

## CAPÍTULO 5

# La intervención del trabajo social en hospitales de alta complejidad

*Diana Álvarez, Carolina Ferradás y Verónica Campagna*

*A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.*

*(Martinelli Lucia, 2006.pág 12)<sup>12</sup>*

En este apartado se abordará la intervención profesional con sujetos que requieren de un trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (en adelante CPH) y lo que ello conlleva para su cotidianidad.

La complejidad del campo de la salud requiere ser pensada desde un enfoque relacional atendiendo a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado superando el enfoque médico-paciente o servicio-demanda que reduce el proceso histórico social que le da lugar.

El enfoque relacional propuesto por Pierre Bourdieu, plantea que la conformación del campo de interés, en este caso el campo de la salud, no puede comprenderse sin tener en cuenta las relaciones y los procesos que se dan al interior del mismo. Siguiendo a Bourdieu “...este enfoque enfatiza la relación entre las posiciones sociales (concepto relacional), las disposiciones (o los *habitus*) y la toma de posición, las elecciones que los agentes llevan a cabo en los ámbitos más diferentes de la práctica” (Bourdieu, 1995, p. 16).

El ingreso a una institución hospitalaria de alta complejidad, genera una ruptura en la habitualidad del sujeto y su red más próxima, como es el ámbito familiar, por lo se verá suspendida su historia, modificará sus relaciones y costumbres, desplazará lo cotidiano para intentar subirse rápidamente a este nuevo escenario.

---

<sup>12</sup> (Traducción propia) La nobleza de nuestro acto profesional está en recibir a aquella persona por entero, en conocer su historia, en saber cómo llegó a esa situación y cómo es posible construir con ella formas de superación de ese cuadro. Si reducimos nuestra práctica a una respuesta urgente a una cuestión apremiante, retiramos de ella toda su grandeza, pues dejamos de considerar, en este sujeto, toda su dignidad humana.

El sujetx y su red social más próxima (miembro de la familia y/o referente afectivx), no sólo estarán atravesados por un tratamiento médico de alta complejidad sino también estarán determinados por el contexto social, histórico, cultural, político y económico en el que se encuentran insertos.

Observamos, en la práctica empírica, que las instituciones hospitalarias son identificadas desde el sentido común y desde el imaginario social como los centros de “cura” y lo que allí se produce es escasamente cuestionado. En este sentido, la indicación de un trasplante de CPH adquiere diversos significados para lxs receptores y sus redes vinculares especialmente en aquellos casos en los que no se cuenta con donante relacionadx. Esto supone nuevos interrogantes: la búsqueda de donante y la búsqueda de un centro de trasplante especializado en la práctica, como se analizó en el capítulo 1 y 3.

Analizar la implementación de la política de trasplante de CPH en centros de trasplante implica recorrer un árbol teórico en el cual sus ramas son conceptos claves que hacen a la intervención profesional del trabajo social. Las páginas que siguen a continuación invitan a efectuar ese recorrido.

## **¿Desde dónde analizamos nuestra intervención profesional?**

El trasplante de CPH (conocido coloquialmente como trasplante de médula ósea) es una práctica médica que se realiza en centros hospitalarios (de mediana y alta complejidad).

Es sabido que lxs sujetxs nacemos, crecemos, enfermamos, nos reproducimos y morimos. A primera vista podría afirmarse que los mencionados hechos son biológicos pero sería reducir la interpretación a una sola arista ya que con solo nombrarlos les otorgamos entidad social. En esta línea afirmar que el trasplante es simplemente una práctica médica sería ceñir el proceso por el que atraviesan lxs sujetxs.

En este sentido compartimos lo expresado por Menéndez:

El desarrollo de saberes respecto de las enfermedades y padecimientos constituye no sólo un hecho cotidiano, sino necesario para la vida de los sujetos y para asegurar la producción y reproducción biosocial de cualquier sociedad. En todo sistema social los sujetos y grupos generan y usan representaciones y prácticas para explicar, enfrentar, convivir, solucionar y de ser posible erradicar los padecimientos. Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados además como procesos que no solo se definen a partir de profesiones e instituciones específicas y especializadas técnicamente, sino como hechos sociales respecto de los cuales los sujetos y conjuntos sociales necesitan tener y usar saberes como parte básica de su vida cotidiana. (Menéndez, 2002. pp 292)

El proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado supone una construcción que tiene origen dentro de los marcos de interpretación del sujetx y su referente/s. Siguiendo con

Asa Cristina Laurell (1982) “la enfermedad es de carácter histórico y social al igual que el concepto de salud. Los fenómenos que describen ambos conceptos (salud-enfermedad) tienen su origen en las poblaciones y se producen de acuerdo a los sentidos culturales compartidos de las comunidades”.

Es así que la práctica del trasplante adquiere un significado particular de acuerdo a la historia de lxs sujetos y las significaciones sociales desde las cuales comprendan su condición.

En la misma línea Roizen M siguiendo a Eduardo Menéndez afirma que:

Todo proceso de salud/enfermedad/atención ocurre dentro de sistemas de relaciones sociales y donde, por lo tanto, se vuelve importante conocer el modo en que el sufrimiento es vivido, percibido, y enfrentado por los propios sujetos y su red familiar y social. (Roizen, 2015 . Pags.21-22)

Previo a la indicación médica de trasplante CPH como alternativa terapéutica, en muchas situaciones el sujeto y su red social más próxima, vienen experimentando largos procesos de atención de su enfermedad, (quimioterapia, internaciones prolongadas, recurrentes controles en el hospital), modificándose su cotidianidad. En otras situaciones ante el diagnóstico de una enfermedad en la sangre, como por ejemplo aplasia medular, se indica simultáneamente tratamiento médico y trasplante de CPH, irrumpiendo abruptamente en la vida cotidiana de los sujetos.

En términos de Berger y Luckman (2011, pág. 35), la vida cotidiana - "se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente". Consideramos que en la Vida Cotidiana se generan relaciones e interacciones donde los sujetos construyen sentido sintetizando significantes los cuales se acumulan, construyen su historia y organiza la existencia. La repetición de rutinas posibilita la aprehensión de conocimientos con fines utilitarios los cuales producen seguridad en el transcurso del ciclo vital en el cual existen procesos esperables/deseados o inesperados/indeseados (entre los que por ejemplo se hallaría).

En nuestra práctica observamos que el diagnóstico de una enfermedad oncológica y un trasplante de CPH impulsa a lxs sujetos a sumergirse en un *nuevo mundo de sentidos*: la concurrencia a centros médicos de mediana y alta complejidad, lenguaje novedoso, personas desconocidas que pasan a formar parte de la rutina diaria, la *posibilidad de riesgo de muerte*, lo incierto, entre otras.

A saber, según los datos del INCUCAI<sup>13</sup>, los centros de trasplante que posibilitan efectuar la práctica con un donante no relacionadx en la República Argentina son 23: 15 en CABA, 5 en provincia de Buenos Aires, 1 en Santa Fe y 2 en Córdoba. De los 15 ubicados en CABA solo dos son públicos ambos pediátricos. De los 5 ubicados en provincia de Buenos Aires, dos son

---

<sup>13</sup> Organismo autárquico dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

públicos, uno para adultxs y otro pediátrico. Esta realidad supone el desplazamiento territorial de las personas que requieren un trasplante de CPH no emparentado.

La ubicación geográfica de las instituciones en el centro del país coacciona al sujetx y a su red vincular al desplazamiento geográfico por temporadas indeterminadas. Dicho desplazamiento implica desconocimiento territorial, distanciamiento de las costumbres de origen, modificación de hábitos diarios, dependencia para la resolución de necesidades económicas-organizativas del sistema público/privado derivante.

A partir de la indicación médica de Trasplante CHP podemos ubicar una cadena de cuestiones manifiestas de la vida cotidiana que se concatenan y superponen:

- desarraigo
- dificultad en el acceso a la cobertura de necesidades básicas
- pérdidas de empleo
- irrupción del ciclo escolar
- disgregación de familias
- consumo problemático
- la distancia de redes primarias y secundarias genera lesión de vínculos pares
- modificación repentina de rutinas alimentarias
- abatimiento de vínculos

## El Trabajo Social en el campo sanitario

El Trabajo Social es agente de implementación de la política pública sanitaria. Las inserciones profesionales en el campo de la salud se dan en los distintos niveles de atención (atención primaria de la salud, mediana complejidad y alta complejidad). Entendemos en el mismo sentido de Wagner de Sousa Campos que el Trabajo Social hospitalario tiene como objetivo:

...aumentar la capacidad de autonomía del sujetx para mejorar la comprensión de su propio cuerpo, de sus enfermedades, y de su relación con el medio social y por lo tanto, la capacidad de cada uno para instituir normas que le amplíen la posibilidad de sobrevivencia y calidad de vida. (Gastão Wagner de Sousa Campos ,2001)

En el caso puntual de la intervención del trabajo social en el trasplante de CPH no emparentado, podemos pensarla en dos instancias, una relacionada a garantizar el acceso a la política sanitaria estatal o cobertura de obra social y otra al accionar profesional en la vida cotidiana de los sujetxs.

Acordamos con Amelotti, F. y Ventura, N. (2012) que

...el Trabajo Social como parte del equipo de salud de un Hospital Público interviene en el proceso de salud de las personas, trabajando hacia la construcción de autonomía en los sujetos y en la efectivización de sus derechos” y el ejercicio del derecho es un proceso inherente en la atención de la salud. (Amelotti F y Ventura N.,2012. Pag.7)

En cuanto a la política sanitaria estatal para cobertura del trasplante y búsqueda de donante se efectiviza por medio del INCUCAI<sup>1</sup> y sus organismos provinciales descentralizados o por intermedio de las obras sociales, o prepagas en caso de que se cuente con este tipo de cobertura.

En el caso de la provincia de Buenos Aires el organismo descentralizado es el CUCAIBA. Para la cobertura de la búsqueda de donante y el trasplante CUCAIBA requiere la conformación de un expediente el cual incluye una encuesta social. Este instrumento permite efectuar una valoración social y un plan de intervención. Dicho organismo se encarga también, para el post trasplante, remitirle la medicación al domicilio a la persona trasplantada (tanto inmunosupresor como medicación general).

En el resto de las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se solicita con la indicación médica, la búsqueda de donante al INCUCAI y organismo provincial correspondiente. Posterior al trasplante se gestiona la medicación post trasplante a la jurisdicción provincial en Buenos Aires (casa de provincia), para que puedan remitir la misma a Buenos Aires, dado que el post trasplante lo realizan cercano al hospital, aún lxs sujetxs tienen necesidades médicas que solo lo pueden atender en un hospital de alta complejidad.

## Procesos de intervención del Trabajo Social en TMO

El trasplante de CPH requiere una atención médica continua, por lo que desde nuestra intervención profesional abordamos este nuevo mundo de sentidos, desde la singularidad de cada sujetx y su grupo familiar.

Tal como se señaló, los centros de trasplante se encuentran geográficamente ubicados en la Ciudad de Buenos Aires y adyacencias, lo cual determina que el sujeto deba instalarse en las cercanías del hospital para poder realizar el tratamiento. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se encuentran las Jurisdicciones Provinciales (casa de las provincias)<sup>14</sup>, con las cuales se articula para el alojamiento y alimentación en el transcurso de atención en Buenos Aires.

La modalidad de abordaje es interdisciplinaria (trabajo social, psiquiatría, psicología, enfermería y médicos). Poder trabajar con lxs sujetxs y su red social más próxima desde la indicación de trasplante nos permite identificar las problemáticas sociales que atraviesan a los grupos

---

<sup>14</sup> [www.argentina.gob.ar/salud/incuca/organismos-jurisdiccionales](http://www.argentina.gob.ar/salud/incuca/organismos-jurisdiccionales).

familiares, su capacidad de afrontamiento y a su vez articular con las instituciones locales para un abordaje intersectorial (territorial).

Como expresamos anteriormente, el trasplante de CPH se traduce en la disrupción de lo cotidiano, lo que está determinado por: relaciones sociales, geográficas, culturales, afectivas, económicas, entre otras. Esta disrupción opera en dos planos: uno material y otro subjetivo, sobre los cuales interviene el trabajo social, articulando integralmente las políticas públicas y legislaciones específicas<sup>15</sup> que abordan los determinantes que atraviesan la accesibilidad del tratamiento y su continuidad.

En cuanto al plano material lxs sujetxs y sus referentes vinculares (en la mayoría de los casos) deben desplazarse del centro de origen lo que supone requerimientos de tipo económico para garantizar la subsistencia en el centro de trasplante. En este sentido la táctica a implementar es la articulación interinstitucional (coordinación con casas de provincias, municipios, etc.). A su vez la evaluación de las condiciones socio-económicas que atraviesan a lxs sujetxs y sus referentes previas al trasplante de CPH es de radical importancia ya que en grupos sociales con necesidades básicas insatisfechas, generalmente frente a un evento de estas características, las mismas se agudizan; por lo que esta evaluación nos permite anticipar y trabajar sobre las limitaciones y potencialidades de cada sujetx y su red social más próxima, como también analizar la accesibilidad al tratamiento y construir redes interinstitucionales y de apoyo social que permitan fortalecerlo para la continuidad del tratamiento atendiendo a aquellas erogaciones extraordinarias que se desprenden de la práctica.

En cuanto al plano subjetivo a través de diversas herramientas metodológicas, como pueden ser las entrevistas semiestructuradas, se puede abordar la significación social del diagnóstico, resignificar la palabra y acompañar la trayectoria de las implicancias del proceso de la enfermedad y su tratamiento. A su vez, dado que las instituciones sanitarias contienen un “lenguaje propio”, la “traducción” de información que reciben lxs sujetxs es una instancia de la intervención profesional procurando aproximar conceptos familiares a ellxs, como también identificar las percepciones culturales de la enfermedad en tanto que las mismas afectan la reproducción de la vida cotidiana.

Teniendo en cuenta lo mencionado podemos vislumbrar la importancia del lugar que ocupa el Trabajo Social en los equipos de salud que abordan los trasplantes de CPH. Desde nuestra perspectiva apostamos a la interdisciplina como eje fundamental en la práctica hospitalaria de alta complejidad a fin de lograr intervenciones situadas y que aborden los múltiples planos del proceso salud – enfermedad – atención – cuidado de lxs sujetxs que requieren de un trasplante para continuar con su ciclo de vida y vida cotidiana.

---

<sup>15</sup> Podemos destacar la ley integral de protección de personas trasplantadas, Ley N°26. 928, la cual crea un Sistema de Protección Integral para las personas que hayan recibido un trasplante o se encuentren en lista de espera para trasplantes del Sistema Nacional de Procuración y Trasplante de la República Argentina y con residencia permanente en el país. Esta ley fue sancionada en 2013 y promulgada en 2014 producto de la lucha colectiva de personas trasplantadas y en lista de espera.

Tal como expresamos previamente son varias las problemáticas que pueden desprenderse de un posible trasplante de CPH, por lo que es indispensable realizar diagnósticos de las situaciones de salud y de vida de lxs sujetxs para lograr intervenciones profesionales desde una perspectiva relacional y en clave de resguardo y garantía de sus derechos.

## Reflexiones finales

De acuerdo a lo planteado consideramos a los trasplantes de CPH como una práctica de salud que se realiza en establecimientos hospitalarios de alta complejidad, lo que implica ciertas particularidades al momento de intervenir profesionalmente desde el Trabajo Social.

Entender esta práctica de salud de alta complejidad desde la interdisciplina es fundamental para comprender, en principio, las múltiples aristas que la atraviesa corriéndonos de la visión meramente biologicista de la misma que supone el modelo médico hegemónico.

Como hemos expresado previamente la práctica del trasplante de CPH implica una multiplicidad de actores, de instituciones, de diferentes saberes y significados sociales (incluidos los de lxs sujetxs que requieren de la práctica). Es allí donde el Trabajo Social encuentra la intervención profesional, entre la garantía del acceso al trasplante realizando las gestiones necesarias, en la mediación entre las instituciones intervinientes, en la gestión de alojamiento y alimentación, las situaciones de ingreso, internación y egreso del establecimiento hospitalario, en la traducción de esos saberes y significados sociales.

Por último, es de suma importancia considerar otro aspecto de la intervención profesional que tiene que ver con la contención, acompañamiento y orientación a familiares y/o referentes afectivos del sujetx que requiere de un trasplante, y en el reconocimiento y fortalecimiento de las redes y vínculos socio afectivos de lxs mismos.

## Referencias

- Amelotti, F. y Ventura, N. (2012). Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional. *Margen* N° 66. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1995). Respuestas para una antropología reflexiva. México: Ed. Grijalbo.
- Berger y Luckman (2011 [1968]). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laurell, Asa Cristina (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. En: *Cuadernos Médico-Sociales*. N° 19:1-11 Rosario.
- Martinelli, M. L.(2006). Reflexões sobre o Serviço Social eo projeto ético-político profissional. *Emancipação*, 6(1): 9-23. Brasil:Univesidade Estadual de Ponta Grossa,
- Menéndez, E. (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racism*. Barcelona: Ediciones Bellaterra,

- Roizen M. (2015). El cuidado de niños y adolescentes que reciben un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas en el Hospital Garrahan de Buenos Aires: *Trayectoria y experiencia de las familias. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud*. Lanús: Universidad Nacional de Lanús.
- Servicio Social del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan. P Garrahan” (1996). *Trabajo Social Hospitalario. Práctica y quehacer profesional*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Wagner de Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*, Buenos Aires: Editorial Espacio.