad”. Es en relación a ello que Menéndez identifica como características dominantes del modelo médico hegemónico “su biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad y participacionismo subordinado” (1985:2) .

Además de la función curativo-preventiva (aunque principalmente curativa), esta forma de atención de la salud tiene otras tres funciones que aparecen invisibilizadas: de normatización, de control, y de legitimación. Las primeras dos refieren a que estas prácticas normalizan qué se debe hacer y controlan cómo. Por último, y gracias a los avances en los principales indicadores de salud asociados a los avances tecnológicos y de la medicina

científica, legitiman la reproducción de un orden de relaciones desiguales, en el actual proceso productivo.

Es por estas cuestiones que puede vincularse al modelo médico con la acumulación de las especies de capital social, cultural y simbólico que permiten su reproducción, perdurabilidad y hegemonía en el campo de la salud. El mismo establece determinadas redes de relaciones sociales entre los agentes, basadas en sus acumulaciones de capital cultural (según su formación académica y su posición dentro del campo), que otorgan el poder simbólico de establecer como verdadera y hegemónica aquella visión de la salud como ausencia de enfermedad en la que la medicina se sitúa como la principal disciplina de intervención, relegando a un lugar subalterno el resto de los saberes.

En contraposición y en convivencia al modelo médico se ubica el modelo bio-psico-social de atención a la salud. Si bien en su interior existen debates en torno a las definiciones y abordajes de la salud, en la presente investigación se toman los aportes de la salud colectiva para definir al modelo bio-psico-social como aquel que comprende la salud de manera multidimensional y como un derecho de la población "en el marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-cuidado" (Stolkiner, 2012:14). A su vez, este modelo de atención destaca la importancia de la atención primaria de la salud como un eje fundamental en la atención de salud, y remarca la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario.

Es así, que el concepto de salud no tiene una definición unívoca, sino que el mismo es objeto de amplios debates y distintas concepciones dentro del campo académico y profesional. A continuación se abordarán las dos principales definiciones en disputa dentro del campo: la salud como ausencia de enfermedad y la salud como un proceso integral, histórico y social

La definición de la salud como ausencia de enfermedad deriva del modelo biomédico, con una fuerte influencia del positivismo. De esta manera, se caracteriza el cuerpo desde una concepción biologicista y mecanicista que conlleva "un abordaje tecnicista de la asistencia de la salud, en el que prevalece una desproporcionada incorporación de tecnologías duras, y una extrema valorización de los más altos grados de especialización." (Terenzi Seixas, et. al. 2016:114).

En cambio, el concepto de salud como proceso (proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, en adelante P-S-E-A-C.), sitúa a la salud-enfermedad como un proceso histórico y social, reconociendo la diversidad de sus componentes y factores. Ubicando los determinantes sociales de la salud y los efectos que generan en la población, esta visión se aleja de la hegemónica, caracterizada por la ahistoricidad, la individualización y el biologicismo. De tal manera, “La noción de salud ya no es lo opuesto de la enfermedad (ni la ausencia de la misma) y más bien se refiere a cuestiones tales como el ‘Buen vivir’ y el ejercicio de los derechos de los sujetos y los colectivos” (Michalewicz et. al, 2014:221).

Por otro lado, la inclusión de la categoría “cuidado” como parte del proceso permite tener en cuenta las prácticas en salud en toda su complejidad, integrando los diversos actores y poderes en juego, y dando cuenta de movimientos, elaboraciones y propuestas en el modo de entender las prácticas en salud, abarcando y extendiéndose más allá del circuito formal de atención de la salud. La relación de cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas, y entiende que el mismo es una condición humana fundamental, basada en un vínculo de ternura (Michalewicz et.al, 2014)

Se mantiene el término atención como parte del proceso, entendiendo al mismo no como un opuesto de la categoría de cuidado y como vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social, sino como categoría que permite analizar las diversas formas y prácticas mediante las cuales las personas atienden su salud, tanto desde los distintos modelos de atención, como desde la auto-atención. Tal como se señaló, las categorías de atención y cuidado no son opuestas y contradictorias, sino que se encuentran en estrecha interrelación.

Comprender la salud de manera procesual, con todas sus dimensiones y mediante la inclusión de relaciones de cuidado en la atención, implica que los profesionales de la salud deban trabajar en conjunto entre sí y con los/as usuarios/as en los procesos que transitan. A continuación veremos las distintas modalidades de relación que pueden adoptar las disciplinas que intervienen al interior de los equipos de salud, las cuales derivan en parte de las concepciones vistas sobre la salud según los distintos modelos.

1.5. Modalidades de relación entre disciplinas: interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina

A la hora de analizar las formas en las que las distintas disciplinas se relacionan al intervenir en el acompañamiento integral a la salud de las personas que transitan procesos oncológicos, resulta fundamental introducir los conceptos de interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina. En torno al enfoque multidisciplinario, Elichiry plantea que el mismo “es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas de conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas” (2009:1). En este sentido, se parte de una visión atomística de la realidad heredera del paradigma positivista.

Al analizar las causas de esta modalidad de trabajo, la autora plantea que la misma deriva de la formación académica y la concepción positivista de áreas de conocimiento en cada disciplina, que tiende a una especialización y a una desarticulación al mismo tiempo entre la teoría y la práctica, y entre la formación profesional y laboral.

En cuanto al enfoque interdisciplinario, el mismo surge desde una visión constructivista de la realidad e “incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Implica además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambios de instrumentos, métodos, técnicas, etc.” (Elichiry, 2009:4). Para que la práctica pueda ser considerada interdisciplinaria, debe cumplir con los requisitos de trabajo en equipo, intencionalidad de relacionarse, flexibilidad en la búsqueda de modelos de intervención, cooperación recurrente y reciprocidad, referida esta última a la interacción entre disciplinas y sus intercambios.

Por otra parte, Stolkiner (2005) retoma los aportes de Elichiry y señala al mismo tiempo que la interdisciplina es un posicionamiento, y no una teoría unívoca, en el cual se reconoce la incompletud de las herramientas de cada disciplina. A partir de allí se propone el intercambio y el trabajo conjunto como construcción de intervenciones que tengan en cuenta las situaciones problemáticas complejas con las se trabaja.

En cuanto a la transdisciplina, Stolkiner (1999) señala que la definición del término se encuentra en debate según distintas corrientes teóricas. Si bien algunos/as comprenden la transdisciplina como un estadio superador de la interdisciplina en la cual se eliminarían las barreras disciplinarias en función de un nuevo saber conjunto, desde los desarrollos de la

autora se sostiene que “lo transdisciplinario es un momento, un producto siempre puntual de lo interdisciplinario.” (Stolkiner, 1999:2). En este sentido, el “momento transdisciplinario” sería aquel en el cual el equipo interdisciplinario funciona en unidad como un sistema total, integrando las disciplinas a través de un marco conceptual común, en miras a obtener una visión totalizadora de la realidad (Elichiry, 2009).

Recuperar las nociones de interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina resulta crucial para comprender que la relación entre las diversas disciplinas que conforman el equipo de salud puede tener múltiples configuraciones. Por otra parte, la interdisciplina se sitúa como un eje fundamental desde la comprensión de la integralidad de la salud, considerando el abordaje de la misma como un problema complejo que requiere la articulación entre los saberes disciplinares en miras a un objetivo común.

1.6. El continuo de cuidado del cáncer y cuidados paliativos

Una vez ubicado el concepto del campo de la salud, sus debates y los abordajes teóricos presentes en el mismo, durante los próximos párrafos se definirá específicamente el cáncer y qué significa el continuo de su cuidado, para posteriormente profundizar sobre la definición de los cuidados paliativos como parte integrante del mismo.

El cáncer, desde su definición biológica, es “un conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos.” (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Ahora bien, entendiendo la enfermedad en sus dimensiones política, histórica, social y económica, se puede señalar que existen desigualdades en torno a cómo impacta la misma en distintas poblaciones. Estas desigualdades suceden tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Kremer (2007) señala como resultado de sus estudios que en nuestro país las regiones con mejores indicadores económicos, de educación y cobertura han logrado reducir la mortalidad de los tumores, mientras que las provincias más empobrecidas han incrementado la misma.

Asimismo, la investigación “In Situ: El cáncer como injusticia social” (Luxardo, Sasseti et. al., 2021), analiza en profundidad cómo repercuten las condiciones de vida y de trabajo cotidianas de los habitantes de Entre Ríos en relación a su salud-enfermedad y al

cáncer, trazando un recorrido que se sustenta tanto en sus propias experiencias y narrativas, como en datos epidemiológicos, ambientales e informativos en torno al sistema de salud.

Estos hallazgos evidencian la estrecha relación existente entre la salud-enfermedad de la población y los determinantes sociales de la misma que han sido mencionados previamente: las condiciones de vida, de trabajo, la educación, el medioambiente, entre otros. En este contexto la acción del estado mediante la política social se sitúa como un imperativo en relación a las múltiples vulneraciones de derechos que repercuten en la salud de los habitantes.

En este sentido se ha creado el Plan Nacional de Control del Cáncer con el objetivo de “mejorar los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer” (2018:10) y con el fin de reducir la morbimortalidad del mismo en nuestro país mediante sus acciones. Sobre los cuidados continuos del cáncer, si bien el plan no aporta una definición específica sobre el concepto, se alude constantemente a los mismos.

Por este motivo se tomará la definición de Valentín y otros, quienes definen los cuidados continuos del cáncer como:

La atención integral a la persona enferma en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social. Por tanto... se deben atender todas las fases de la enfermedad oncológica cubriendo desde la prevención y el diagnóstico, abarcando el tratamiento de soporte y sintomático, llegando a los cuidados paliativos del enfermo en fase avanzada, y el manejo de la crisis al final de la vida. (2004:1).

Sin embargo, desde la actual conceptualización de los cuidados paliativos y tal como se verá a continuación, los mismos ya no se limitan únicamente a la fase final del proceso de enfermedad oncológica, sino que pueden intervenir durante todo el continuo del cuidado.

Los cuidados paliativos son un enfoque de atención en salud que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan problemas asociados a enfermedades que amenazan o limitan la vida, los cuales afectan en la vida cotidiana tanto a la propia persona como a su red afectiva (Organización Mundial de la Salud, 2020). Los mismos se llevan a cabo tanto mediante la prevención y tratamiento del sufrimiento y de otros problemas físicos como mediante la intervención en las dimensiones psicológicas, sociales, culturales, emocionales y espirituales de la persona y su entorno significativo, que también se ve atravesado por este P-S-E-A-C.

De tal manera, puede visualizarse desde la definición del enfoque que el mismo presenta una concepción de la salud de manera integral, considerando que las personas que cursan enfermedades que amenaza o limitan su vida poseen necesidades multidimensionales en el atravesamiento de su P-S-E-A-C. Entre las que pueden encontrarse las necesidades sobre aspectos físicos, prácticos, emocionales, familiares y sociales, espirituales, sobre aspectos éticos, y, en última instancia, sobre los cuidados al final de la vida y el duelo. (Xavier Costa, 2015).

Los equipos interdisciplinarios se sitúan como un eje fundamental en el enfoque de los cuidados paliativos de la actualidad. Gómez-Batiste (2015) señala que la atención paliativa del siglo XXI debe tener en cuenta a todas las personas con enfermedades crónicas avanzadas; desde el inicio de sus necesidades; realizando una evaluación multidimensional sistemática; en todos los ámbitos; interdisciplinariamente; realizando una planificación de decisiones anticipadas; con gestión de caso y con una atención integrada.

Es pertinente aclarar que recientemente en nuestro país se sancionó la Ley Nacional de Cuidados Paliativos (Ley N° 27.678, 2022), la cual contempla los puntos teóricos desarrollados en los párrafos previos. Específicamente es interesante detenerse en dos de sus artículos que hacen hincapié en el trabajo interdisciplinario. En primer lugar, se establece como uno de los objetivos de la ley “Desarrollar una estrategia de atención interdisciplinaria centrada en la persona, que atienda las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales de los pacientes que padecen enfermedades amenazantes y/o limitantes para la vida.” (Ley N°27.678, 2 art. inciso a. 2022). En segundo lugar, se señala como una de las funciones de la autoridad de aplicación de la ley “la conformación de equipos de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario para el área de cuidados paliativos en todos los subsectores de salud” (Ley N° 27.678, art. 6 inciso c. 2022).

Ahora bien, tanto los desarrollos conceptuales de los cuidados paliativos del siglo XXI como la ley mencionada devienen de un amplio trasfondo histórico que comenzó en el movimiento hospice alrededor del cuidado religioso a personas transitando el final de su vida, y continuó con la secularización de la asistencia al moribundo mediante los aportes de la medicina paliativa (Luxardo, Alonso y Esquivel, 2013).³

³ Si se desea profundizar sobre la temática, el trabajo citado realiza un amplio recorrido histórico sobre la dimensión histórica de los cuidados paliativos.

Incorporar los cuidados paliativos es un aspecto fundamental para la investigación no sólo porque los mismos forman parte del continuo de cuidado del cáncer, sino también por su relevancia teórica y práctica. Los mismos aportan una mirada integral de las personas con necesidades de atención paliativa, abordando sus necesidades de manera multidimensional y haciendo hincapié en el trabajo interdisciplinario para realizar esta tarea. Por otra parte, comprender sus principales conceptos y abordajes permite complejizar el análisis de la experiencia como observador participante en el equipo de cuidados paliativos del Hospital, asunto que será desarrollado en el último capítulo.

Durante el presente capítulo se presentaron los principales elementos teóricos para la comprensión del análisis que se desarrolla en el trabajo. A su vez, se analizaron los antecedentes de investigación más relevantes a nivel nacional y académico, con el fin de sentar el conocimiento previo acumulado y permitir relacionar sus resultados con los obtenidos en la tesina.

Previo a la aproximación de lo que sucede en torno a la relación entre disciplinas per se, durante el próximo capítulo se ubicará al Hospital dentro del campo de la salud de nuestro país. A su vez, se realiza la caracterización particular del Hospital y el análisis de sus condiciones laborales y su cultura organizacional. Estos últimos elementos son primordiales, ya que permiten comprender cuáles son las condiciones materiales y simbólicas en las que los/as integrantes del equipo de salud realizan su trabajo y se relacionan entre sí.

Capítulo 2. Marco organizacional: condiciones materiales y simbólicas del Hospital

Durante el presente capítulo se transita en primera instancia el marco contextual de la investigación, abordando las cuestiones más estructurales asociadas al campo de la salud en nuestro país, para posteriormente profundizar sobre el marco organizacional específico del Hospital, y sus condiciones materiales y simbólicas. Al hacer referencia al marco organizacional, se toma la definición de organización de Schlemenson (1998), entendiendo la misma como un sistema socio-técnico constituido para la realización de un proyecto tendiente a la satisfacción de necesidades que le otorgan sentido a la misma.

Durante el primer apartado se ubica al Hospital General de Agudos donde ha transcurrido la investigación en el campo de la salud. El mismo es un Hospital perteneciente al subsector público de salud y dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. A continuación se caracterizan los actores involucrados en los acompañamientos y tratamientos oncológicos así como el espacio en el que desarrollan su trabajo. Tomando los aportes de Hernández Sampieri, Fernández y Lucio (2006) se realizará esta descripción con el objetivo de tener un acercamiento tanto al lugar físico como a la “atmósfera social” en la que ocurren los hechos narrados.

A lo largo del tercer apartado, se abordan las condiciones laborales en las que el personal de salud realiza su trabajo diariamente, ya que las mismas son uno de los principales condicionantes de las formas en las que se relacionan las disciplinas. Por último, se realiza un análisis de la cultura organizacional sustentado por los desarrollos de la psicología institucional. Específicamente se conceptualizan los aportes de Schein (1988), Travnik y Vitale (2020) para describir los tres niveles de la cultura organizacional dominante: de los artefactos culturales, de los valores expuestos y de las presunciones básicas compartidas. A partir de los discursos y prácticas de los/as profesionales se realiza una lectura de la cultura dominante, así como el planteamiento de la existencia de una subcultura que pone en discusión los valores y prácticas establecidas.

2.1. El campo de la salud en Argentina

Si bien durante el primer capítulo se realizó un acercamiento al campo de la salud en nuestro país, en torno a los modelos en disputa en su interior y a la distribución de capitales dentro del mismo, el presente apartado tiene como objetivo profundizar sobre la estructura del campo y su división en subsectores y niveles de atención. A su vez, se señala la posición que ocupa el Hospital General de Agudos al interior del mismo.

El campo de salud en Argentina se encuentra dividido en tres subsectores: el público, el de seguridad social o llamado de obras sociales y el privado (Acuña y Chudnovsky, 2002). En cuanto al subsector público, Rovere (2016) señala que nuestro país cuenta con una amplia red de efectores públicos a lo largo de todo el territorio, prestando atención pública gratuita y siendo considerados los mismos como infraestructuras de propiedades provinciales y en varias provincias también municipales. Este último es el caso del Hospital General de Agudos analizado durante la presente investigación, dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

De esta manera, nuestro sistema es acorde a lo que Maceira (2011) define como los modelos segmentados en la organización de los sistemas de salud, lo cual implica “no sólo... ineficiencia en cuanto al gasto, sino que también limitan la capacidad de dar cobertura equitativa a su población” (Maceria, 2011:11). El autor señala que nuestro país cuenta con el sistema más segmentado de la región, y que en base a la estructura federal y descentralizada del mismo esa segmentación se replica al interior de las jurisdicciones.

En este sentido, es importante recuperar que a partir de la Ley de Comunas (2005) y de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (1999), el subsector estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra dividido en tres instancias organizativas, que son los tres niveles de atención de la salud: primero, segundo y tercero (Bonazzola, 2010). El primer nivel de atención es aquel destinado a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias. El segundo, al cuál pertenece el Hospital sede de la investigación, concentra acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran internación. Por último, el tercer nivel es el más especializado, constandingo de acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica, ubicándose como el último nivel de referencia de la red asistencial de cuidados progresivos.

Sobre la división en niveles de atención y a propósito de los cuidados progresivos, Moreno Milicich señala que “desde el Servicio Social de un Hospital General... con un sistema de salud pensado desde la lógica de cuidados progresivos, comencé a avizorar que la asistencia resultaba muchas veces cimentada alrededor de un modelo de cuidado episódico y agudo” (2022:40). Esto resulta de la desarticulación y fragmentación antes mencionada en subsectores y niveles de atención, que en su funcionamiento actual se ubican como una dificultad para el cumplimiento del derecho a la salud de la población.

2.2. El Hospital; actores involucrados en el acompañamiento y atención a personas que transitan procesos oncológicos

Ya establecidas las principales características del campo de la salud en nuestro país, así como la posición que ocupa el Hospital en el mismo, el presente apartado tiene como objeto realizar la descripción de la Sección de Oncología y de los actores involucrados en el acompañamiento integral a personas que transitan procesos de enfermedad relativos al cáncer.

La Sección de Oncología del Hospital depende del Departamento de Clínica Médica. La misma cuenta con un jefe de sección, que es un médico especializado en oncología, y su personal se encuentra conformado por nueve oncólogos/as, una genetista, una médica hematóloga (con especialidad en cuidados paliativos), tres farmacéuticos/as, diez enfermeros/as (coordinados por la jefa de enfermería del servicio), y dos administrativos/as.

En cuanto a la distribución espacial de la sección, los/as profesionales mencionados comparten un mismo espacio físico ubicado en el segundo piso de uno de los pabellones del Hospital. Allí hay una entrada exclusiva para los/as profesionales que deban ingresar, y otra para los/as usuarios/as. Ambas entradas conectan el principio y el final de un pasillo que recorre todo el espacio interior, permitiendo ingresar a las diversas divisiones de la sección.

A un lado de la entrada para usuarios/as existe un área cerrada en la cual los/as administrativos/as realizan su trabajo y se comunican con las personas que acuden a Oncología a través de una ventanilla. Allí se produce lo que la administrativa denominó como “*El primer lazo al servicio*”, siendo la instancia donde se solicitan los turnos y se evacúan las primeras preguntas en relación a los requisitos, impactos y tiempos que tienen los diversos tratamientos. En este sentido señala que su trabajo consta también de una función asistencial:

“La primer instancia de cuando vienen, que es pedir el turno, pasan por nosotros y vienen con esa familia conteniendo y haciendo preguntas como... ¿La primera consulta le hacen quimio?... ¿necesita traer algo más? ¿necesita venir en ayunas? ¿Esto va a tardar mucho?” (Julieta, administrativa,03/10/2022).

Su trabajo, además de recibir usuarios/as, gestionar los turnos y comprobar los distintos documentos necesarios para acceder a los mismos, consta de una función asignada en un acuerdo con el jefe de Oncología: la solicitud de medicación.

A la Sección de Oncología acuden personas para realizar seguimientos, controles y tratamientos oncológicos. En primera instancia para poder iniciar tratamiento con los/as oncólogos/as, uno de los requisitos es tener estudios realizados sobre su enfermedad, principalmente el estudio de la estadificación de la misma. Es por ello que otra parte de los actores con los que se relaciona el equipo son quienes detectan la enfermedad y realizan la interconsulta con oncología, ya sea de servicios propios del Hospital o de otros efectores.

Continuando con el recorrido, el espacio cuenta con varios consultorios utilizados por los/as oncólogos/as y un consultorio específico en el cual atiende la médica especialista en cuidados paliativos. Al lado de este último, se encuentra un dispositivo denominado “Hospital de Día”. El mismo tiene como objetivo el acompañamiento de los/as usuarios/as que se encuentran realizando tratamiento en ese momento. Está coordinado por una médica oncóloga que realiza esta tarea tres veces por semana, rotando el resto de los días otros dos médicos oncólogos, y está compuesto también por los/as enfermeros/as y los/as farmacéuticos/as de la sección, quienes se encargan de preparar la medicación, manipularla y controlar los efectos de la misma.

Es importante señalar que hay profesionales que prestan servicio en la Sección de Oncología pero que no tienen un cargo específico asignado en la misma. Este es el caso de la trabajadora social y del psicólogo que han sido entrevistados. La licenciada forma parte del equipo de cuidados paliativos mediante un acuerdo entre el jefe de Oncología y la jefa de Servicio Social, pautado por su propia iniciativa de trabajar en este equipo. En cuanto al psicólogo, él ha trabajado durante 5 años en el Hospital e ingresó a articular con Oncología y cuidados paliativos por interés propio y acuerdo entre los jefes de Salud Mental y Oncología. Como reflexión, señala:

“Ninguno tenía/tiene cargo específico para eso, ¿no? Digo, yo además tenía que atender, no sé, 20 pacientes de otro lado y cumplir con las tareas, entonces creo que eso es una dificultad. Al no haber, al menos en los hospitales que conozco, cargos específicos para el trabajo en oncología, pasa esto... que son horas que uno recorta o destina desde otras tareas.” (Pablo, psicólogo, 20/10/2022).

Actualmente la Sección de Oncología no posee psicólogos/as en el equipo de cuidados paliativos. Previo a la pandemia hubo una psico-oncóloga que realizaba tareas ad honorem proveniente de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y un psicólogo residente que, como se ha mencionado, recortaba horas por fuera de sus tareas asignadas en el Hospital para atender personas con necesidades de atención paliativa.

En este sentido, las condiciones laborales son una variable fundamental a tener en cuenta a la hora de analizar cómo se configuran y relacionan entre sí los profesionales de los equipos de salud, ya que la asignación de cargos no se encuentra distribuida equitativamente para la cantidad de usuarios/as que acuden a Oncología y a muchos otros servicios de los hospitales, cuestión que será abordada en el próximo apartado.

2.3. La organización del trabajo y las condiciones laborales como condicionantes de la relación entre disciplinas

Resulta fundamental para analizar el ejercicio profesional y la relación entre las distintas disciplinas que intervienen en el acompañamiento y tratamiento de personas que transitan o transitaron enfermedades oncológicas tener en cuenta las condiciones laborales del personal. En cuanto a la organización del trabajo, Neffa (1995) plantea dos concepciones en relación al mismo y a las condiciones en las que se lleva a cabo: la organización científica del trabajo y el enfoque de las condiciones y medioambiente del trabajo.

La organización científica del trabajo es una concepción asociada al taylorismo⁴, surgida en el siglo XIX y con bases positivistas, que trae aparejada la noción del trabajador únicamente como factor de producción, quien debe trabajar como obligación y deber social, haciendo hincapié en el trabajo prescripto. De esta manera, se invisibiliza el carácter creativo del trabajo y la concepción del mismo como un derecho, así como la puesta en acto de las

⁴ Taylorismo: “Método de organización del trabajo que persigue el aumento de la productividad mediante la máxima división de funciones, la especialización del trabajador y el control estricto del tiempo necesario para cada tarea.” (RAE, 2014). Su denominación de esta manera es en relación a Frederick Taylor (1856-1915).

capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del trabajador, con sus consecuentes efectos sobre la salud. Precisamente el enfoque de las condiciones y medioambiente de trabajo (en adelante, CYMAT) pretende tomar estas dimensiones, comprendiendo el impacto físico, psíquico y mental del trabajo sobre el trabajador, analizando los riesgos del medioambiente y las condiciones laborales, y diferenciando la tarea prescrita de la actividad efectivamente realizada.

En este sentido, el impacto del trabajo en los/as profesionales ha sido un emergente de las entrevistas. Los testimonios hacen alusión a la angustia que genera en ellos/as acompañar personas transitando procesos oncológicos, y también a la necesidad de abordar la misma en espacios grupales como reuniones de equipo. Acorde a los planteos del enfoque CYMAT, los/as entrevistados/as reconocen esta dimensión como condicionante de su vida laboral:

“Ahora lo que hacemos es tratar de reunirnos como hicimos recién con Guadalupe, hacer una mini pasada de pacientes y de situaciones que por ahí nos angustian.”
(Eleonora, médica paliativista, 07/09/2022)

“También a nosotros los profesionales o al menos a mi, me genera mucho más sensación de cuidado y acompañamiento y me es mucho menos angustiante la práctica en compañía.” (Pablo, psicólogo, 20/10/2022)

“Antes hacíamos todos los Lunes a la mañana esa reunión imprescindible donde ahí hablábamos de las tristezas, claro, de todo.” (Tamara, jefa de enfermería, 27/09/2022).

Aquí puede identificarse cómo los/as entrevistados/as destacan desde su percepción la importancia de elaborar esa angustia en equipo, sobre todo aquellos/as pertenecientes al equipo de cuidados paliativos, el cual tiene reuniones de manera semanal en las que se trata el impacto del trabajo. Sin embargo el último testimonio permite introducirnos en la dinámica del resto de la Sección de Oncología, ya que actualmente la reunión que señaló la jefa de enfermería dejó de realizarse luego de la pandemia. Continuando con la sección y en relación a la médica oncóloga, ella también mencionó reiteradas veces cuestiones que le generan angustia sobre su trabajo, aunque la manera de abordar la misma pasa por su vida personal, por fuera del ámbito laboral:

“Los pacientes muy jóvenes la verdad que me angustian un montón. Y ¿qué trato de hacer? De salir, de empezar a hacer terapias alternativas, reiki, yoga...” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022).

Los/as médicos/as no cuentan con un espacio específico e institucionalizado para poder reflexionar sobre estas cuestiones, aunque generan estrategias de acompañamiento entre colegas desde sus relaciones personales:

“Entonces después que se va el paciente nos ha pasado 2 o 3 veces que nos tuvimos que encerrar y dejar de trabajar para decir ‘ay por dios’ y llorar un rato, y decimos ‘Lloremos, basta, saquemos todo, porque si no...’”(Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022)

Sin embargo, por fuera de esas charlas entre compañeros/as en privado, “*encerrados*”, no existe la posibilidad de tratar el impacto que tiene su trabajo. Esto es así porque en los ateneos de los/as oncólogos/as sólo puede hablarse de “*lo médico*”, y ese es su único espacio grupal organizado actualmente dentro de la sección:

*“Porque tenemos que ser rápidos... ‘Bueno el ateneo no es para cosas sociales y puntuales, es para decidir tratamientos y después vemos en algún momento’... Hay oncólogos que van y dicen: ‘bueno, este paciente tiene 35 años, 3 hijos, uno de uno, otro se le murió de no se que’ y vos decís, no tiene que ver con la historia. Pero ese oncólogo necesita decir eso porque el tratamiento también se está adecuando a una mamá o algo, que perdió su hijo, que ... entonces tiene que ver. “Bueno, bueno, lo médico” le dicen. **‘Lo médico’**”.* (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022. El resaltado es propio.)

Sobre esta necesidad de “*ser rápidos*”, y retomando la historia de las relaciones de trabajo en la sociedad industrial, Castel (1997) señala que el pasaje a la relación salarial moderna “fordista” tuvo 5 condiciones fundamentales para ser llevado a cabo, algunas de las cuales revisten interés para el presente trabajo de investigación.

El autor señala que en este pasaje se comienza a ejercer “la fijación del trabajador a su puesto de trabajo y la racionalización del proceso del trabajo en el marco de una gestión del tiempo precisa, dividida y reglamentada” (Castel, 1997:277). Este origen de la organización científica del trabajo introduce coacciones técnicas en el proceso mediante el cronometraje y la división en tareas simples, parcializadas y repetitivas. Para el autor, este proceso refiere a

“una nueva dimensión de la relación salarial: racionalización máxima del proceso de trabajo; encadenamiento sincronizado de las tareas; una separación estricta entre el tiempo de trabajo y el tiempo de no-trabajo; en conjunto: la producción en masa” (Castel, 1997:280).

Si bien el trabajo en el Hospital no se trata sobre la producción en masa de un producto de consumo, los servicios de atención a la salud que brinda el mismo no escapan a esta nueva dimensión de la relación salarial. La racionalización del tiempo y la separación de las tareas atraviesan el trabajo de todos/as los/as profesionales.

Resulta pertinente hacer hincapié en la *“gestión del tiempo precisa, dividida y reglamentada”* (Castel, 1997:277) en el marco de la nueva relación salarial, ya que la mención a la falta de tiempo ha sido una constante a lo largo del discurso de los/as entrevistados/as, ubicándola como un obstáculo en la relación con otros/as profesionales:

“En las instituciones de salud no hay tiempo.. no hay tiempo para pensar. Osea, en general es una cuestión de ‘atender, atender, atender, atender’.” (Pablo, Psicólogo, 20/10/2022)

“Tengo poco tiempo también, yo tengo... Estoy con muchos pacientes, y yo no tengo tiempo entre comillas de hacer mucho sociales” (Eleonora, Médica paliativista, 07/09/2022)

“El tema médico es mucho esto, ¿no? Que uno tiene trabajos por fuera del hospital también entonces no es que podemos resignar bueno, nos quedamos una hora más. Porque todos tenemos otros trabajos.” (Yanina, Médica oncóloga, 14/10/2022)

En este sentido, el uso del tiempo en el Hospital debe limitarse única o preferentemente a la tarea prescripta y cronometrada: *“atender, atender, atender”*. Mientras tanto, el resto de las actividades como reuniones para reflexionar sobre el trabajo y sus impactos o el establecimiento de relaciones con otras disciplinas son impedidas o catalogadas como cuestiones *“sociales”* que poco tienen que ver con ese trabajo prescripto. Además de la urgencia de atención constante, estas actividades quedan imposibilitadas debido a la sobrecarga de trabajo, la falta de personal y el pluriempleo.

Allen (1997 en Bordes et.al, 2021) señala que las organizaciones sanitarias tienen un carácter turbulento derivado de los tiempos urgentes de la atención, la segmentación en servicios y la disponibilidad limitada de recursos materiales y humanos para dar respuesta a

las demandas. En este sentido, la cantidad de recursos humanos permite comprender los tiempos acotados del personal sanitario, especialmente en aquellas disciplinas del orden de lo psico-social. Como hemos visto, la Sección de Oncología cuenta con nueve oncólogos/as y el equipo de cuidados paliativos actualmente está compuesto por una trabajadora social y una médica especialista en cuidados paliativos, lo que deriva en una sobrecarga de trabajo para ambas, y en un obstáculo para el acceso a muchos/as usuarios/as que requieren atención.

En torno a la sobrecarga de trabajo, esta temática ha sido abordada por Bordes y otros (2021). En su investigación, emergió como un aspecto central que “algunos profesionales -no médicos principalmente...- afirmaron que este sobretrabajo devenía en constitutivo de las actividades sanitarias cotidianas, tornándose incluso ‘necesario’ en pos del correcto funcionamiento del espacio de atención” (2021:674). Este fenómeno se repite en el Hospital, en el cual debido a las convicciones y voluntades personales de algunos/as profesionales, los/as mismos/as quedan sobrecargados en pos de garantizar la calidad y el acceso a la atención de la salud.

Por último, cinco de las/os seis entrevistadas/os en la presente investigación tienen más de un empleo al mismo tiempo. Acevedo y otros/as señalan que el pluriempleo “puede ser considerado como un indicador de precariedad laboral, con implicancias significativas para la salud del trabajador, su capacidad productiva y la calidad de atención a la población.” (2012:21). Además de los múltiples trabajos remunerados, debe sumarse la jornada de trabajo doméstico que estadísticamente recae en las mujeres, teniendo en cuenta la creciente feminización del trabajo en salud⁵ y que 5 de las/os 6 entrevistadas/os son mujeres.

2.4. Valores, artefactos culturales y presunciones básicas compartidas. Análisis desde los aportes de la psicología institucional

A la hora de analizar la manera en que operan las condiciones materiales y simbólicas del Hospital en torno a las relaciones entre disciplinas, resulta fundamental tener en cuenta los aportes de la psicología institucional. En primer lugar, es conveniente brindar una

⁵ “Hoy el sector salud presenta un fenómeno de ‘feminización profesionalizada’, es decir un proceso que convergió en la participación mayoritaria de mujeres en el desempeño de ocupaciones que requieren (generalmente) como condición sine qua non estudios universitarios completos” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018:1).

definición sobre lo que se considera como cultura organizacional, para posteriormente comprender sus dimensiones. La cultura organizacional es definida por Schein como:

El patrón de premisas básicas que un determinado grupo inventó, descubrió o desarrolló en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna y, que funcionaron suficientemente bien al punto de ser consideradas válidas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación a estos problemas. (1988:25)

Tal como se presenta a continuación, en el Hospital esta cultura se encuentra fuertemente atravesada por el modelo médico hegemónico, el cual desde una visión biologicista de la salud impone un modelo de atención fragmentado e individualista. Sin embargo, en el nivel organizacional las grandes organizaciones presentan en su interior una cultura dominante y una variedad de subculturas (Travnik y Vitale, 2020). En este sentido, en el Hospital hay grupos de profesionales que sostienen la cultura dominante, mientras que otros pertenecen a una subcultura que la rechaza.

Ahora bien, en torno a las dimensiones que componen la cultura organizacional, Schein (1988) plantea que la misma tiene tres niveles: de los artefactos culturales, de los valores expuestos y de las presunciones básicas. En cuanto a la dimensión de los artefactos culturales, la misma refiere a los elementos tangibles y visibles del espacio físico de la organización. Por otra parte, el nivel de los valores es aquel que conforma un “conjunto de ideas, capacidades, destrezas, actitudes, sentimientos y valores que constituyen la causa y consecuencia de los artefactos y que existen en el plano de la conciencia de los miembros de la organización” (Travnik y Vitale, 2020:6). Por último, en cuanto al nivel de las presunciones básicas, se trata de aquellos valores naturalizados a través del tiempo, que se convierten en axiomas que orientan el comportamiento de las personas.

A continuación se analizan los tres niveles de la cultura organizacional del Hospital. Dentro de los mismos se hará mención principalmente a elementos pertenecientes a la cultura dominante, sin embargo, se ha identificado la existencia de una subcultura que se sitúa como contra-hegemónica dada por una concepción integral de la salud. La misma está compuesta, dentro de las unidades de recolección de datos, por la trabajadora social, la médica paliativista y el psicólogo, ya que en base a sus discursos y prácticas ponen en discusión muchos de los valores y creencias de la cultura dominante, médica hegemónica .

En relación a la disputa entre cultura/subcultura, Díez Gutiérrez señala que “si una organización, en cuanto grupo humano, no tiene un cierto consenso entre sus miembros sobre la manera de alcanzar la verdad, el caos está asegurado” (1996:137) . La puja de intereses y de poderes al interior del campo de la salud repercuten en el trabajo cotidiano del equipo sanitario, y la contraposición entre el modelo biomédico hegemónico de atención y el bio-psico-social se hace evidente al interior del Hospital.

2.4.1: Artefactos culturales

Aquí se presentan los principales artefactos culturales reconocidos en el trabajo de investigación, a saber: distribución del espacio, consultorios, Sigehos y recursos tecnológicos. De este modo y retomando la caracterización de Schein, se entiende que “el nivel más visible de una cultura es el de sus producciones y creaciones, que viene dado por su entorno físico y social. En este nivel cabe observar el espacio físico, la capacidad tecnológica del grupo, su lenguaje escrito y hablado, sus producciones artísticas y la conducta expresa de sus miembros” (1988:31).

Distribución del espacio: Una organización fuertemente atravesada por el modelo médico hegemónico y la lógica de la fragmentación en la atención de la salud, tiene su correlato en el espacio físico. En primer lugar y a grandes rasgos, el Hospital cuenta con cuatro pabellones separados entre sí, dentro de un mismo terreno y sin conexiones entre sí.

La Sección de Oncología se encuentra en el segundo piso de uno de los pabellones, al que se denominará “Pabellón A”, el cual no comparte ni con el Servicio Social, ni con Salud Mental. El Servicio Social tiene la particularidad de ubicarse en el segundo piso del pabellón más alejado de la entrada principal del Hospital, el “Pabellón B”. Para analizar esta cuestión resulta relevante hacer mención a la Resolución 482/2002 en el marco del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica, la cual indica que “La Unidad de Servicio Social deberá estar ubicada preferentemente en la Planta Baja del Establecimiento de Salud, en lugar accesible y señalizado, sin barreras arquitectónicas que dificulten la circulación” (Ministerio de Salud, 2002).

Si bien no es objeto de la presente investigación analizar el cumplimiento de las normativas, la resolución permite contrastar una realidad cotidiana de los/as trabajadores/as del Servicio Social. La misma es que atienden usuarios/as pertenecientes a todos los grupos etarios, que acuden al Hospital para atenderse en el amplio abanico de todas las

especialidades médicas y no médicas ofertadas. Esta cuestión implica dos hechos que se traducen en la práctica: por un lado, los/as trabajadores/as sociales pasan gran parte de su tiempo en otros pabellones, que por distancia física quedan alejados del Servicio Social y, por el otro, se dificulta el acceso de los/as usuarios/as a dicho servicio.

En cuanto a Salud Mental, el mismo se ubica en el cuarto piso de un pabellón intermedio entre el “A” y el “B”: el pabellón “C”. Sobre esta cuestión, es importante retomar las palabras del psicólogo, quien señaló que:

“Una persona, con cáncer, tiene que ir primero a ver al oncólogo que está en el segundo piso de tal pabellón, y a los 40 minutos tiene que venir a verme a mí que estoy en el cuarto piso de otro pabellón. Y que yo no tengo dónde atender y capaz que busco, no sé, el recoveco que hay al lado de un bar”. (Pablo, psicólogo, 20/10/2022).

Estas distancias físicas se traducen en distancias simbólicas entre los profesionales de la salud, ya que quienes suelen recorrerlas son los/as usuarios/as o los/as profesionales “no médicos”. En general son los/as psicólogos/as y los/as trabajadores/as sociales quienes se acercan a la Sección de Oncología a intercambiar con los/as médicos/as.

Consultorios: Los consultorios son espacios destinados específicamente a la atención de usuarios/as por parte del equipo de salud. Los mismos son un artefacto cultural que da cuenta de la hegemonía médica en el Hospital desde el aspecto físico porque, como ha señalado el psicólogo en el testimonio anterior, algunos/as profesionales tienen un consultorio fijo y asegurado durante su jornada laboral, mientras que otros no.

En el caso de los/as oncólogos/as, la Sección de Oncología cuenta con consultorios privados, cerrados y reservados para los/as profesionales durante su jornada laboral; así como sucede con la médica especialista en cuidados paliativos. En cuanto a Salud Mental y Servicio Social, como se ha mencionado, esto no es así. La cantidad de consultorios de estas disciplinas no es proporcional a la cantidad de profesionales que se encuentran trabajando.

Como consecuencia, una parte de las entrevistas profesionales realizadas por los/as trabajadores/as sociales y psicólogos/as terminan teniendo lugar en los pasillos del Hospital, con la dificultad que eso implica para sostener la privacidad de los/as usuarios/as. Por otro lado, los “consultorios” con los que cuenta el Servicio Social se asemejan a box de atención, con cortinas de tela que cumplen la función de puertas y las paredes que los separan no llegan al techo, por lo que se fuga el sonido y de alguna manera, la confidencialidad.

Por último, los consultorios son la expresión de la lógica de atención que la hegemonía médica conlleva: el epicentro de la atención es la dimensión biológica, curativa y los espacios disciplinares se encuentran claramente delimitados desde lo material.

SIGEHOS (Sistema de Gestión Hospitalaria). Nueva historia clínica electrónica:

El SIGEHOS (Sistema de Gestión Hospitalaria) es una herramienta informática utilizada para la gestión de los efectores de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una de sus funciones es acceder a un sistema informático que, entre otros datos de los efectores y los usuarios/as, permite el acceso a la historia clínica única electrónica de los últimos (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2022).

La historia clínica es un documento en el cual se deja asentada toda la información relativa a las diversas intervenciones que se realizaron en el P-S-E-A-C de una persona, por parte de los profesionales y auxiliares de la salud. El mismo es un derecho de los pacientes/usuarios establecido en la Ley 26.529, quienes además son sus titulares legales.

Según la definición que brinda el Gobierno de la Ciudad, la historia clínica electrónica “es un documento que contiene de forma clara, precisa y detallada todos los datos de un paciente. Así, los profesionales de la salud tienen la posibilidad de evaluar a la persona de forma integral, teniendo en cuenta su familia y su historial médico” (2019). Sin embargo en el Hospital, dentro de los grupos analizados para la presente investigación, quienes pueden escribir y cargar datos directamente a la historia clínica electrónica son los/as médicos/as y los/as psicólogos/as. Esta cuestión fue tratada en la entrevista con la jefa de enfermería de la Sección de Oncología, quien señalaba:

“T: Y bueno, todavía nosotros como enfermeros no tenemos... yo tengo acceso, pero no tenemos habilitada la parte de la historia clínica donde podemos escribir (...) está la parte de enfermería, pero todavía no lo podemos usar.” (Tamara, Jefa de enfermería, 27/09/2022).

Es necesario aclarar que si bien Servicio Social tenía permiso para hacer uso del SIGEHOS, su personal no fue informado, ni capacitado para modificar la historia clínica electrónica. Esta desinformación produjo que algunas profesionales consideraran tener “permiso para ver pero no permiso para escribir” (Cuaderno de campo, 10/08/2022).

Los/as profesionales de Enfermería y Servicio Social completan las historias clínicas de manera física mediante formularios en papel, que luego son digitalizados para ser subidos al sistema. Por otra parte, a las dificultades de acceso propias del SIGEHOS, se suma la escasez de recursos tecnológicos con los que cuenta el Servicio Social

Recursos tecnológicos: En esta categoría se comprenden algunos de los instrumentos necesarios utilizados por los/as profesionales/as para realizar sus tareas laborales. El SIGEHOS necesariamente requiere de la posesión de computadoras para ingresar al mismo. Si bien no se ha transitado por todos los consultorios de Oncología, gran parte de los mismos tienen una computadora para que los/as médicos/as puedan completar la historia clínica.

En cuanto al Servicio Social, el mismo cuenta con tres computadoras en su interior que han sido donadas por personas ajenas al Hospital, ya que el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires aún no otorgó computadoras e impresoras al servicio, ni conexiones de wi-fi. La conexión a internet es por cable directo, y esto conlleva a que sean las trabajadoras sociales quienes solventan con ingresos propios las intervenciones virtuales que continúan presentes post-pandemia (videollamadas, gestiones necesarias, etc.), al mismo tiempo que fueron ellas quienes compraron la impresora del servicio.

2.4.2. Valores expuestos

Retomando la definición de Travnik y Vitale (2020), el nivel de los valores es aquel en el que confluyen ideas, actitudes, sentimientos y valores que se encuentran en estrecha interrelación tanto con los artefactos culturales (siendo su causa y consecuencia) como con las presunciones básicas compartidas (siendo las mismas valores naturalizados). A continuación se presentan los principales valores identificados.

Salud como derecho: En el discurso y las prácticas de los/as profesionales entrevistados/as uno de los valores identificados que guía sus comportamientos es entender la salud como un derecho, asociado a la idea de justicia. Cabe recordar que el Hospital pertenece al subsector público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por lo que el acceso al mismo debe ser público, universal y gratuito en el marco de la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales a los que adhiere nuestro país ya analizados en el capítulo primero.

Específicamente en la Ciudad, la Ley Básica de Salud (Ley N°153) establece el derecho a la salud integral de todas las personas sin excepción, y sin ningún tipo de discriminación. La médica oncóloga rescata que una de las virtudes del Hospital “*es un poco*

la apertura, es el acceso que tienen para mí los pacientes a poder atenderse en el hospital y brindarles atención (...) porque vos ves que en otros lugares no tienen acceso, no tienen turnos rápidos.” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022).

Si bien este es un valor que atraviesa la cultura organizacional, en la práctica el mismo tiene tensiones en su interior según su comprensión desde el modelo médico hegemónico o desde una mirada integral de la salud. En este sentido la trabajadora social señala que *“con Salud Mental tenemos esa posibilidad de conversación, porque (...) compartimos una mirada vinculada al derecho, con la psicóloga y la psiquiatra. Al buen trato, osea tenemos un mismo parámetro ético de mirada.”* (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022)

Según la hegemonía médica el derecho a la salud tiene un límite en la dimensión biológica de la misma y en el acceso a un turno sin la consideración de los determinantes sociales. En relación a ello, muchas veces se prescriben tratamientos sin considerar las posibilidades materiales de sostenerlos, responsabilizando individualmente a los usuarios/as según su nivel de “Adherencia al tratamiento”⁶. En cambio, desde el abordaje bio-psico-social de la salud se comprende el derecho a la misma como el acompañamiento y la atención de todas sus dimensiones por parte del equipo de salud, desde una mirada integral.

Por otra parte, la licenciada hizo referencia a exclusiones de la misma política pública de la Ciudad, que plantea la política de atención en salud por referencia geográfica: *“Esto que hoy yo decía del sistema de salud, en lo que es la salud mental... que está desbordada. Que acá dicen que ‘en este hospital no se atiende a personas que no son del área programática’; la gente se patea... La gente la está pasando muy mal.”* (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

En síntesis, puede señalarse que la salud entendida como un derecho es un valor común en la cultura organizacional del Hospital. Sin embargo, el mismo adopta distintas características asociadas a los modelos en disputa al interior del campo (por lo tanto, también a la cultura dominante y la subcultura). Estas contradicciones ponen en velo interrogantes en torno a la salud como un derecho: ¿Qué se entiende por acceso a la salud?; ¿El mismo inicia

⁶ El concepto de “Adherencia terapéutica” es definido como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” (OMS, 2004:3)

y termina al conseguir un turno?; ¿El derecho a la salud aplica por igual a personas del conurbano/provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

Voluntad: Es identificada como un valor propio del trabajo cotidiano en el Hospital. Ya ha sido señalado por Bordes y otros (2021) que el trabajo sanitario conlleva la necesidad de cumplir las tareas por fuera de los límites formales, logrando sostener una relativa estabilidad de la organización de las tareas en base a los acuerdos informales entre los/as profesionales.

Este hecho también ha sido distinguido en el Hospital, en el cual aquellas tareas que no se encuentran comprendidas dentro de las prescriptas, quedan en manos de la “*voluntad*” de los profesionales. En un diálogo con la trabajadora social posterior a la entrevista, señaló que “*a nivel institucional no se facilita la construcción interdisciplinaria por la fragmentación*” y que “*hay una construcción multidisciplinaria, pero que depende de las voluntades individuales*” (Cuaderno de campo, 27/12/2022).

En este sentido, las concesiones realizadas para que la trabajadora social y el psicólogo formen parte del equipo de cuidados paliativos son uno de los ejemplos de cómo las estrategias de los agentes, enmarcadas en su voluntad e interés, permiten disputar espacios en contra de la lógica fragmentaria de la salud.

Otro ejemplo pertinente para el análisis, es que si bien existe el procedimiento de interconsulta, el cual se profundizará más adelante, los/as profesionales señalan que las características del mismo dependen de la voluntad y de la relación personal que cada profesional tenga con quien realiza la consulta.

Por último, la realización de actividades que excedan la jornada laboral y las tareas prescriptas, como reuniones de equipo y talleres con usuarios/as, se encuentran guiadas por este valor. Sobre la posibilidad de realizar un ateneo que no se enfoque únicamente en la dimensión biológica, la médica oncóloga señaló que:

“Tiene que ver con la voluntad de todos, ¿no?... O sea, la voluntad de dedicar un tiempo más, cancelar algo que estamos haciendo para poder hacerlo.” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022).

Frustración: El sentimiento de frustración es identificado tanto en la cultura dominante como en la subcultura, y el mismo se encuentra asociado a las condiciones materiales y simbólicas que afectan al campo de la salud desde lo estructural hasta su materialización en el Hospital

como organización. Desde la subcultura que comprende a la salud desde la integralidad de sus dimensiones, la frustración aparece ante las limitaciones o “*imposibilidades*” que surgen al intentar realizar el trabajo de una manera alternativa a la establecida institucionalmente:

“Imaginate lo que es coordinar las agendas de tres personas que no tienen el horario destinado para eso, entonces es como... era imposible casi.” (Pablo, Psicólogo, 20/10/2022)

“Si bien en cuidados paliativos se debería acompañar desde el diagnóstico (...) en la realidad con una sola persona eso es imposible...” (Eleonora, Médica paliativista, 07/09/2022)

La frustración se manifiesta en las prácticas cotidianas ante la falta de recursos, tanto humanos como materiales, que permitirían la construcción de una intervención integral. Por otra parte, la desigualdad de poder en la que se posicionan las diversas disciplinas genera frustración en aquellas que quedan relegadas a un lugar secundario. La trabajadora social refirió que atraviesa un momento de “*desgaste*” y “*enojo*” post-pandemia, ya que considera que como equipo de cuidados paliativos podrían haber intervenido por fuera de la Sección de Oncología. Si bien existió la propuesta, desde Oncología no se permitió que la médica paliativista realice otras tareas. Este desgaste de la trabajadora social puede asociarse al cansancio de los/as profesionales de la salud derivado de la falta de articulación entre servicios de una institución así como de pertenencia a una red mayor identificado por Bengochea y otros (2015).

En torno a la cultura dominante, la médica oncóloga indicó que nota cierta frustración y cansancio de los/as residentes, quienes cumplen con sus tareas limitándose a las prescriptas por la institución, ya que en la cotidianeidad encuentran obstáculos al intentar una práctica integral o que involucre las otras dimensiones de la salud:

“Dicen ‘y bueno, yo quiero hacer algo por el paciente y voy y me dicen que no, y lo quiero internar y no hay cama, y...’ Osea, como que hay muchos no en el hospital últimamente, ¿viste? Entonces como que todo es imposible... Y uno ya está acostumbrado a eso que es malo (risas) acostumbrarse, pero a veces no tenés fuerzas ya para pelearlo. A ellos por ahí los veo muy frustrados y muy en esto: ‘bueno, yo me dedico a oncología, desde lo oncológico no tengo nada más que hacer’.” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022).

La aludida profesional realizó una especialización en cuidados paliativos, por lo que resalta la importancia de tener en cuenta no sólo el aspecto biológico de las intervenciones y señala que esa mirada integral se pierde en la formación de los/as residentes. En clave de ello, es que refiere interpelarlos con preguntas relativas a los determinantes sociales de la salud de los/as usuarios/as: “¿Te parece que está en condiciones de recibir este tratamiento? y ¿con quién vive, qué come? ¿Come el paciente?”.(Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022). Sin embargo, como hemos visto en su testimonio, señala que con el tiempo esa frustración se torna una costumbre propia del trabajo, quedando de esta manera naturalizada.

2.4.3. Presunciones básicas compartidas

Las presunciones básicas compartidas son el tercer nivel de la cultura organizacional, y son definidas por Díez Gutierrez (1996) como creencias que guían inconscientemente el comportamiento del grupo, siendo valores que se transformaron gradualmente en creencias y presunciones que tienden a ser incómodas e indiscutibles. Sin embargo, existen situaciones en las que las presunciones no se constituyen como esquemas coherentes que permitan percibir y concebir las situaciones y las relaciones de una forma estable. Según Schein (1988) cuando esto sucede significa que nos encontramos ante una cultura débil, no formada, o ante un conflicto cultural entre diversas subculturas dentro de la organización. Este último es el caso de lo que sucede en el Hospital, donde las presunciones propias de la cultura dominante entran en conflicto con la subcultura que concibe a la salud y su abordaje desde la integralidad.

En primer lugar, se ha identificado la presunción básica de la cultura dominante que sostiene que la dimensión biológica de la salud prevalece por sobre las dimensiones psico-sociales de la misma. Derivada del modelo médico hegemónico, en el cual se erige como legítima la definición de salud como mera ausencia de enfermedad, esta presunción condiciona el comportamiento del personal de salud.

A raíz de este supuesto pueden comprenderse las desigualdades en la distribución de capitales al interior del Hospital: la distribución espacial, el acceso al SIGEHOS, la cantidad de consultorios por disciplina, la desigualdad en recursos humanos y materiales. Como dato contrastante, actualmente el Servicio Social cuenta con nueve trabajadoras sociales para atender en todo el Hospital, mientras que sólo la Sección de Oncología cuenta con nueve oncólogos/as.

En otras palabras, organizacionalmente se establece una atención fragmentada que sitúa a los/as médicos/as como la autoridad epistémica (Radi y Pérez, 2019) portante del saber legítimo y prioritario en salud, relegando al resto de las disciplinas a un lugar secundario, que en el caso del trabajo social resulta en la representación y designación como auxiliar de otras profesiones (Cazzaniga, 2001).

Esto implica una injusticia epistémica, concepto que “engloba a las formas de injusticia en las que una persona es sub-valorada o desaventajada en su estatus como agente epistémico, a partir de su identidad o su lugar social” (Fricker, 2017:53 en Radi y Pérez, 2019:120). Sin embargo, esta presunción se encuentra fuertemente en disputa al interior del Hospital por la subcultura que comprende la salud desde una mirada integral. Es por ello que los/as profesionales del equipo de cuidados paliativos cuestionan la misma y tienen prácticas contra-hegemónicas, como atender en conjunto en un mismo consultorio o tener reuniones de trabajo interdisciplinarias.

Retomando la atención fragmentada como parte de la cultura dominante, en las prácticas y discursos de los/as profesionales de la salud aparece como un axioma que guía su comportamiento la percepción del sistema de salud como algo ya dado y, por lo tanto, inmodificable. Esta cuestión ya ha sido analizada por Spinelli quien señala que “En los cotidianos de las organizaciones de salud se asiste a una realidad constituida, en general, por una profunda desazón por parte de sus trabajadores sobre el futuro de las mismas. De allí que... los cambios son percibidos como imposibles.” (2012:281).

La cultura dominante se encarga de frustrar todo intento de modificación, lo cual genera un “*acostumbramiento*” por parte de algunos/as profesionales. Sin embargo, también genera sentimientos de frustración y enojo en aquellos/as que buscan intervenir desde la integralidad de la salud.

Por otra parte, se ha identificado como tercer presunción básica compartida que las maneras de intervenir y las relaciones entre profesionales dependen en gran medida de su voluntad personal. En estrecha relación, Spinelli señala que “el trabajo en salud se caracteriza por la alta autonomía en la base de la organización” (2012:283). En la práctica cotidiana, se observó que más allá de los marcos legales y los protocolos organizacionales como la interconsulta, la autonomía en este tipo de trabajos genera que la voluntad de los/as profesionales adquiera un lugar central.

Sin embargo y en base al análisis realizado, se considera que esta autonomía y ese ejercicio de la voluntad para realizar determinadas actividades por fuera de las tareas prescritas, no está libre de condicionamientos. Retomando las características de las condiciones laborales del Hospital como organización, puede señalarse que la falta de recursos materiales y humanos, en conjunto a los tiempos urgentes de atención, las exigencias de las tareas prescritas y el pluriempleo son un gran condicionante para ese ejercicio de la autonomía.

Por último, durante el apartado sobre las condiciones laborales se ha identificado que el impacto subjetivo ha sido un tema emergente en la mayoría de las entrevistas, en relación a la angustia que producen estos acompañamientos en los/as profesionales. Al analizar las maneras en que son abordadas esas implicancias físicas y psíquicas del trabajo en los/as integrantes del equipo, se arribó a la conclusión de que no existen dispositivos instalados organizacionalmente. La creación de los mismos depende nuevamente de la voluntad de los/as trabajadores/as de dedicar tiempo por fuera de las tareas prescritas. En este punto es pertinente retomar la autonomía relativa y sus condicionamientos, ya que la creación de espacios donde puedan tratarse estas cuestiones emocionales y de la práctica trae aparejadas consecuencias laborales como la sobrecarga de trabajo, o la extensión de la jornada laboral.

El equipo de cuidados paliativos mantiene una reunión semanal en la que, se abordan implicancias emocionales y afectivas de la tarea laboral. Sin embargo, dentro de la Sección de Oncología se realizan ateneos en los que prima *“lo médico”*. A su vez, la reunión semanal que era realizada por el Hospital de Día entre enfermeros/as, farmacéuticos/as y el/la médico/a oncólogo/a a cargo del dispositivo, dejó de ocurrir.

Como conclusión, la presunción de la cultura dominante que obstaculiza el tratamiento del impacto laboral subjetivo, es que el trabajo y lo afectivo deben ser dos esferas separadas. Por un lado, esta cuestión puede ligarse a la separación taylorista mencionada en apartados anteriores sobre el trabajador/a y la puesta en juego de sus capacidades cognitivas, afectivas y relacionales. Por el otro, es pertinente hacer mención a lo que en el ejercicio médico desde el modelo biomédico se ha definido como “distancia ideal” en la relación “médico-paciente”; una relación paternalista, asimétrica y en la cual el “paciente” es analizado como un objeto. En este sentido, Fabienne Vinour señala: “se equivocan cuando aseguran que un buen profesional debe encontrar la distancia ideal con los pacientes... Lo que tenemos que encontrar es la presencia ideal” (en Berti, 2021:136).

No sólo el paciente es objetivado, sino que los médicos en cierta parte también, teniendo que dejar de lado su propia dimensión afectiva y emocional como personas que tratan con personas en su trabajo.

En conclusión, las condiciones materiales y simbólicas en el Hospital se encuentran atravesadas tanto por el modelo médico hegemónico como por la injusticia epistémica derivada del posicionamiento de la medicina como autoridad epistémica en el campo de la salud. La fragmentación de la atención en salud se visualiza desde los niveles más estructurales del campo. Ello deriva en una atención que, técnicamente se plantea como progresiva, pero en la práctica resulta episódica y aguda (Moreno Milicich, 2022).

En cuanto al análisis de las condiciones laborales, se ha planteado que el trabajo dentro del Hospital se rige por la organización científica del trabajo, asociada a los tiempos urgentes de la atención, la limitación a la tarea prescrita y la ausencia de la consideración de las implicancias físicas y emocionales del trabajo. Por otra parte, se identificó que la mayoría de los/as trabajadores/as tienen más de un empleo. En conjunto, las condiciones laborales del Hospital se sitúan como un condicionante de la relación entre disciplinas, imposibilitando espacios de intercambio y reflexión sobre el proceso de trabajo, y obstaculizando el abordaje integral de la salud.

Por otra parte, considerando el campo de la salud como un espacio de disputa, se ha analizado a través del concepto de cultura organizacional la existencia de una cultura dominante asociada al modelo médico hegemónico y una subcultura asociada al modelo bio-psico-social. Este análisis permitió concluir la caracterización de las condiciones materiales y simbólicas en las que los/as integrantes del equipo de salud realizan su trabajo, por lo que durante el próximo capítulo se abordan sus modalidades de relación, tanto desde las prácticas concretas como desde sus esquemas de percepción.

Capítulo 3. Relaciones entre disciplinas

El presente capítulo tiene como objetivo describir las prácticas concretas de intervención de los/as integrantes del equipo de salud, así como sus esquemas de percepción en torno a la relación entre las diversas disciplinas que trabajan en la atención a personas que transitan procesos oncológicos. Esta tarea se encuentra en estrecha relación con lo planteado en el capítulo anterior, por lo que se recuperan las condiciones materiales y simbólicas del Hospital en el desarrollo.

En primer lugar se caracterizan las modalidades de intervención en articulación con las definiciones teóricas sobre interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina presentadas en el primer capítulo. Teniendo en cuenta las diversas maneras de intercambio que tienen las disciplinas en su trabajo cotidiano, así como sus esquemas de percepción en torno al concepto de interdisciplina, se identifica que dentro de los/as entrevistados/as aparecen dos posturas diferenciadas: quienes consideran que existe un abordaje interdisciplinario en los acompañamientos oncológicos y quienes no.

En segunda instancia, se caracteriza la existencia efectiva de un abordaje multidisciplinario derivada de la impronta médica hegemónica, ya que se identifica una visión atomística de la realidad, una simple yuxtaposición de áreas de conocimiento entre las disciplinas y poco o nulo intercambio entre las mismas (Elichiry, 2009). No obstante, se avanza en la descripción del funcionamiento del equipo de cuidados paliativos, en el cual se reconocen abordajes interdisciplinarios y una mirada mancomunada sobre la realidad, asociada justamente a una concepción integral de la salud

Por último, se aborda el rol que ocupa el trabajo social dentro del equipo sanitario, tanto desde la práctica concreta como desde los esquemas de percepción de sus integrantes. Asociada a la representación social que liga al trabajo social con una profesión meramente técnica (Cazzaniga, 2001), se analiza el procedimiento de pedido de medicación en el marco de la función de gestión de la disciplina. A su vez, se recupera la tarea asistencial y educativa desplegada por la trabajadora social tanto en el marco del equipo de cuidados paliativos como en el Servicio Social.

3.1. Interdisciplina y multidisciplina: Modalidades de relación entre los y las integrantes del equipo de salud

Durante el presente apartado se tratan las modalidades de relación existentes entre los/as profesionales de la salud que acompañan a personas transitando procesos oncológicos en el Hospital. El análisis se sustenta sobre los aportes teóricos citados en el primer capítulo en torno a la interdisciplina y la multidisciplina, dado que no se identificaron referencias en los discursos a la transdisciplina y la misma dista de encontrarse presente en las prácticas concretas de intervención del equipo. Con el objetivo de abordar esta cuestión, se analizan las prácticas cotidianas de intervención de los/as profesionales en su relación con el resto de las disciplinas del equipo, así como sus percepciones sobre las mismas.

Derivado del análisis de las entrevistas, se puede señalar que existen dos posturas diferentes entre los/as entrevistados/as en cuanto a la percepción subjetiva que tienen sobre la existencia de un abordaje interdisciplinario en los acompañamientos y tratamientos que realizan. Por un lado, tanto la trabajadora social, la médica paliativista y el psicólogo identifican que no existe un abordaje interdisciplinario en los acompañamientos. En estrecha relación, los tres comparten una percepción sobre la interdisciplinariedad asociada a la integralidad de la salud y la confluencia de los saberes específicos en una mirada, discurso e intervención común. De este, es que entienden por interdisciplina:

“La posibilidad de pensar una situación que requiere intervención, entre profesionales con diferentes saberes específicos por su trayectoria de formación. Y la posibilidad de pensar una situación en conjunto; poder pensar un diagnóstico que responda a la complejidad de la situación que porta el sujeto.” (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

“La posibilidad del trabajo articulado, y de la integración de discursos sobre una determinada práctica, y la posibilidad de pensar la salud y la enfermedad desde una mirada integral.” (Pablo, psicólogo, 20/10/2022).

Sin embargo, esa posibilidad se ve obstaculizada en la práctica por múltiples factores entre los que se encuentran las condiciones materiales y simbólicas, laborales y organizacionales que han sido analizadas durante el capítulo anterior. Tanto la trabajadora social como el psicólogo hacen hincapié en que la simple presencia de distintas disciplinas trabajando en el mismo equipo no implica necesariamente un abordaje interdisciplinario:

“Acá podríamos decir que hay una multidisciplina porque existe la interconsulta. Osea, se trabaja en los servicios como interconsultores... Pero eso se da por relaciones personales, no es porque esté pensada la dinámica... la posibilidad de profundizar en el diálogo a través de un ateneo, es como todo, ¿no? Como parte de la construcción política que uno puede hacer en las relaciones.” (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

En sus discursos se visualiza una clara diferencia entre interdisciplina y multidisciplina, señalando que las relaciones entre disciplinas en el Hospital son principalmente multidisciplinarias. Es importante detenerse sobre el procedimiento de interconsulta, ya que el mismo se sitúa como una de las maneras recurrentes e institucionalizadas en las que se relacionan los/as profesionales. La interconsulta es el acto mediante el cual un/a profesional de la salud le indica a un/a usuario/a acudir a una consulta con otro/a profesional de la salud, ya sea de la misma disciplina (como distintas especialidades dentro de la medicina) o a otras disciplinas como el trabajo social, psicología, enfermería, entre otras.

Si bien estas derivaciones son la forma institucionalizada de relacionarse entre disciplinas en el ámbito de la salud, es importante señalar que las características que la interconsulta asuma, pueden favorecer prácticas posibilitadoras de la interdisciplina o propias de la multidisciplina. Esto es así debido a que las condiciones enunciadas, y las disputas y representaciones entre las diversas profesiones generan distintas maneras de interconsulta, así como distintos criterios de derivación que pueden no ser compartidos por todos/as los/as profesionales desde sus percepciones singulares.

Ahora bien, retomando las palabras de la trabajadora social, mencionaba que la posibilidad de profundizar en el diálogo con otros/as profesionales es parte de una construcción y posicionamiento político. Esta cuestión es central ya que al no haber procedimientos establecidos sobre cómo debe ser la interconsulta, cada profesional la realiza a su manera. Dicha manera, se encuentra asociada a su posicionamiento ético-político teórico-metodológico y al valor de la voluntad analizado previamente:

“En general, había determinadas personas que llegaban por medio de trabajo social, entonces la trabajadora social me decía ‘che, me gustaría si podemos pensar en hacer una entrevista para evaluar, o para ver’... y llegaban por ahí. Y otros llegaban por los médicos que... en el peor de los casos me los mandaban con un papel escrito

entonces yo iba, buscaba... no sé, o me golpeaban la puerta del servicio.” (Pablo, psicólogo, 20/10/2022).

Las palabras del psicólogo introducen la cuestión sobre la comunicación en los equipos de salud. Previo a analizar las implicancias de las modalidades de comunicación dentro del equipo, resulta pertinente brindar una definición sobre lo que se considera la comunicación efectiva en salud. La misma es entendida como una estrategia para garantizar la seguridad de los/as usuarios/as, siendo la verificación y transmisión instantánea de información, así como la discusión presencial con todos los actores involucrados en la atención, dos de sus principales facilitadores (de Assis-Brito et. al, 2022).

En este sentido, desde las concepciones dialógicas y participativas (González Gartland, 2019), se comprende a la comunicación en y para la salud como un espacio de producción de conocimiento en conjunto con la comunidad para mejorar los niveles de salud de la población. Para ello, también se destaca la necesidad de que el desarrollo de la misma “incluya todos los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención” (González Gartland, 2019:22).

En el caso del Hospital, puede señalarse que las formas de comunicación entre los integrantes del equipo son varias. La comunicación verbal cara a cara suele ser al compartir reuniones o espacios de trabajo comunes, mientras que entre otras formas de comunicación se encuentran los escritos mencionados por el psicólogo, los mensajes por Whatsapp desde los teléfonos personales y los mails.

Astudillo y Mendinueta (2005) señalan que la comunicación puede adoptar formas verbales y no verbales, y que ambas son necesarias para entregar un mensaje. Por otra parte, los/as autores/as indican que “el 75% de la comunicación humana es no verbal y transmitimos más mensajes mediante nuestra actitud, apariencia física, expresión facial, los movimientos de la cabeza, la mirada, el contacto físico y la cercanía o alejamiento corporal.” (2005:62). En este sentido, gran parte de la comunicación interna del equipo de salud se encuentra atravesada por canales que no permiten el acceso a la interpretación de esa comunicación no verbal.

Retomando los aspectos señalados durante el capítulo anterior, el proceso de comunicación interna en el equipo de salud se ve atravesado por la cultura organizacional y laboral. No hay tiempo para el intercambio y la comunicación cara a cara, y las derivaciones

deben ser urgentes, por lo que el mensaje de interconsulta algunas veces se simplifica al máximo en una nota o incluso no existe. Es una situación recurrente en el Servicio Social que usuarios/as que se encuentran realizando tratamientos oncológicos acudan al mismo para la solicitud de medicación, sin que exista ningún tipo de comunicación entre los/as médicos/as que derivan, y sin que los/as usuarios/as comprendan completamente por qué están allí:

“Viene una persona a la guardia... el final de la historia era que necesitaba la famosa encuesta para el banco de drogas. Pero vino sin esa información. Una persona que también era paciente de Eleonora, eso habla de que no estamos trabajando bien. Entonces yo le veo papeles porque reconozco la letra de Eleonora, para recetar morfina... Y la persona estaba hiper recontra mega angustiada y tuve una entrevista larga... como no había una demanda. Porque ella no sabía para qué venía.” (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

A modo de conclusión, la comunicación dentro del equipo se encuentra atravesada por la hegemonía epistémica de la Medicina en salud, así como por las presunciones que tienen los/as médicos/as en torno a los roles que ocupan el resto de las profesiones. En este sentido, las interconsultas a otras especialidades consideradas “subsidiarias” de sus intervenciones son caracterizadas, generalmente, por una falta de comunicación. La misma no sólo influye a los/as usuarios/as, sino también a los/as profesionales que deben reconstruir la demanda por la cual se presenta la persona derivada, como en el caso que menciona la trabajadora social.

Además de la interconsulta, otra forma de intercambio entre disciplinas son los ateneos. Los mismos son reuniones en las que los integrantes del equipo de salud “desarrollan la presentación y discusión académica sobre uno o varios casos clínicos que ameriten, por su particularidad, una revisión en conjunto con los integrantes del servicio e integrantes de otras especialidades y disciplinas” (CONICET, 2023).

Aquí es pertinente retomar lo desarrollado en el segundo capítulo, en el cual se hace mención a que en los ateneos semanales dentro de la Sección de Oncología únicamente pueden hablar de la cuestión “médica”. Los mismos son integrados y presenciados únicamente por los/as médicos/as oncólogos/as, ya que según indica la médica paliativista *“hacen un corte tácito entre lo que es lo psicosocial del paciente con la patología que ellos van a tratar. Con lo cual, no entra el paliativista. Porque yo les pongo todo lo psicosocial delante”* (Eleonora, médica paliativista, 07/09/2022).

Sin embargo, los/as oncólogos/as sí tienen ateneos con otras especialidades médicas del Hospital asociadas a la patología que están tratando, fuera del espacio de la Sección de Oncología: *“En el servicio cada oncólogo hace ateneos o comités con diferentes especialidades... Por ejemplo, yo me dedico a la parte de dermatología, entonces los días martes hago comité o ateneo con dermatología”* (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022). Es por ello que la oncóloga participante considera que existe un abordaje interdisciplinario en el acompañamiento a personas que transitan o transitaron tratamientos oncológicos:

“La especialidad de oncología es muy así multidisciplinaria, interdisciplinaria, entonces se genera mucho esto, ¿no? Que nosotros nos necesitamos entre nosotros, entonces necesitamos al cirujano y el cirujano nos necesita a nosotros. Creo que oncología tiene esto de tener mucho contacto con los otros.” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022).

En la percepción de la médica oncóloga puede visualizarse un error epistémico, que consta de situar la multidisciplinaria y la interdisciplinaria como dos conceptos con el mismo significado. Stolkiner (1999) señala que en ya desde el nivel epistemológico la interdisciplinaria implica un cuestionamiento a la causalidad lineal, por lo que se ubica en oposición a la posibilidad de fragmentar los fenómenos abordados. Al mismo tiempo, la misma considera que los campos disciplinares son una construcción histórica, no una visualización de objetos reales en sí mismos. Por otra parte, la autora señala que *“la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplinaria”* (Stolkiner, 1999:2).

En este sentido, el abordaje interdisciplinario implica una construcción conceptual común del fenómeno, así como un conjunto de representaciones en común entre las disciplinas participantes. Por el contrario, en el discurso de la médica oncóloga la necesidad y el contacto con otras especialidades es visualizada desde el orden de lo biológico principalmente, y manteniendo claras fronteras entre las mismas. La jefa de enfermería, la administrativa y la médica oncóloga consideran que sí existe un abordaje interdisciplinario en los tratamientos y acompañamientos oncológicos. Al respecto, la jefa de enfermería señala sobre la interdisciplinaria que la misma:

“Es trabajar en conjunto. Entre distintas disciplinas, llegando a puntos en común. Por ejemplo, en forma interdisciplinaria nosotros llegamos a hacer los protocolos que estamos usando ahora.” (Tamara, Jefa de enfermería, 27/09/2022).

A propósito del protocolo mencionado por la jefa de enfermería (ver Anexo III), el mismo es un ejemplo de la multidisciplina asociada a la dimensión biológica de la salud. Cada disciplina cuenta con un espacio limitado y fragmentado de atención, en el cual deben firmar si la persona asistió al turno médico y/o a los tratamientos. El espacio de observaciones es mínimo y la interacción entre las disciplinas es cuasi-nula. Es decir, si bien existe un tratamiento en común, se evidencia la visión atomística y la simple yuxtaposición de disciplinas en la cual cada una se dedica a su especialidad sin un intercambio (Elichiry, 2009).

En conclusión, desde los esquemas de percepción de los/as entrevistados/as se han señalado las diferentes posturas en torno a la existencia de un abordaje interdisciplinario en los acompañamientos y tratamientos oncológicos. Sin embargo, al analizar las prácticas concretas y los discursos se ha identificado que la modalidad de relación que predomina en sus trabajos es la multidisciplina, aunque también pueden visualizarse características interdisciplinarias en la relación que mantienen los/as profesionales del equipo de cuidados paliativos, cuestión que será abordada a continuación.

3.2. El equipo de cuidados paliativos

En el presente apartado se caracteriza a los cuidados paliativos y particularmente al equipo que funciona en la Sección de Oncología del Hospital, trazando un recorrido sobre su historia y modificaciones hasta llegar al funcionamiento actual. En la actualidad el equipo de cuidados paliativos del Hospital se encuentra compuesto por una médica con especialización post-básica en cuidados paliativos y una trabajadora social con amplia experiencia y formación en el campo. Sin embargo, el mismo ha tenido cambios en su conformación a lo largo del tiempo. Es así que en un principio la médica trabajó en conjunto con otra trabajadora social, quien por cuestiones personales decidió optar por un área diferente de trabajo en el Servicio Social; y es allí cuando se incorpora la actual licenciada. Ambas realizaron su trabajo sin tener un nombramiento específico en la Sección de Oncología, mediante un arreglo consensuado con sus jefes/as.

Anteriormente, el equipo contaba con profesionales de Psicología. En relación a ello la trabajadora social recuperaba que *“hubo 3 psicólogos como parte del equipo en un trayecto de casi 10 años... y eso conformaba otra dinámica del equipo de lo que fue en los últimos años y en pandemia”* (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

De los/as tres psicólogos/as que formaron parte del equipo, actualmente ninguno/a continúa realizando sus tareas en Oncología. La primer psicóloga realizaba su trabajo ad honorem a la espera de que se abra un cargo específico en la sección, lo cual no sucedió. La segunda licenciada estaba empleada por la Defensoría de la Ciudad de Buenos Aires, y destinaba parte de sus horas de trabajo en el Hospital mediante un arreglo con sus empleadores; sin embargo, luego de la pandemia dejó de asistir al Hospital. Por último, el psicólogo con el que se ha mantenido una entrevista durante la presente investigación formó parte del equipo de cuidados paliativos desde su segundo año de residencia durante el año 2016 hasta el año 2020.

Estas reconfiguraciones del equipo generaron modificaciones en las dinámicas de trabajo. A su vez, tanto la trabajadora social como la médica paliativista identifican que la pandemia de Covid-19 influyó negativamente en el trabajo en equipo. A tal punto que la trabajadora social señala:

“Yo no siento que hay un equipo de cuidados paliativos. Sí lo hubo, eh... con Eleonora, con la psicóloga. Y después cuando la psicóloga no estaba como que nos manteníamos” (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

La percepción de la licenciada invita a la reflexión sobre qué elementos son necesarios para que exista un equipo de trabajo, ¿alcanza sólo con las voluntades que las reúnen a intervenir en el marco de los cuidados paliativos? Por otro lado, considerando que la interdisciplina es una construcción y no algo dado, las palabras de la trabajadora social permiten entender que la modificación en las modalidades de relación entre disciplinas varía según la posición de los actores en cada momento.

Tal como lo mencionan en sus discursos, previo a la pandemia realizaban reuniones semanales donde intercambiaban y evolucionaban intervenciones significativas de los seguimientos que realizaban en conjunto. En la actualidad *“algo se desorganizó”* y esa reunión la tienen *“más o menos”* (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022). Sin embargo, al indagar sobre las sensaciones de desorganización puede identificarse que las mismas no tienen su origen únicamente en la pandemia de Covid, sino que también guardan relación con aspectos vinculados a la manera de abordar los cuidados paliativos que posee el Hospital.

La forma en que son entendidos los cuidados paliativos (en adelante, CP) institucionalmente es acorde en gran parte al *“modelo conceptual del siglo XX”* de

conceptualización e intervención de los mismos descrito por Gómez-Batiste y otros (2015). Esto es así, en primera instancia, porque en el hospital el equipo de CP atiende únicamente personas con cáncer y en su mayoría con un pronóstico de vida limitado a días, semanas o menor a 6 meses. Esta cuestión es detallada por la médica, quien señala:

“Algunos ya, en los casos más graves [...] me los pasan... pudiendo habérmelos pasado antes con más tiempo, muy a último momento y entonces es complicadísimo tener que trabajar dolor físico, dolor emocional, preparar a la familia, preparar al paciente... es agotador... es agotador, en tan poco tiempo.” (Eleonora, médica paliativista, 07/09/2022).

A su vez, la trabajadora social también menciona las ventajas y la necesidad de intervenir de manera temprana con la unidad de atención, ya que de esta manera puede planificarse la organización del cuidado, especialmente hacia la etapa de fin de vida con todo lo que la misma conlleva. Cabe aclarar que el concepto de unidad de atención refiere en el ámbito de los cuidados paliativos al conjunto entre la persona usuaria que se encuentra transitando el P-S-E-A-C y su entorno significativo. Se entiende que los procesos de salud-enfermedad afectan la vida cotidiana tanto de la persona como de su núcleo cercano, y por ello se incluye a este último como parte de la unidad de atención.

Por otro lado y retomando los elementos de los cuidados paliativos del siglo XX, Gómez-Batiste y otros (2015) plantean que el modelo de atención e intervención se basa en una dicotomía curativa *versus* paliativa, mediante un modelo de organización de la atención de manera fragmentada. Esto puede identificarse en la práctica de los/as profesionales de la salud de la sección, específicamente en torno a cómo se configuran las interconsultas, ya que existe una fragmentación en la atención y los/as médicos/as oncólogos/as realizan la derivación a cuidados paliativos de aquellos/as usuarios/as que están *“complicados a corto plazo, que tienen riesgo de vida a corto plazo”* (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022). De esta manera se establecen límites y alcances de las intervenciones, sin entender la posible convivencia entre ambas estrategias de atención, es decir, curativa y la paliativa.

Sin embargo, sobre la derivación tardía, la oncóloga señala que es por la diferencia de recursos humanos que existe dentro de la Sección de Oncología, ya que hay una sola médica paliativista y nueve médicos/as oncólogos/as en la misma. De este modo, el volumen de pacientes tratados por médicos/as oncólogos/as de la sección excede a la capacidad de atención del equipo de cuidados paliativos.

Ahora bien, al adentrarse en la dinámica de trabajo establecida entre la médica y la trabajadora social pueden identificarse elementos acordes a la transición conceptual actual de los CP (Gómez-Batiste et. al, 2015). En primer lugar, resulta pertinente señalar que el rol de la persona que requiere atención paliativa es activo e incluye un proceso de toma de decisiones en conjunto con el equipo. Por otro lado, si bien se ha mencionado la existencia de derivaciones tardías, también existen casos en los que los/as médicos/as derivan usuarios/as de manera temprana, dado que desde equipo de CP no considera que los tratamientos oncológicos curativos contraindiquen su intervención, y promueven la atención temprana (dentro de sus posibilidades).

En tercer lugar, ellas realizan la atención de manera conjunta en el consultorio y a veces en los recorridos por las salas de internación, dado que también atienden usuarios/as que se encuentran internados/as en el Hospital. Esto es signo de una atención que pretende ser coordinada, integrada y compartida (Gomez-Batiste et. al, 2015). A su vez, en estas prácticas se identifican algunos de los pilares centrales de la interdisciplina mencionados por Elichiry (2009): el trabajo en equipo, la intencionalidad de relacionarse, la flexibilidad en los modelos de atención y la cooperación recurrente y reciprocidad. Sin embargo, la cantidad de personas que pueden atender es limitada, ya que la trabajadora social es parte del Servicio Social de todo el hospital y no dedica su tiempo únicamente a cuidados paliativos.

En este sentido, durante el próximo apartado se aborda el rol del trabajo social en los acompañamientos y tratamientos a personas transitando procesos oncológicos, y se profundizará sobre sus intervenciones tanto en el equipo de CP como por fuera del mismo.

3.3. El rol del trabajo social

En el presente apartado se aborda el rol del trabajo social dentro del equipo de salud que realiza el acompañamiento a personas que transitan o transitaron procesos oncológicos. Con ese objetivo, se tienen en cuenta tanto las intervenciones que se realizan desde el Servicio Social asociadas principalmente a la gestión de recursos, como dentro del equipo de cuidados paliativos. Por otra parte, se aborda la relación que establece el trabajo social con otras disciplinas en la práctica concreta, así como en cierta medida desde los esquemas de percepción de los/as otros/as integrantes del equipo.

La cuestión de la posición del trabajo social en los equipos de salud ha sido abordada por varios/as autores/as. De este modo, recuperando los aportes de Susana Cazzaniga (2001)

se comprende que al hablar de trabajo social, interdisciplina y equipos de salud nos situamos ante una problemática compleja, la cual la autora separa en tres grandes ejes: las profesiones, el trabajo en equipo y el campo de la salud.

En primer lugar la autora señala que el programa de la ciencia moderna, en el cual las ciencias naturales se han ubicado como el saber hegemónico, ha favorecido el parcelamiento de las profesiones y la constitución de campos disciplinares delimitados asociados a las mismas. Los campos son entendidos como un conjunto de saberes específicos sobre cada recorte de la realidad, con sus propias herramientas para el conocimiento y acción sobre la misma. Entonces, dentro de ese parcelamiento, el trabajo social ha sido asociado a una representación social que lo limita a una concepción como profesión técnica, destinada a resolver problemas prácticos como mero hacer, generando de esta manera una separación entre la acción y el conocimiento que desliga a la disciplina de los saberes teóricos (Cazzaniga, 2001). En este sentido, “ese lugar de técnicos coloca a los trabajadores sociales como auxiliares de otras profesiones” (Cazzaniga, 2001:3). Sobre esta cuestión resulta pertinente recuperar las palabras de la trabajadora social:

“Es muy difícil construir interdisciplina cuando hay una valorización de una profesión por sobre otra. Y eso... es así. Pero ¿por qué? Porque la enfermedad se piensa en su manifestación orgánica. Entonces sí, en su manifestación orgánica, obviamente el médico en su formación tiene más elemento que yo para pensarlo” (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

Pese a la representación social mencionada por Cazzaniga, en la práctica la disciplina interviene desde un amplio marco teórico, del cual se han recuperado en el primer capítulo las categorías de situación problemática y cuestión social para el análisis de la realidad. En este sentido, Mallardi (2021) señala que en los procesos de intervención las dimensiones teórica, ética y operativa se encuentran en una relación dialéctica permanente, por lo cual no aplica la supuesta separación entre teoría y práctica de nuestra profesión.

En cuanto la definición del proceso de intervención del trabajo social, desde la perspectiva de Oliva y Mallardi (2011) se comprende que la intervención del mismo es producida en la síntesis entre las incumbencias y las funciones profesionales; síntesis que a su vez adopta características particulares en la práctica cotidiana según:

Las tendencias que adquiere la política social e institucional... las relaciones de poder existentes entre los actores sociales... la viabilidad económica, política e institucional de la estrategia de intervención que se quiera llevar a cabo; el posicionamiento de la población usuaria en el proceso social en el cual se interviene; las condiciones laborales en las cuales se desarrolla la práctica profesional, entre otros. (Mallardi;2021:22).

Si bien la mención a los múltiples determinantes de la intervención es pertinente para comprender de manera integral a la misma, muchos han sido abordados en los capítulos y apartados anteriores, tales como las condiciones laborales y las relaciones entre los actores involucrados. Es por ello que a continuación se profundiza sobre los conceptos de incumbencias y funciones profesionales, para articular con la práctica cotidiana en el Hospital.

En primer lugar, las incumbencias profesionales se encuentran detalladas en la Ley Federal de Trabajo Social (Ley N°27.072, 2014) en la cual se establecen en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, la habilitación para determinadas actividades profesionales. La trabajadora social del Hospital realiza su trabajo en el marco de la intervención en un contexto institucional y como agente de salud. Según las actividades tipificadas en la ley, realiza la confección de informes sociales mediante el documento denominado Historia Social, utilizado para la solicitud de medicación oncológica. Por otro lado, genera estrategias de intervención a partir de las entrevistas y diagnósticos realizados, así como la evaluación de las intervenciones.

Sin embargo, en la realización de estas actividades pueden identificarse las tres funciones del trabajo social, que profundizan y amplían lo plasmado en la ley: las funciones de gestión, asistencia y educación (Oliva, 2011). Cabe aclarar que la separación entre las mismas es analítica y en la práctica pueden ser identificadas en conjunto, según la situación particular de intervención.

La representación como disciplina que resuelve problemas prácticos está asociada en parte a la función de gestión. En cuanto a la definición de las actividades de gestión, las mismas refieren a “todas las acciones que procuran obtener y/o articular recursos, sea al interior del propio lugar de trabajo o con otras organizaciones o reparticiones” (Mallardi, 2021:21). En relación a la gestión, una de las tareas institucionalizadas asignadas al servicio

social en el Hospital es la elaboración de un informe social para realizar la solicitud de medicación oncológica al Estado:

“En el proceso de atención oncológica, lo que está previsto por el sistema de salud, es facilitar el acceso a la medicación a través de un informe que no tiene ningún sentido [...], lo que está pensado es que el trabajo social intervenga para certificar la incapacidad de la persona para pagar. Aunque no debería ser así porque la incorporación de la persona al sistema de salud público se da a partir de no tener obra social, en cuanto a su capacidad de poder recibir la medicación.” (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

Sin embargo, desde la observación participante en la práctica de intervención profesional se han identificado las funciones de asistencia y educación sumadas a la función de gestión prevista por el sistema de salud que señala la licenciada. La función de asistencia refiere al contacto directo con la población en la atención de las demandas (Oliva 2011:134), e implica el abordaje desde un marco teórico de las diversas situaciones problemáticas. En cuanto a la función de educación, la misma hace referencia a “promover en el sujeto entrevistado una actitud crítica frente a su realidad, cuestionándola y repensando sus condiciones materiales de existencia en sí mismas y cómo se relacionan con la totalidad en la cual se inscriben.” (Mallardi, 2011:64).

En torno a las actividades de educación, tanto dentro del equipo de cuidados paliativos como en el rol ocupado en el servicio social, se identifica que la trabajadora social en su práctica profesional busca incidir en el modo de vivir y pensar las situaciones problemáticas que afectan en el cotidiano de la población usuaria. Como ejemplo de las mismas, se pueden señalar las charlas que se brindan los Jueves a la mañana desde el Servicio Social para que los/as usuarios/as tengan conocimiento de muchos de sus derechos, como lo es el Certificado Único de Discapacidad, así como también la forma en la que interviene cotidianamente: explicar a las personas su visión profesional sobre la situación, fomentar estrategias de lectura, hacerles conocer sus derechos, colectivizar las demandas desde la mirada de la complejidad de las manifestaciones de la cuestión social, entre otras.

En relación al rol profesional del trabajo social dentro de los cuidados paliativos, la licenciada señala que su tarea es:

“Acompañar todo el proceso de atención desde que la persona llega a cuidados paliativos hasta el momento de su muerte y después, depende de las circunstancias. Sobre todo con el eje vinculado a la comunicación y el cuidado, remover obstáculos en relación a las dificultades en la comunicación y promover vínculos que permitan la posibilidad de cada uno ser protagonista de ese proceso en el que está. Tanto en el... del que padece la enfermedad como quien acompaña esa situación.” (Guadalupe, trabajadora social, 27/12/2022).

Su rol desde los cuidados paliativos se centra principalmente en los ejes del cuidado continuo y la comunicación, abordando las situaciones problemáticas ligadas a las distintas dimensiones sociales en las que afecta el cáncer en la vida cotidiana de las personas y en la complejización de sus cuidados. Es en este sentido que desde el trabajo social se cuenta “con herramientas profesionales para evaluar el conjunto de medidas orientadas a mejorar la calidad de vida en estas personas y su entorno afectivo” (Moreno Milicich, 2022:41).

Sobre la comunicación dentro de la unidad de atención, Moreno Milicich (2022) señala que promover la misma es un pilar fundamental en el acompañamiento integral desde la atención paliativa, ya que permite elaborar el padecimiento subjetivo de las personas, en miras de generar un acompañamiento que posibilite a su vez “el acceso a información y comunicación asertiva, que brinda a la persona y a su entorno, el reaseguro de que serán escuchados y alojados integralmente” (Moreno Milicich, 2022:41). Garantizar el derecho al acceso de información es un eje fundamental en la intervención del trabajo social desde los cuidados paliativos, en estrecha relación con las funciones de educación de la disciplina.

En cuanto a la relación que tienen el resto de las disciplinas con el trabajo social, tanto el psicólogo como la médica paliativista reconocen un abordaje en conjunto en la atención a personas con necesidades paliativas:

“En general con trabajo social trabajabamos mucho más articulado (...) el abordaje más familiar lo hacía o la trabajadora social; o la trabajadora social y yo. Intentábamos que no sean compartimentos tan estancos como ‘bueno, yo trabajo con el paciente individual, vos trabajá con la familia’.” (Pablo, psicólogo, 20/10/2022).

En este sentido, se identifica en el discurso del psicólogo el reconocimiento del trabajo social en sus funciones de asistencia. Sin embargo, la función de gestión continúa siendo la más reconocida desde el discurso de los/as otros/as integrantes del equipo. Esta

percepción se encuentra asociada a la relación que mantienen en la práctica cotidiana con el servicio social, muchas veces atravesada por actividades de gestión. En el caso de la administrativa, ella es la persona encargada de realizar las gestiones para la solicitud de medicación por lo que su relación con trabajo social se encuentra vinculada a las mismas.. Por último, la médica oncóloga señaló que el Servicio Social se sitúa como un nexo con otros servicios, como salud mental:

“Servicio Social también hace como un poco de puente entre las especialidades... Entonces consiguen un turno de salud mental en algún paciente en particular que evalúan en forma conjunta” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022).

Esta apreciación de la disciplina como *“puente”* entre especialidades también ha sido identificada por Oya y Ramos (2021), quienes señalan que *“dentro del equipo interdisciplinario, el trabajo social en reiteradas oportunidades aparece como puente entre las diversas profesiones, abriendo espacios de encuentro y diálogo para que sea posible el abordaje fehaciente en conjunto”* (2021:39). Sobre los registros de campo en torno al caso analizado, el trabajo social ocupa una posición de puente no sólo entre las diversas profesiones, sino también en el marco de entender a las personas como sujetos de derechos, bregando justamente por el derecho a la salud en una institución en donde lo hegemónico es la fragmentación de la misma y de su atención.

El presente capítulo final de la investigación abordó la relación entre las diversas disciplinas integrantes del equipo de salud que acompaña y atiende personas transitando P-S-E-A-C relativos al cáncer. Durante el mismo, se describieron los esquemas de percepción de los/as entrevistados/as en relación a la interdisciplina. Como conclusión, se identificó la existencia en la práctica de un abordaje multidisciplinario de la salud en el Hospital.

Sin embargo, se profundizó sobre el funcionamiento del equipo de cuidados paliativos debido a que el mismo presenta características interdisciplinarias de trabajo en equipo entre la trabajadora social y la médica que lo integran. Por último, se abordó el rol que ocupa el trabajo social en los tratamientos y acompañamientos oncológicos, tanto en el marco del Servicio Social como en el equipo de CP. Si bien existe una representación social que asigna a los/as trabajadores/as sociales un rol de técnicos/as (Cazzaniga, 2001), a lo largo del capítulo se caracterizó la intervención de la trabajadora social en el marco de las funciones de gestión, asistencia y educación. En este sentido, se concluye que la licenciada interviene

desde un abordaje integral de la salud, en defensa de los derechos de los/as usuarios/as y desde un marco teórico consistente, tanto en el Servicio Social como desde los CP.

Conclusiones

Durante el presente Trabajo Final de Investigación (TIF) se abordó la configuración de las relaciones entre disciplinas al interior del equipo de salud que interviene en el acompañamiento y la atención a personas que transitan o transitaron procesos oncológicos en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2022. Para realizar esta tarea, se tuvo en cuenta la manera en que operan las condiciones materiales y simbólicas de trabajo en dicho Hospital.

En ese marco, la investigación tuvo como objetivo general describir y analizar las modalidades de intervención entre las disciplinas del equipo de salud, incorporando tanto la dimensión de sus esquemas de percepción como la de sus prácticas sociales concretas, enmarcadas en las condiciones materiales y simbólicas mencionadas.

En este sentido, los objetivos específicos se centraron en describir y analizar los esquemas de percepción de los/as integrantes del equipo en torno a la relación entre disciplinas y, por otro lado, a las condiciones de trabajo en el Hospital; describir sus prácticas concretas de intervención; y, por último, caracterizar las normativas, reglamentaciones y procedimientos que regulan organizacionalmente la atención, distinguiendo cómo las mismas son apropiadas o desafiadas por los/as integrantes del equipo. Incorporar la percepción de los/as propios/as integrantes del equipo resultó en un aspecto novedoso, ya que el conocimiento sobre la temática desde este tipo de abordaje aún se encuentra en temprana expansión.

En cuanto a los aspectos metodológicos, se considera que el abordaje de estudio de caso y mediante la triangulación de técnicas de recolección permitió adoptar una mirada integral acorde a los planteamientos de la investigación. A su vez, posibilitó el abordaje del fenómeno desde su complejidad teniendo en cuenta la percepción de los/as actores involucrados/as, sus prácticas concretas de intervención y el marco organizacional e institucional en el que son llevadas a cabo. Sin embargo, la implementación y el desarrollo de la investigación no se han dado exentos de limitaciones metodológicas.

En este aspecto, es necesario subrayar la posibilidad de un sesgo en el muestreo de la investigación atribuido al vínculo existente entre la informante clave y los/as entrevistados/as. Ya que este vínculo supone la existencia de cierta afinidad e inclinación hacia una determinada manera de entender la práctica profesional desde sus esquemas de percepción.

En cuanto a las implicancias teóricas y metodológicas, se considera que una limitación de la presente investigación es no haber adoptado un enfoque de género transversal a la misma. Se ha hecho mención a que la mayor parte de las/os entrevistadas/os son mujeres, así como lo son la mayor parte de las trabajadoras en los servicios analizados. Por lo tanto, durante las entrevistas podría haberse incluido un eje en torno al género que permita visualizar cómo se traducen las desigualdades de género en el Hospital y cuál es su influencia en la relación entre disciplinas.

En relación al abordaje teórico del trabajo final de investigación, enmarcado en el estructuralismo constructivista de Bourdieu (1995, 2000, 2005), se partió de la consideración del campo de la salud como un espacio de lucha de intereses entre distintos actores sociales en conflicto (Spinelli, 2012). En consecuencia, se describieron los principales modelos que entran en disputa en su interior, en torno a la comprensión del concepto de salud y la forma de atender la misma: el modelo biomédico hegemónico y el modelo bio-psico-social.

Por otro lado, se tomaron los aportes de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana en torno a la comprensión de la salud no sólo como mera ausencia de enfermedad, sino como un proceso dialéctico, situado y determinado socio-históricamente. Adoptando una visión crítica del modelo médico hegemónico, estas corrientes permiten pensar en clave de determinantes sociales de la salud, entendiendo que las distintas dimensiones de dominación y opresión de los/as usuarios/as generan diversas trayectorias de enfermar, curar, morir y padecer.

Desde la contextualización más estructural del fenómeno, se realizó una breve caracterización del campo de salud argentino, en torno a su división en tres subsectores y niveles de atención. Allí, se ubicó al Hospital General de Agudos que ha sido sede de la investigación, perteneciente al subsector público de salud en el segundo nivel de atención de la C.A.B.A. Su pertenencia a ese nivel de atención, en el marco de la fragmentación y desarticulación del sistema de salud argentino, genera una atención episódica y aguda (Moreno Milicich, 2022), en lugar de garantizar los cuidados progresivos desde la integralidad de la salud.

En torno al abordaje particular del Hospital y sus condiciones materiales y simbólicas, se ha analizado la influencia de las condiciones laborales en la relación que mantienen las diversas disciplinas del equipo. En correspondencia con los datos obtenidos en la investigación de Bordes y otros (2021), la atención de la urgencia constante, la falta de

recursos humanos y materiales, y la sobrecarga laboral han sido emergentes en los discursos y prácticas de los/as entrevistados/as. A su vez, se ha identificado una concepción institucional del trabajo asociada a la organización científica del trabajo, en la cual se considera a los/as trabajadores/as como meros factores de producción (en este caso abocados al servicio de atención a la salud), predominando la dimensión prescripta del trabajo y su consecuente racionalización del tiempo. En consecuencia, la intervención de los/as profesionales encuentra aquí un límite en la relación entre disciplinas: el tiempo debe ser asignado a la tarea prescripta, y el intercambio con otros/as profesionales se sitúa por fuera de la misma.

Es en este aspecto que los determinantes sociales de la salud no sólo se vinculan con la población usuaria, sino también con los/as profesionales integrantes del equipo. Esto es así ya que los mismos se encuentran trabajando en determinadas condiciones materiales y simbólicas que afectan su propia salud. Al mismo tiempo, se enfrentan muchas veces a la necesidad de recurrir al pluriempleo para garantizar su reproducción social.

Por otra parte, el cuidado y la contención de los integrantes del equipo no encuentran espacio ni tiempo para ser abordados. La mayor parte de los/as entrevistados/as ha hecho mención a “tristezas” y “angustias” que les genera el trabajo, sin embargo poder abordar las mismas dentro de la organización y en espacios colectivos depende de su voluntad, y con la consecuencia que eso significa en relación a cumplir con las tareas prescriptas en los tiempos determinados. Esta cuestión adquiere primordial importancia al analizar el trabajo de los médicos/as, ya que se identificó como un axioma que guía su comportamiento la separación estricta entre las esferas del trabajo y lo afectivo/emocional.

En torno a este último punto, otro de los aspectos novedosos del presente trabajo de investigación, en el marco de la metodología de estudio de caso, fue describir la cultura organizacional del Hospital y sus niveles. A partir del análisis, se identificó la existencia de una cultura dominante asociada al modelo biomédico hegemónico y una subcultura asociada a la concepción integral de la salud, que pone en disputa los valores y presunciones dominantes.

De esta manera, se identificaron las desigualdades entre las disciplinas tanto desde los aspectos materiales como desde los simbólicos, derivadas de de la institución del modelo médico hegemónico y de la injusticia epistémica (Radi y Pérez, 2019). En torno a la dimensión material, se describió la distribución espacial de los servicios y consultorios, así como la posibilidad de acceso a determinados materiales de trabajo, entre ellos la historia clínica electrónica y las computadoras. En tal sentido, se observó que quienes tienen el acceso

prioritario a un consultorio propio, al sistema de historia clínica electrónica y a mejores condiciones laborales son los/as médicos/as. A su vez, esta materialización del modelo médico hegemónico se traduce en un condicionante de la relación entre disciplinas, dadas las distancias físicas y el acceso desigual a los canales de información y comunicación.

En cuanto a la dimensión simbólica de la cultura organizacional, se han identificado los valores y presunciones dominantes que guían el comportamiento de los/as profesionales de la salud, así como la disputa contra-hegemónica de los mismos por parte de la subcultura. Allí, se situó como central el valor de la voluntad y la presunción básica que establece que las maneras de intervenir de los/as profesionales dependen en gran medida de la misma. Acorde a las conclusiones obtenidas por Bordes y otros (2021), así como a los aportes de Luxardo y Manzelli (2015), en el Hospital la voluntad de los/as trabajadores/as es un eje fundamental en el sostenimiento de las tareas cotidianas. Como ejemplo, se ha analizado la construcción del equipo de cuidados paliativos del Hospital, sostenido por voluntad personal de sus integrantes.

Por otra parte, estrechamente asociado a las condiciones laborales, se ha identificado el sentimiento de frustración por parte de los/as integrantes del equipo, derivado de la presunción del sistema de salud como inmodificable, y de la falta de recursos. Al mismo tiempo, se observó como un valor común en los/as entrevistados/as la comprensión de la salud como un derecho, pese a que surgió el interrogante sobre qué se entiende por acceso a la salud; ¿sólo el acceso a un turno lo garantiza?, ¿aplica de la misma manera para todos/as los/as ciudadanos/as? Estas preguntas pueden ser un puntapié inicial para futuras investigaciones.

En última instancia, se analizaron las relaciones entre las diversas disciplinas en base a los discursos y las prácticas de los/as profesionales, a partir de la comprensión teórica de los conceptos de interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina (Elichiry, 2009 y Stolkiner, 1999; 2005; 2012). Así, se arribó a la conclusión de que no se identifica una concepción unívoca sobre qué es el trabajo interdisciplinario, ni tampoco una única percepción sobre la existencia del mismo en la atención a personas que transitan procesos oncológicos. De esta manera, los datos coinciden con los aportes de Luxardo y Manzelli (2015), quienes señalan que desde las narrativas de los/as profesionales de la salud no hay una única concepción sobre qué es la interdisciplina.

Asociado a los valores y presunciones de la cultura organizacional, se describió que

los/as entrevistados/as presentan dos posturas diferentes en torno a la interdisciplina. Por un lado, los/as integrantes del equipo de cuidados paliativos comprenden a la interdisciplina como un abordaje integral mediante un trabajo articulado, desde una mirada común. En esta línea fundamentan que desde su percepción, el abordaje de los tratamientos y acompañamientos oncológicos en el Hospital no es interdisciplinario. Por el otro, es que contrariamente, la médica oncóloga, la jefa de enfermería y la administrativa afirman que sí existe un abordaje interdisciplinario. Ellas comprenden interdisciplina como el “trabajo en equipo”, pero definiéndola a su vez en términos de necesidad individualizada, de pasos aislados en un circuito de atención fragmentada. Ejemplo de ello, es el protocolo mencionado por la enfermera.

A partir del análisis y en articulación con la teoría se ha identificado que en la práctica concreta predomina un abordaje multidisciplinario en la atención oncológica, a partir de cómo son estructurados y llevados a cabo organizacionalmente los procedimientos de interconsulta, las reuniones de trabajo y los procedimientos de solicitud de medicación. Sin embargo, se describió que el equipo de cuidados paliativos presenta características propias del abordaje interdisciplinario, ya que sus integrantes promueven una atención integrada e integral, con la intencionalidad de trabajar en equipo y desde una mirada común, es decir, entendiendo la salud desde los aspectos bio-psico-sociales

A propósito de los cuidados paliativos, se observó que no hay una política organizacional dirigida a la existencia de un equipo especializado en la temática. De este modo, los mismos son situados en el Hospital desde un modelo conceptual acorde al siglo XX, asociado únicamente a la atención de personas con cáncer, en la etapa final de vida y mediante una noción de oposición entre la atención paliativa y curativa. Este punto genera una tensión en la relación entre las disciplinas del equipo, ya que las derivaciones tardías implican una dificultad más en la atención paliativa, sumada a la falta de recursos humanos del equipo, la fragmentación con los tratamientos curativos, las condiciones materiales y simbólicas y la atención episódica que se genera en este nivel de atención. Sin embargo, el equipo de cuidados paliativos interviene en relación al modelo de transición conceptual actual de los CP, desde una mirada integral, en conjunto con los/as usuarios/as.

En torno al rol que ocupa el trabajo social, se abordó la intervención profesional desde las funciones de gestión, asistencia y educación (Oliva, 2011). En este marco, se sostuvo que existe una representación social que liga a la disciplina primordialmente con las tareas de

gestión, acorde a los desarrollos de Cazzaniga (2001). Sin embargo, la trabajadora social despliega estas tres funciones en clave de comprender a las personas como sujetos de derechos y bregando por el acceso a los mismos, mediante intervenciones fundadas teóricamente en la integralidad de la salud y el necesario abordaje de la misma desde la interdisciplina.

A modo de conclusión, la investigación contribuye a profundizar el conocimiento sobre la temática de los equipos de salud, y abre el camino para nuevos interrogantes en futuras investigaciones. En este sentido, indagar en torno a las formaciones específicas de cada disciplina y su impacto en el trabajo en equipo, profundizar en la cultura organizacional y las condiciones laborales de los espacios en los que los/as profesionales de la salud realizan su trabajo y analizar en mayor profundidad los procedimientos/protocolos establecidos como la solicitud de medicación, son algunas líneas de investigación que se pueden continuar indagando.

Tal como se sostuvo durante el presente Trabajo de Investigación Final, el trabajo social aporta una mirada compleja e integral de la realidad. En el ámbito de la salud, esto implica que tenemos herramientas para intervenir en defensa de los derechos de los/as usuarios/as, con el objetivo de garantizar su acceso al derecho a la salud y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, las condiciones materiales y simbólicas de nuestros espacios de trabajo, como se ha analizado, limitan en gran medida esas posibilidades de intervención.

Comprendiendo que nos desenvolvemos profesionalmente en campos de disputa, resulta primordial fomentar tanto espacios de investigación, como espacios de reflexión sobre la práctica profesional. En este sentido, la presente investigación pretende ser un aporte en la tarea de reivindicar el rol del trabajo social, en su capacidad tanto investigativa como de intervención.

Bibliografía

- Abrajan Castro, M. G.; Contreras Padilla, J. M.; Montoya Ramírez, S. “Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa”. Enseñanza e Investigación en *Psicología*, vol. 14, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 105-118 Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México
- Abriata, M. G. *Atlas de mortalidad por cáncer : Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011-2015* / María Graciela Abriata; Guillermo Macía; María Agustina Chaplin. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer, 2017.
- Acevedo, G.; Farias, A.; Sánchez, J.; Astegiano, C y Fernández, A. “Condiciones de Trabajo del Equipo de Salud en Centros de Atención Primaria desde la perspectiva del trabajo decente en *Rev Argent Salud Pública*, 2012; 3(12):15-22.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. *El sistema de salud en Argentina*. Universidad de San Andrés-CEDI, Documento 60. Buenos Aires, 2002.
- Ariztía, T. “La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites”. En: *Cinta moebio no.59 Santiago set. 2017*
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. “¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?”. En *ARS MEDICA N°11: pág. 61-85. 2005*
- Berti, E. *Una presencia ideal*. Cia Naviera Ilimitada editores, Argentina. 2017
- Beytía, P. “Una Lectura Bourdieuana Acerca de Bourdieu: La posición epistemológica del constructivismo estructuralista”. 2012. En: *PERSONA Y SOCIEDAD* / Universidad Alberto Hurtado | Vol. XXVI / N° 3 / 2012 / 11-32
- Bonazzola, P. F. “*Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio*”. 2010 En: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Diciembre de 2022. [Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>]
- Bonnewitz, P. *Primeras lecciones sobre sociología de Pierre Bourdieu. La sociología de Pierre Bourdieu - 1º ed* -Buenos Aires: Nueva Visión, 2003.
- Bordes, M.; Sasseti, F.; Alva, L. y Billordo, J. La organización del trabajo sanitario

como dimensión de la inequidad en salud: un análisis desde la perspectiva de los profesionales de la salud. En: Luxardo, N y Sasseti, F. (Eds.), *In Situ: el cáncer como injusticia social* (pp.653-675). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Biblos, 2021.

- Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2005.
- Bourdieu, P. “Sobre el poder simbólico”, en *Intelectuales, política y poder*, traducción de Alicia Gutiérrez, Buenos Aires, UBA/ Eudeba, 2000. pp. 65-73.
 - *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, Anagrama, 1997.
- Castel, R. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1997.
- Cavalleri, M. S. “Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas”. En: *Compartiendo Notas. El trabajo social en la contemporaneidad*. Lanús, Ediciones de la UNLa. 2008.
- Cazzaniga, S. “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. En: *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, ISSN-e 0327-7585, N°. 27, 2002.
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Global Cancer Observatory: Cancer Today. 2022 [Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>]
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) .Centro de Investigaciones Endocrinológicas “Dr. César Bergadá”. *¿Qué es un ateneo clínico?*. [Disponible en: <https://cedie.conicet.gov.ar/ateneos-clinicos/> Fecha de Consulta: 23/04/2023]
- Costa, X. “Necesidades multidimensionales de los enfermos y las familias”. Cap.8. En: *Manual de Atención Integral de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas*. Editorial Elsevier, España, 2015.
- De Assis-Brito, M., Teixeira-Carneiro, C., Rocha-Bezerra, M., Cardoso-Rocha, R., & Santiago-da Rocha, S. “Estrategias de comunicación efectiva entre profesionales de la

salud en neonatología”. *Enfermería Global*, 21(67), 548-591. Epub 19 de septiembre de 2022. [Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.502051>]

- De Moura Pontes, A. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. En: *Trabalho, Educação e Saúde [en línea]*. 2012, 10(2), 335-345 [fecha de Consulta 16 de Junio de 2022. ISSN: 1678-1007. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756997009>]
- De Souza Mianyo, M. C. “El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud”. Buenos Aires, Editorial Lugar, 2015.
- Díez Gutiérrez, J. *Evaluación de la cultura en la organización de instituciones de educación social* (Tesis doctoral). Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid. 1996
- Donato, N. A. *Derecho a la Salud*. Argentina, 2017. [Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/135>]
- East, L. y López Mourelo. “COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina”. Informe Técnico. OIT; UNFPA; ONU Mujeres. 2020.
- Elichiry, N. “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias.” en *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional*. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9). 2009
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. “Global Cancer Observatory: Cancer Today”. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 [Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>].
- Fernández Fernández, J. M. “Capital simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociología de Pierre Bourdieu” en *Revista de Sociología ISSN 2013-9004 Papers 2013*, 98/1 33-60.
- Fernández S.; Bengochea, L.; Durand, A. e I Wu, Hong. Capítulo 2: La perspectiva de decisores e integrantes de los equipos de salud sobre la prevención y atención del cáncer. En: Luxardo, N. y Bengochea, L. (Eds.). *Cáncer y Sociedad. Miradas, enfoques y recortes múltiples*. Buenos Aires, Editorial Biblos, 2015.

- García Naharro, F. “Cultura, subcultura, contracultura “Movida” y cambio social (1975-1985)” en *Navajas Zubeldia, Carlos e Iturriaga Barco, Diego (eds.): Coetánea. Actas del III Congreso Internacional de Historia de Nuestro Tiempo. Logroño: Universidad de La Rioja, 2012, pp. 301-310.*
- Ghiselli, S. y Castrogiovani, N. “*Trabajo Social y situaciones problemáticas: categoría esencial para los debates sobre intervención profesional*”. Buenos Aires, Edunpaz, 2020.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. “Distribución porcentual de las muertes por grupos de causas seleccionadas según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Años 2014/2020”. 2020. [Fecha de consulta 16 de Junio de 2022. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=78736>]
- *Historia Clínica Electrónica en todos los Centros de Salud.* 2019. [Fecha de Consulta: 24 de Marzo de 2023. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/compromisos/historia-clinica-electronica-en-todos-los-centros-de-salud#:~:text=La%20Historia%20C1%C3%ADnica%20Electr%C3%B3nica%20es,familia%20y%20su%20historial%20m%C3%A9dico>]
- Gómez – Batiste, X; Blay, C; de Nadal, M; Roca, J. “Transiciones Conceptuales en la Atención Paliativa del Siglo XXI”. Cap.3. En: *Manual de Atención Integral de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas.* Editorial Elsevier, España, 2015.
- González Gartland, G. *Comunicación en salud : conceptos y herramientas* /- 1a ed . - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2019. 82 p. (Política, políticas y sociedad. Cuadernos de trabajo ; 2)
- Grassi, E. La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social. Revista *Debate público.* Reflexión de Trabajo Social – Aportes a lo público desde la investigación. Buenos Aires, Carrera de Trabajo Social UBA. Pp. 127-139. 2011.
- Hernández Sampieri, R. Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill, 2006.

- Instituto Nacional del Cáncer. *Estadísticas-Mortalidad*. 2021 [Fecha de consulta: 16 de Junio de 2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>].
 - *Estadísticas-Incidencia*. 2021 [Fecha de consulta: 16 de Junio de 2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>].
- Instituto Nacional del Cáncer; Ministerio de Salud. *Atlas de Mortalidad por Cáncer, Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011-2015*. 2017 [Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001018cnt-2017-10-31-atlas-atlas-caba-digital.pdf>].
- Kremer, P. “¿Cáncer de ricos y cáncer de pobres? La distribución del cáncer en las regiones argentinas”. En: *Documento de Política Pública N 33*, CIPPEC, Argentina, 2007.
- Ley N° 153/99. “Ley básica de acceso a la salud”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 1999.
- Ley N° 1.777/05. “Ley Orgánica de Comunas”. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005.
- Ley 26.529. “Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud”. Congreso de la Nación Argentina, 2009.
- Ley N° 27.072. “Ley Federal de Trabajo Social”. Congreso de la Nación Argentina, 2014.
- Ley N° 27.678/2022. “Cuidados Paliativos”. Congreso de la Nación Argentina, 2022-07-21.
- Luxardo, N.; Alonso, J. P. y Esquivel, J. C. “La secularización de la asistencia al moribundo: del cuidado cristiano en hospices a la expertise técnica de la medicina paliativa”. En: *Sociedad y Religión N°40, Vol XXIII, pp. 114-142*. 2013.
- Luxardo, N. y Bengochea, L. (Eds.). *Cáncer y Sociedad. Miradas, enfoques y recortes múltiples*. Buenos Aires, Editorial Biblos, 2015.

- Luxardo, N. y Manzelli, H. Capítulo 8: Narrativas clínicas. La atención del cáncer desde la perspectiva de efectores y pacientes. En: Luxardo, N. y Bengochea, L. (Eds.). *Cáncer y Sociedad. Miradas, enfoques y recortes múltiples*. Buenos Aires, Editorial Biblos, 2015.
- Luxardo, N. y Sasseti, F. (Eds.). *In situ: el cáncer como injusticia social*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Biblos, 2021.
- Maceira, D. "Argentina: Claves para coordinar un sistema de salud segmentado". En: *Documento de Políticas Públicas N°92*, CIPPEC. Argentina, Febrero de 2011.
- Mallardi, M. "Procesos de intervención en Trabajo Social: Elementos para comprender sus particularidades y múltiples determinaciones". En: SEMINARIO ONLINE DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL: La co-visión como un espacio de cuidado de la vida profesional. Una propuesta de análisis colectivo de los procesos de intervención profesional. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. 2021
- Martínez Carazo, P. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica *Pensamiento & Gestión*, núm. 20, julio, 2006.
- Mendizábal, N. "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa" en Vasilachis de Gialdino (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Editorial, Buenos Aires, 2006.
- Menéndez E. L. "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", en *Cuadernos Médicos Sociales N° 33: 3-34, Rosario*. 1985
 - *Morir de Alcohol: Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1990.
 - "Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica" En: *Gazeta de Antropología*, 2012, 28 (3), artículo 03 [Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/22988>].
- Michalewicz, A; Pierri, C. y Ardila-Gomez, S. "Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su

conceptualización”. En: *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 2014.

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “*Resolución 482/2002: Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales*”. En el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, 2002.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud e Instituto Nacional del Cáncer. *Plan Nacional de Control del Cáncer*. Argentina, 2018.
- Moreno Milicich, Y. “Trabajo social y cuidados paliativos: proceso de vida y muerte” En: *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social-Año 12-Nro. 24-* 2022.
- Neffa, J. C. “Las condiciones y medio ambiente del trabajo. Presentación de la visión dominante y de una concepción alternativa”. En: *CyMAT N° 1*, PIETTE, CONICET. 1995.
- Oliva, A. y Mallardi, M. (comps). *Aportes táctico operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Buenos Aires, Consejo editor UNCPBA, 2011.
- Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos de largo plazo: Pruebas para la acción*. 2004
 - *Cuidados paliativos*. 2020 [Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>]
 - *Cáncer*. 2022 [Fecha de consulta: 16 de Junio de 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1].
- Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Diciembre de 1948
 - *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Diciembre de 1966.

- Oya, S. y Ramos, D. *Cuidados Paliativos e Interdisciplina: “Poder decir adiós es crecer”*. Trabajo de Investigación Final, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Trabajo Social, 2021.
- Parra, G. *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del trabajo social Argentino*. UNDL y Espacio Editorial, Argentina (Cap. I), 2001.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD. *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. 1ª ed. Buenos Aires, 2018.
- Radi, B. y Pérez, M. “Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social” [117-130] En: *Revista del departamento de Filosofía. filosofía.filo.uba.ar*, 2019.
- Real Academia Española. “*Taylorismo*”. Diccionario de la lengua española (23ª ed.). 2014
- Rojas Soriano, R. *Guía para realizar investigaciones sociales*. UNAM, México, 1982.
- Rovere, M. “El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades”. En *Revista Debate Público. Reflexiones de Trabajo Social. Año 6 - Nro. 12. 30 de Noviembre de 2016*.
- Sautu, R.; Boniolo, P.; Dalle, P. y Elbert, R. *Manual de metodología : construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* 1a ed. 1a reimp - Buenos Aires :Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales ·CLACSO, 2005.
- Sautu, R. *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires : Lumiere, 2005.
- Schein, E. *La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica*. Barcelona: Plaza & Janes, 1988.
- Schlemenson, A. *Análisis organizacional y empresa unipersonal*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998

- Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook. *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Ediciones Rialp S.A. Madrid, 1980.
- Soldano, D. y Andrenacci, L. Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino. En Andrenacci, L. (comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: UNGS-Editorial Prometeo, 2006.
- Spinelli, H. “Las dimensiones del campo de la salud en la Argentina”. En: *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6 (3):p.275-293. Septiembre-Diciembre 2010.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. En: *Polemos, Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*; 23; 101; 1-2012; 57-67.
- Stolkiner, A. “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. En: *Revista El Campo Psi*, Buenos Aires, Argentina, Abril 1999.
 - *Interdisciplina y Salud Mental*. En: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre de 2005 · Posadas, Misiones, Argentina.
- Terenzi Seixas, C.; Merhy, E.; Staeve Baduy, R. y Slomp Junior, H. “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil” En: *Salud Colectiva*, vol. 12, núm. 1, 2016, pp. 113-123. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.
- Tobar, F.; Olaviaga, S. y Solano, R. “Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino”. En *Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento*, 2012.
- Travnik, C. y Vitale, N. *Cultura y subcultura en las organizaciones*. 2020
- Valentín, V.; Murillo, M.; María; Valentín, M. y Dolores Royo, D. “Cuidados continuos: una necesidad del paciente oncológico”. En: *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 155-164. Madrid.

- Velasco Yáñez, D. “Reflexividad y reunificación de las ciencias sociales. La herencia intelectual de Pierre Bourdieu”. En: *Revista METAPOLÍTICA*, Vol. 8, enero/febrero 2004, Número 33, páginas 37 a 48 .

Anexo I

Guía de entrevista

Eje de datos personales y trabajo

- 1) ¿Cuál es tu profesión y tu especialidad?
- 2) ¿Dónde estudiaste?
- 3) ¿Hace cuánto trabajás en el Hospital?
- 4) ¿Tenés otros trabajos además del actual?
- 5) ¿Cuánto tiempo trabajás en el hospital?
- 6) ¿En qué consiste tu trabajo en relación a los tratamientos y acompañamientos oncológicos?

Eje institucional

- 7) ¿El servicio al cual perteneces es unidad/sección?
- 8) ¿Cómo es el organigrama de jefaturas y coordinaciones de área?
- 9) ¿Qué cargo/nombramiento tenés en el servicio?
- 10) ¿Hay becarios/as o pasantías?
- 11) ¿Cuáles consideras que son las virtudes y defectos del hospital?
- 12) ¿A quién recurrís cuando necesitas consultar algo sobre tu trabajo?

Eje de relaciones entre disciplinas

- 13) ¿Cuál suele ser la relación con otras disciplinas en tu trabajo?
- 14) ¿En qué momentos te comunicas o intervenís con otras disciplinas?
- 15) ¿Cómo se configura el proceso de interconsulta?
- 16) ¿Cómo es el proceso de comunicación con las otras disciplinas?
- 17) ¿Qué entendés desde tu percepción por interdisciplina?
- 18) ¿Consideras que existe un abordaje interdisciplinario en los tratamientos oncológicos?
- 19) De existir, ¿Cuáles son las prácticas interdisciplinarias que se llevan a cabo?
- 20) ¿El grado de articulación con otras disciplinas varía según el tipo de paciente del que se trate?
- 21) ¿Se realizan reuniones inter o intra disciplinarias? De ser así, ¿Cada cuánto?

Bloque exclusivo para la administrativa de la Sección de Oncología.

¿Qué protocolos existen en relación al tratamiento del cáncer?

¿Cómo se configuran los circuitos de la medicación?

¿Cuál es tu rol y el de las distintas disciplinas en este proceso?

Bloque exclusivo para el equipo de cuidados paliativos.

¿Cómo se llegó al acuerdo de que puedas destinar horas de tu trabajo en onco?

¿Cómo se fue conformando el dispositivo de cuidados paliativos?

Anexo II

Entrevista a la trabajadora social del equipo de cuidados paliativos.

Entrevistada: Guadalupe (nombre ficticio), trabajadora social.

Entrevistador: Marco Fassola, estudiante.

M: Bueno, primero: ¿cual es tu profesión y donde estudiaste?

G: Trabajo social, hice en la UBA.

M: ¿Hace cuánto estás trabajando en el hospital?

G: Desde 2011.

M: ¿Y tenés otros trabajos además de este?

G: Sí, trabajo en una empresa de internación domiciliaria, en casa, desde el año... no me acuerdo, creo que 2008. Y en la facultad soy docente de “Materia A”, y recientemente de la “Materia B”.

M: ¿Y acá cuánto tiempo es tu jornada laboral, en el Hospital?

G: Es un contrato de treinta horas de trabajo, de los cuales efectivos son veinti... por un acuerdo interno, veinticuatro. Y seis para capacitación.

M: Ahora la idea es que me cuentes en qué consiste tu trabajo en relación a los tratamientos oncológicos, o cuál es el rol del trabajo social en los tratamientos oncológicos.

G: Mi rol, o el rol institucionalmente...

M: Tu rol, pero tanto lo que hacés en paliativos como lo que hacés después capaz con otros pacientes.

G: En el proceso de atención oncológica, lo que está previsto por el sistema de salud, es facilitar el acceso a la medicación a través de un informe que no tiene ningún sentido, que es parte de un procedimiento que es... vos viste, o la ayuda médica o la derivación al banco nacional de drogas o provincial.. no, provincial no porque no necesitan informe social. Pero bueno, lo que está pensado es que el trabajo social intervenga para certificar la incapacidad de la persona para pagar. Aunque no debería ser así porque la incorporación de la persona

digamos al sistema de salud público se da a partir de no tener obra social. En cuanto a su capacidad de poder recibir la medicación. Después en cuidados paliativos, entré desde el 2013.

Estoy dentro de oncología en el equipo de cuidados paliativos que tuvo sus reformas. Porque hubo 3 psicólogos como parte del equipo en un trayecto de casi 10 años... y eso conformaba otra dinámica digamos del equipo de lo que fue en los últimos años y en pandemia. Mi trabajo es, como parte del equipo, intentar acompañar todo el proceso digamos de atención desde que la persona llega a cuidados paliativos hasta el momento de su muerte y después, depende de las circunstancias. Sobre todo con el eje vinculado a la comunicación y el cuidado, remover obstáculos en relación a las dificultades en la comunicación y promover vínculos que permitan la posibilidad de cada uno ser protagonista de ese proceso en el que está. Tanto en el... del que padece la enfermedad como quien acompaña esa situación.

Eh... y bueno la dinámica en relación al cuidado va cambiando, está muy vinculada digamos a la progresión de la enfermedad, y a las posibilidades a veces que se pueden hacer desde el lugar de lo preventivo. No, no es la palabra preventivo, pero cuando uno más puede... trabajar con la familia y con la red significativa del paciente respecto a las dinámicas familiares... Se establece como una posibilidad más orgánica de realizar los cuidados en situaciones de final de vida. Porque ya se habló, se dijo, se conoce... muchas veces... mi trabajo, osea... como pensando en la pregunta. Cuando yo intervengo desde... tempranamente en la relación de la familia, llegamos de otra manera al momento más difícil de cuidado en el final de la vida. Pero muchas veces por cuestiones de derivación, o si los pacientes los veo en el momento de la internación, no desde el marco del equipo de cuidados paliativos intervengo en ese lugar...

M: Ahora me gustaría que me cuentes cómo se llegó a ese acuerdo para trabajar en paliativos. Y si tenés un cargo o no en el servicio de oncología.

G: No, cargo no tengo. Previamente a que yo esté en este hospital había un grupo de trabajo conformado por Marta Pérez (nombre ficticio), que es trabajadora social, y ya ella había hecho ese vínculo de trabajo con Eleonora (nombre ficticio). No sé si dedicaba una vez por semana, pero bueno, hay algo de la historia... que se usa. Digamos, la historia de interrogatorio que se tiene, que la trabajaron ellos. Entonces, cuando yo ingresé al hospital Marta dejó, previamente ya había dejado, porque había tenido un hijo y no quería y... me dijo de ingresar. Y yo venía... yo dejé el trabajo en el Hospital "X" (de nivel Nación) en un

equipo de cuidados paliativos, exclusivamente de cuidados paliativos con la idea de que quería trabajar en un servicio social para abrir el horizonte de las temáticas de intervención. Por eso yo dejé el “X” para venir acá.

Y estuve dos años en pediatría acá. O tres. Los primeros años estuve en pediatría. Y después pasé al equipo de adultos y creo que en ese momento empecé en paliativos.

M: Después... ¿Cómo fue lo de los psicólogos y psicólogas que había en un principio? ¿En el momento en que vos entraste había?

G: Sí, pero Cecilia (nombre ficticio), que es una muy buena terapeuta. Siempre estuvo ad honorem, como becaria... nunca con un cargo rentado. Entonces venía dos veces por semana pero gratuitamente por una apuesta a un cargo que no salió. Y después había.. Alfonsina (nombre ficticio), otra psicóloga. En un momento estuvieron las dos también. Ella para mi era más regular la situación porque era una persona que trabajaba en otro organismo del estado, no me acuerdo si en la defensoría... y tenía como un intercambio y tenía disponibles sus horas de trabajo acá en el Hospital. Entonces ella era una psico oncológica de otro reconocimiento dentro de la institución

M: Bueno, me gustaría que me cuentes qué entendes por interdisciplina

G: La posibilidad de pensar una situación que requiere intervención, entre profesionales con diferentes saberes específicos por su trayectoria de formación. Y la posibilidad de pensar una situación en conjunto, osea poder pensar un diagnóstico que responda a la complejidad de la situación que porta el sujeto, la persona con la que estamos trabajando.

M: Bueno, en ese sentido, ¿considerás que existe un abordaje interdisciplinario en los tratamientos oncológicos? ¿y por qué?

G: No, porque no se da esa conversación. No se da... Ese no es el objetivo. Osea, no digo que no se piense teóricamente que las personas que enferman están atravesadas por problemáticas que se vinculan con lo social y con lo orgánico. No digo que no piensen, porque esto es de sentido común. En un mundo, sobre todo en Argentina que es más psicoanalista que no se qué... osea, cualquier persona dice "uhh, está enferma... algo debe estar pasando" digamos, entonces desde ese lugar cualquier profesional lo puede entender. Y... ni siquiera hablo de pensar en el origen de la enfermedad en sus causas psico sociales. Osea, eso es otra temática. Porque una cosa es eso, cómo se piensa el por qué de la

enfermedad y otra es que se hace cuando un sujeto o una persona está enferma. Son como dos formas también donde uno puede pensar la interdisciplina.

M: ¿cuáles consideras que son obstáculos o facilitándoles de interdisciplina en el hospital en tu trabajo?

G: La discusión sería respecto a lo que se cree que es una enfermedad. O por qué los sujetos, por qué las personas enfermamos y qué necesitamos en el proceso de atención de esa enfermedad. Osea, yo creo que en la formación que nosotros tenemos el trabajo social y tal vez seguramente otros... que se yo, los psicólogos o los médicos, cualquiera que se forme en salud desde una mirada más de la salud pública puede conceptualizar que los procesos de enfermar se vinculan a procesos sociales. Y que las respuestas sobre las enfermedades, el nivel de la comunidad o el nivel del sistema de salud también son parte de esa construcción

Cómo nos pensamos es parte de una construcción social. Entonces, la interdisciplina requeriría en principio poder seguir pensando seriamente respecto a esto, en todos los marcos. Vos pensá, en la violencia. Bueno la violencia ahora es parte del... también hay que pensarla vinculado a la salud. Pero, por qué, y cómo nos pasan ciertas cosas, me gustaría pensar en principio en forma interdisciplinaria. Osea las formaciones de las carreras de grado tampoco habilitan y construyen mucho esos dispositivos. Eh... acá podríamos decir que hay una multidisciplina porque existe la interconsulta. Osea, se trabaja en los servicios como interconsultores. Uno le pregunta a otro qué opinas, y el que es el jefe digamos del que está a cargo del servicio toma la interconsulta por ejemplo de clínica médica, se interconsulta otras salas, bueno..pero es el jefe de clínica o el clínico el que a partir de esas lecturas llega a un diagnóstico y a un posible abordaje. Pero eso se da por relaciones personales, no es porque esté pensada la dinámica.. A ver., la interconsulta no es algo personal, es algo entre servicios. Pero la posibilidad de profundizar en el diálogo a través de un ateneo, es como todo, ¿no? Como parte de la construcción política que uno puede hacer en las relaciones. Y después, como el sistema no está pensado de esa manera, cuando una persona tiene un problema de lo que se llama problemáticas sociales, osea se curó... se curó de su enfermedad, no estamos hablando de paliativos, no? Ah pero... necesitas algo más de lo oncológico. Cuando una persona se curó de algo... mira ayer por ejemplo. Yo estuve en la guardia, viene una persona a la guardia, después... el final de la historia era que necesitaba la famosa encuesta para el banco de drogas. Pero vino sin esa información. Una persona que también era paciente de Eleonora, eso habla de que no estamos trabajando bien. Entonces yo le veo papeles porque

reconozco la letra de Eleonora, para recetar morfina, le conozco la letra. Y la persona estaba hiper recontra mega angustiada y tuve una entrevista larga donde básicamente le expliqué... como no había una demanda, porque ella no sabía para qué venía. Pero bueno, tenía un cáncer de cuello en estadio 3, estaba muy angustiada, tenía 4 hijos, dos de una pareja que no... cuyo marido su papá estaba muerto por un accidente hace muchos años. Había un montón de preocupaciones que surgieron en una entrevista abierta

Como muy libre y abierta porque yo decía, charlemos a ver por qué estás acá. Finalmente se fue como muy, no es la palabra contenta, pero tranquila, y a los diez minutos volvió porque la oncóloga le dijo “pero no trajiste la encuesta”. Pero a ver, eso... ¿cómo es que después de tanto tiempo de trabajo en oncología llega al servicio social y tan aleatoriamente cayó justo cuando yo estaba? y te puedo asegurar que es una persona que requiere de muchas intervenciones, incluso en una segunda entrevista te diría que también necesitaría un apoyo psicológico si lo... un espacio individual ella, porque está muy angustiada, por esto de... tiene muchos miembros de su familia que murieron con cáncer y muchas pérdidas recientes, no de cáncer. Su papá y bueno... problemáticas también de lo económico. Pero eso no... no fue detectado en oncología de ninguna manera. Osea, la señora vino acá por la encuesta... Y no me queda claro, no puedo decir absolutamente... por lo que ella me dijo que entendió, es una señora que su, que no le están diciendo que va a hacer una línea de quimioterapia para curarse. Osea que es una quimio... no es para aliviar síntomas, probablemente tienen como objetivo aliviar algo de los síntomas del dolor y bueno, ver si pueden detener un poco la progresión de la enfermedad. Pero ni siquiera están seguros porque faltan estudios, osea, incluso la complejidad de que ella vaya a morir... porque finalmente lo que facilito la entrevista ayer y lo que yo le dije es “lo que a vos te pasa, es que tenes miedo de morirte” en conclusión, porque no se podía mencionar... cuando hablaba de los hijos, de la pérdida... bueno, eso no, no... no fue detectado. No fue un motivo para decir “che, maría tiene que trabajar sobre esto...”

M: Interconsultemos, claro

G: O no... o, como supuestamente yo no trabajo en oncología con interconsulta, con Eleonora

M: Claro, ¿es algo más personal? ¿de equipo entre ustedes?

G: En este momento no está funcionando bien... yo te diría que ahora no hay... yo no siento que hay un equipo de cuidados paliativos. Osea, sí lo hubo, eh... con Eleonora, con la psicóloga y después cuando la psicóloga no estaba como manteníamos... Pero después de la pandemia... algo, algo se desorganizó

M: ¿Qué son esas modificaciones que notás después de la pandemia?

G: Nosotros teníamos una reunión de equipo semanal, que ahora la tenemos más o menos. Osea, los pacientes de piso que le interconsultaban a Eleonora si o si los íbamos a ver juntas. A mi me parece... mi opinión, que eso es algo personal... la médica está en un proceso de irse del hospital, más pensando en la jubilación y atravesada por un... Esto es, no se si es para... por un problema de salud personal. Entonces... y yo también estoy en un momento como de desgaste, y de enojo con oncología. Porque me parece que no estuvo a la altura de las circunstancias cuando fue la pandemia. Osea, el único médico paliativista, nombrado en la pandemia... ¿Está bien? Era de oncología, pero estábamos en una circunstancia particular que me parecía que podía aportar.

De la misma manera que yo que soy del servicio social apporto a otro servicio, un miembro de ese servicio podría aportar a la dinámica del hospital cuando hay un sistema de emergencia. Y eso no sucedió, y yo todavía estoy molesta. Osea, estoy molesta, porque aparte ya lo dije esto... y no hay mucha posibilidad. Ahora entró una médica nueva

M: ¿Paliativista?

G: Sí, que la conozco del "Hospital X" también.

Cuando estuvo Silvia (nombre ficticio), que vos no se si la llegaste a conocer

M: No, no la vi

G: Silvia estuvo este año... quedó un vínculo, quedó dos meses y eso... Me motivó. Me renovó. Creo que hay una combinación de factores. Entre esto post-pandemia, la médica con la que vengo trabajando que no está en su mejor momento personal, y yo tampoco... por cuestiones personales, así desmotivación, más la circunstancia, no... Si yo estoy pensando en que me voy del hospital, que eso es lo que estoy pensando, no estoy pensando en cómo construir ahí.

M: Bueno, pero al mismo tiempo hay algo de lo que te hace pensar de irte del hospital que tiene que ver con todo esto

G: Ah, sí, sí. No es que no creo que no sea posible trabajar de otra manera digamos, pero la verdad... no quiero generalizar porque no conozco, pero en el Hospital "X" con una súper trayectoria en cuidados paliativos y con un equipo interdisciplinario en cuidados paliativos, por momentos, dependiendo los procesos que hubo, había que también discutir con el modelo médico hegemónico. Osea... La geriatría y los cuidados paliativos, de lo que yo conozco, es un ámbito que se facilita, tal vez pediatría también, que facilita la mirada interdisciplinaria. Pero, no dejan de estar atravesados por lo médico... ¿viste? Mirá, el otro día.. esto lo tengo que verificar. Estaba corrigiendo una clase que organizó un médico sobre mala praxis y cuestiones de, figuras legales, ¿no? Cómo un profesional de la salud tiene ciertos amparos legales en el trabajo en domicilio, en la internación domiciliaria.

Entonces, supuestamente no está dirigido a médicos y médicas, el escrito. Pero dice "práctica médica" ponele, o nose cuanto "médica", y le dije "pero escuchame, me dijeron que no es para los médicos" Entonces parece que la práctica "médica", no se refiere a la actividad del médico, sino a la acción de la medicina. Y bueno, imaginate...

M: Como la salud vista sólo desde lo médico...

G: Por eso, la práctica... Osea, que no hace referencia a la profesión médica. Pero bueno, si vos decis práctica médica y tenes que asociar que también es la práctica del enfermero... pero vos no pensás que cuando decis práctica médica estas hablando de todos los profesionales de la salud. Pensás en el médico y en la médica. Punto. Entonces, eso... eso que se menciona así es el espíritu del lugar. Cuando la persona de la calle hoy estaba vendiendo los barbijos a las personas que entraban, le decía "Hola, doc"... gente que sé que no es doctora. Pero es como... también tiene un prestigio, el tema del "doctor/doctora" el guardapolvo... Eso es muy constitutivo, y eso hace a la dificultad de la interdisciplina también. Porque si... como en toda... la posibilidad de construir algo entre todos es que haya paridad, en lo vincular. No que sean iguales, pero que tengan la misma cuota de poder en la repartija. Y eso no es así. Entonces es muy difícil construir interdisciplina cuando hay una valorización de una profesión por sobre otra. Y eso... es así. Pero ¿por qué? Porque la enfermedad se piensa en su manifestación orgánica. Entonces si en su manifestación orgánica, obviamente el médico en su formación tiene más elementos que yo para pensarlo, pero yo no pienso en la enfermedad... sobre todo en un sistema público, tiene que pensarse en su manifestación

orgánica, pero hay que pensar muchas cosas de eso... Amén de que no está nada organizado en relación a... como si fuésemos otro país. Osea, el hospital es un país, desarrollo social es otro país... ¿viste? Las relaciones son como de países directamente.

M: ¿En cuanto a que cada uno tiene sus propias burocracias y demás?

G: Imaginate que un... se requiere un informe. Yo tengo que decir que una persona está en la calle para que presente un informe en desarrollo social para atender un subsidio habitacional. Escuchame, ¿estamos todos locos? Donde hay una trabajadora social que lo entrevistó, que le dice que no “porque necesita otro informe” que viene a buscar a otra institución donde otra trabajadora social... es una pérdida de tiempo para todas las personas. Osea, en términos prácticos es un gastadero de recursos. En términos de pensar en la trayectoria del sujeto, lleno de una institución a otra, también. No, está hecho justamente para... ¿a quién le sirve esto? Que funcione mal... eso es lo que para mí habría que pensar.

Yo creo que hay algo de lo... hoy escuchaba una... Fue productiva la mañana porque escuché muchas cosas. Dos videos cortitos, uno que era algo del fin de la dialéctica, y nada, estaba bueno. Y otro... En fin, una discusión sobre el concepto de la dialéctica. Y el otro era una charla chiquita de... segato, rita... se ve que la habían criticado en alguna nota sobre algo que decía del estado, porque yo me siento identificada en... no es que la sigo, todo, pero en su discurso. Sí, porque ella decía “ojo, yo no dije esto, yo creo que la lucha a través del partido, del estado... que es un espacio que hay que conservar, ¿sí?” porque es un espacio ganado... uno no va a ser tan boludo de irse de algo de lo que ganó en su lucha. Ahora, las grandes transformaciones humanas, no van a salir del estado, yo pienso. Osea, hay que construir como comunitariamente, a través de las redes. Puede ser que después, con un trabajo más profundo en ese nivel, esto impacte en la posibilidad de que el estado y la organización de la salud tenga que escuchar esas necesidades y modificarse.

En la academia hay, tal vez a partir de cuestiones vinculadas a las luchas de género o del feminismo, tal vez desde un punto de vista para mí más, no se si idealista es la palabra, pero... las cosas que yo pienso del feminismo me parece que construyen en el sentido de abrir todo lo que tenga que ver con formas rígidas. Que yo las vínculo al patriarcado. La burocracia, el estado... para mí tienen que ver con el, se constituyen como instituciones vinculadas al patriarcado y al capitalismo. Entonces creo que... la interdisciplina también se puede nutrir de estos cambios que tienen que ser por fuera del campo disciplinar y por fuera también del aparato estatal o de... sí, de las instituciones. Como que, hoy por hoy, las

cuestiones que yo valoro alternativas y que responden a otros paradigmas me cuesta encontrarlas en el ámbito público. Osea, los encuentro en cuestiones por fuera de esto.

M: ¿Como qué propuestas?

G: Lo que yo considero por ejemplo, y me da bronca que están más vinculados a veces a sectores más pudientes... alguna vez hablamos, que se yo... el parto domiciliario. El parto domiciliario o el parto en la institución como uno quiera... tenerlo, osea, la gente que puede exigir esto del no control de sus cuerpos, porque el que te digan cómo parir es un control muy fuerte del cuerpo. En todos los procesos de atención, hay un sometimiento. Si alguien te dice “te tengo que sacar una inyección, acostate” vos no preguntás “Che, es necesario que esté acostado o no?” vos hacés eso. Y la verdad que muchas veces esas prácticas responden a la conveniencia del que ejerce esa práctica. No que objetivamente tenga que ser así. En el parto, es claro que tiene que ver que una mujer tiene un hijo acostado porque le es cómodo al partero o partera o al ginecólogo o al obstetra... Bueno, digo, tiene que haber mucho reclamo a nivel social. ¿Por qué ahora... ¿El uso del cannabis? ¿de dónde viene? al estado no se le ocurre. Ahora... toma eso porque... por eso hay que dialogar más con el afuera para entender que está agotado... Esto que hoy yo decía del sistema de salud, en lo que es la salud mental... que está desbordada. Que acá dicen que “en este hospital no se atiende a personas que no son del área programática” la gente se patea. La gente la está pasando muy mal.

Y ¿cuales son los dispositivos? pensados desde la salud pública? Dar turnos individuales a la gente? Bueno, eso habla de... de un problema.

M: Después, ¿cómo es tu comunicación con el resto de las disciplinas? ¿Cómo te comunicas la médica, con la gente con la que trabajas? cara a cara, por whatsapp, por notas... en las interconsultas...

G: Y ahora... o es en entrevista, en cuidados paliativos acordada previamente según las... Julieta, la secretaria de oncología, organiza citas y yo le digo a veces horarios. Siempre trabajamos así. Ahora está más desorganizado, pero es como decir que los martes y jueves son los días que yo me puedo organizar entonces previamente me avisan y entonces tengo... charlas. Tal vez la primera vez la hace Eleonora y la segunda la hacemos juntas. Y después, en las otras salas me mandan Whatsapp.

M: Se suelen comunicar por Whatsapp?

G: Sí, sí sí. Porque, pasa así: son los usos y costumbres de las instituciones. Yo soy parte del equipo de adultos, entonces los pacientes de adultos internados, que son los que cuando. A ver, las consultas de cuidados paliativos y oncología me las hacen directamente a mí porque me reconocen a mí como quien hace esa tarea. El resto del hospital... nosotros no hacemos cuidados paliativos de... hay un equipo, pero en los años... cuando hay un paciente oncológico avanzado, en cualquier sala, osea... Hablo de geriatría, y las dos clínicas médicas que son las salas de mayor número de pacientes internados que nosotros seguimos, directamente me escriben a mí. No escriben a... Marta Pérez o a Camila (nombre ficticio), digamos.

M: Después, ¿con salud mental cómo es la relación?

G: Con salud mental nosotros tenemos un espacio cada quince días de reunión. Con Josefina y Estefanía (nombres ficticios), que son la psiquiatra y la psicóloga que acompañan, que son como que acompañan los procesos de los residentes que hacen internación. Osea ellas no suelen ver los pacientes pero los ven toda la residencia

M: ¿Y ellas vienen al servicio social a tener la reunión?

G: Ellas vienen acá. Los miércoles vienen acá cada quince días. Y ahí vemos todos los pacientes

M: Y tienen oncológicos también?

G: Sí, y después pasa que los oncológicos que tal vez no me interconsultaron a mí, desde clínica médica. Pero los interconsultan a ellos... porque son pacientes que están angustiados, ¿sí? Osea, a ver, clínica... ¿cuando interviene a salud mental? cuando hay un paciente que tiene alguna excitación psicomotriz, digamos un paciente o que tiene o que viene con un seguimiento farmacológico previo, o cuando demanda digamos un psicólogo, o cuando está muy angustiado... ¿sí? o muy... irascible, o muy enojado. Ahora, ese es el motivo de la demanda de clínica a salud mental. O de cualquier, de otros servicios. Y si esos pacientes son oncológicos... salud mental me llama a mí, y me pregunta. Me preguntan al menos si lo conozco. Osea, me preguntan si lo conozco. SI no lo conozco, porque no lo vengo siguiendo, a veces lo siguen ellos, depende la situación.

M: Y si lo conoces continuas vos?

G: Porque ellos entienden... también depende como viste... es todo... todo muy artesanal. Osea, Josefina y Estefanía claramente entienden cuál es mi lugar, ¿sí? pero los residentes no siempre saben lo que hace un trabajador social. Entonces a veces empiezan a hacer trabajo de familia y luego yo después y me caliento. ¿viste? Porque digo no... entonces cuando Josefina o Estefanía ven que voy por ese lado rápidamente me llaman y me preguntan al menos si lo conozco. Pero no hay... osea con salud mental tenemos esa posibilidad de conversación, porque son buenos profesionales y podemos tener un criterio, osea, compartimos una mirada vinculada al derecho, con la psicóloga y la psiquiatra. Al buen trato, osea tenemos un mismo parámetro ético de mirada. Pero, te digo sinceramente no siempre logramos... profundizar o conversar. Que eso nos haría bien a nosotros también como profesionales y como personas, respecto a todo lo que le acontece al sujeto. Normalmente tenemos una mirada operativa, de qué hacemos. A veces, en el qué hacemos, sí discutimos, en el buen sentido y charlamos, sobre qué necesita el paciente. En el que hacemos es "Bueno pero, a ver" que hacemos tiene que ver con qué entendemos qué está pasando. Como hay tanta dificultad vinculada al acceso, osea al cuidado post alta de un paciente, que requiere cuidados por los motivos que sean... por final de vida o un paciente que requiere de un tratamiento digamos psiquiátrico, osea... hay tan.. pocos lugares para cuidado, que ahí discutimos eso. Si es una persona que va a requerir cuidados permanentes, si es una persona que va a requerir unos cuidados un tiempo transitorio para rehabilitarse y después poder pensarse en otra situación... pero nuestras conversaciones muchas veces están vinculadas a eso. A ver dónde encaja para poder recibir el recurso. Osea...una persona con discapacidad... tenemos que ver si es autoválida, entonces ahí discutimos "pero es autovalido?" después decimos "Bueno, que se autovalida..." que tenemos que hacer? Te juro que a veces es como decir "bueno no, que rehabilite, que camine mas rapido" para poder encajar en la institución que lo va a recibir mas rapido. Entonces bueno... bueno es parte también de la intervención, poder encontrar respuestas con lo que hay

Lo que no hay posibilidad en esta discusión... osea, si yo tuviese que enseñar y pensar como uno interviene, ¿no? en una situación donde uno llega a dar una respuesta pero en forma deficiente... suponete, vos trabajas en infancia, y vos decis bueno lo que necesita esta familia es un acompañamiento que... hay un programa de fortalecimiento de vínculo, o había, ponele... muy pocos para la necesidad que hay. ¿no? Cuando hay una situación de un niño o una niña que se desvincula de la familia por alguna situación que vulneró sus derechos, pero... justamente la ley promueve la no institucionalización, estamos todos de acuerdo , pero

qué haces para que esa persona, ese niño o niña se pueda vincular con las familias si esas personas tienen que trabajar temas de consumo, temas de cuidado, lo que sea... ahora... cuando uno interviene y ve que tiene ese recurso, que necesita ese recurso y que ese recurso no está. Nosotros no tenemos pata para trabajar en la línea de modificar eso que no está. Osea... los que definen las políticas sociales de esto parece que desconocen la dimensión de la necesidad que hay de estos recursos. Como que no... está desintegrada la planificación.

M: ¿Por ejemplo a los Hospices te referís?

G: No, ahí pensaba en infancia. No... los Hospices... Ahora salió la Ley de Cuidados Paliativos. Pero los Hospices sí, es algo que no tiene nada que ver con la política estatal. No hay nada... pero me refiero a que cuando uno interviene en lo individual no puede sumar su experiencia al área de la planificación social más macro. No hay articulación.

M: Bueno, listo... te agradezco mucho por el tiempo. Y por el espacio que te tomaste para responder las preguntas.

G: Bueno, bueno. Espero que te sirva. Cualquier pregunta o lo que sea que me quieras mandar, hablamos. Contá con eso.

M: Dale, muchísimas gracias.

