



Facultad de Trabajo Social
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA 

XI JIDEP

Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional.

Disputas por el Estado, la democracia y las políticas públicas concentración de la riqueza y poder popular.

GT N 6: Desafíos y reflexiones del Trabajo Social y/o el Equipo de Salud en torno a las determinaciones sociales de la salud colectiva.

Título: “Enredarse para desenredarse”: Redes sociales e institucionales como factores protectores de pacientes residentes de la provincia de Buenos Aires del Hospital Néstor Kirchner en tratamiento con quimioterapia y/o trasplantados con células progenitoras hematopoyéticas en condiciones de vulnerabilidad social.

Diana Luz Alvarez

dianaluzalvarez7@gmail.com

Hospital El Cruce de alta complejidad en red Carlos Néstor Kirchner. Facultad de Trabajo Social UNLP.

A partir de trabajar con pacientes que han recibido el diagnóstico de enfermedades en la sangre y con aquellos que son derivados al hospital de alta complejidad en red Dr. Carlos Néstor Kirchner (en adelante HEC)¹ para recibir tratamiento con quimioterapia y posteriormente un posible trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, se comenzó a observar las diversas realidades de cada uno de ellos y los problemas sociales vinculados al momento de enfermedad, ya sea porque surgen a partir de ella o porque se profundizan a partir de recibir el diagnóstico.

Son múltiples las líneas teóricas que pueden desarrollarse sobre la precedente descripción por lo que para efectuar la presente ponencia se seleccionó un grupo de casos transcurridos durante el período 2016-2019. Tomando esta referencia se despliegan como ejes conceptuales en un primer apartado las desigualdades socio-sanitarias y en un segundo apartado las redes sociales e institucionales como factores protectores.

A su vez, para analizar los discursos producidos por este grupo de personas durante la primera entrevista² en el servicio social del HEC se realizó una búsqueda bibliográfica (ver el apartado: bibliografía) que profundice sobre la vinculación entre problemas sociales y enfermedades de la sangre y su tratamiento.

Desigualdades socio-sanitarias:

¹El HEC se encuentra inserto en una red de 8 hospitales públicos de segundo nivel de atención y alrededor de 200 centros de atención primaria de la salud (CAPS), al cual ingresan pacientes únicamente derivados por centros de salud de la red, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (descentralizado en regiones sanitarias) y el resto de los Ministerios de Salud Provinciales. El mismo se encuentra ubicado en la localidad de Florencio Varela y pertenece a la Región Sanitaria VI.

²En la primera entrevista se registran las percepciones de los padecientes y de sus redes primarias y secundarias como también de la comunidad a la que pertenecen y los saberes previos relacionados a la enfermedad

Siguiendo a Benach J. (2009) se puede definir a la desigualdad en salud como aquellas diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico, cultural y son evitables (...) tiene también un componente geográfico ya que estas clases sociales viven muchas veces en barrios marginados y sufren una explotación, exclusión y opresión social múltiple (p. 23). La condición social del grupo poblacional descrito se caracteriza por la dificultad e imposibilidad del acceso al centro médico tratante, necesidades básicas insatisfechas, inestabilidad habitacional, red social primaria ausente o claudicante, desconocimiento y descreimiento de instituciones públicas locales; así mismo su diagnóstico y tratamiento se desarrolla en un escenario que tiene como telón de fondo la coyuntura neoliberal. El contexto descrito profundiza las desigualdades sociosanitarias en términos de acceso y condiciona el acceso al derecho a la salud. Los tratamientos indicados se interrumpen, ubicando en una competencia desleal al tiempo orgánico versus las condiciones sociales económicas y vinculares que atraviesan estos sujetos. Emerge en estas instancias la búsqueda de *fórmulas mágicas*, porque el premio de la competencia no es ni más ni menos que *la vida*.

La limitación de recursos públicos coacciona a los profesionales intervinientes a buscar *respuestas* en organizaciones de la sociedad civil, ONG, instituciones religiosas y se reinventa la responsabilización del sujeto individual y su grupo primario forzándolos a tomar a cargo *su propio destino*. Recuperando discursos de colegas trabajadores y trabajadoras de la salud se puede afirmar que las instituciones sanitarias públicas atraviesan un período de vaciamiento material y simbólico. Aunque cuestionado, el recurso material como instrumento del Trabajo Social, en tiempos de política neoliberal su carencia y recorte ubica a la disciplina en un espacio de incertidumbre permanente con la certeza constante de que los derechos humanos esenciales están siendo vulnerados. Esta realidad demarca límites concretos en la acción profesional, ya que al no disponer (o encontrarse limitado) de un sistema de traslado municipal por ejemplo, quienes tienen que acercarse al centro tratante para efectuar el tratamiento indicado deben efectuarlo de manera particular careciendo del

recurso económico que lo viabilice mientras el reloj continúa girando otorgándole una ventaja absoluta al *tiempo orgánico*. Un segundo problema es que el sujeto en este proceso no se encuentra solo, su red primaria también está atascada en el complejo de la vulnerabilidad, y la enfermedad en sí misma le cede el protagonismo a las necesidades insatisfechas de los referentes afectivos. Estas circunstancias no son las esperadas por las especialidades médicas quienes a la hora de definir tratamientos ubican a lo social como *furgón de carga*³ porque el reloj gira y el *tiempo orgánico* escala posiciones.

Redes institucionales como factores protectores en contextos neoliberales.

Como se hizo referencia en el apartado anterior el diagnóstico de una enfermedad en la sangre supone con urgencia la indicación e inicio de un tratamiento médico farmacológico lo cual irrumpe abruptamente en la vida cotidiana de los sujetos. Personas con nulos o escasos antecedentes patológicos deben 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 la muerte próxima, lo incierto.

Desde la llegada del paciente hasta su egreso poco se conoce de su centro de vida ya que la *cultura hospitalaria* hace que los equipos se centren en la enfermedad y su tratamiento. A partir de los aportes que resultan de las entrevistas que se efectuaron a los pacientes también se afirma que la dinámica de las instituciones hospitalarias generan la suspensión de su cotidianeidad debiendo adaptarse a las rutinas que imponen los centros médicos.

El ingreso a la institución hospitalaria de alta complejidad genera una ruptura en la habitualidad del sujeto, quien suspende su historia, modifica sus relaciones y costumbres, desplaza lo cotidiano para intentar subirse rápidamente a este nuevo escenario. El impacto que se produce en grupos socialmente vulnerables se vincula a sus condiciones materiales

³ Expresión del Dr. Leonardo Federico. Doctor en Salud Pública(Instituto de Saúde Coletiva –ISC-, Universidade Federal de Bahia –UFBa-; Brasil)

de existencia debiendo debatirse entre dos gigantes: acciones que posibiliten su supervivencia económica y social (y de su red primaria) contra las acciones que implican suspender las anteriores para recibir el tratamiento propuesto. Siendo que (contra lo esperado por el equipo tratante) el grupo de pacientes referidos al inicio de esta ponencia optaban por la primera opción se efectuó una evaluación de la experiencia atravesada la cual incitó a reformular las intervenciones profesionales sostenidas. Inicialmente se formuló un instrumento de recolección de datos que permitiese conocer las representaciones sociales (significaciones construidas en el grupo social de pertenencia) de la enfermedad, del sistema de atención sanitario, la trayectoria de enfermedad, y pre-conceptos de la enfermedad como también las instituciones locales identificadas por ellos. La recuperación de las trayectorias de vidas individuales a través del relato producido durante las entrevistas sostenidas en el área social suponen como objetivo el sondeo inicial de lazos y redes que durante el período de atención en el centro de alta complejidad se constituyan en el soporte del sujeto padeciente y de su grupo primario de contención. Desde el campo social resulta ineludible detectar aquellos *factores protectores* que podrán tornarse *recursos* en la intervención profesional. Según Páramo M.D.A. (2010) “en el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y por lo tanto reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica” (p. 87).

Reflexiones finales.

En el ámbito hospitalario resulta poco frecuente oír a especialidades médicas y asistenciales *ampliar el abanico* de lo que la tarea manda (las disciplinas sociales no son la excepción). Rovere M. (2006) afirma: “en realidad el dilema entre centro de salud y hospital

es una falsa contradicción, el centro es la población” (p. 15). Pensar la tarea asistencial en estos términos posibilita generar estrategias con las redes primarias, secundarias e institucionales las cuales permiten construir información que no se puede recuperar individualmente. En tiempos donde los derechos humanos básicos se vulneran, donde las poblaciones deben elegir entre actividades laborales precarias y la atención de su enfermedad -enfermedad con una carga simbólica social que requiere de la protección de la subjetividad de los grupos más vulnerables- resulta ineludible promulgar y generar lazos institucionales y redes sociales de modo tal que estos formen parte de *los factores protectores*.

Bibliografía

-Joan Benach y Carles Muntaner. (2009). "La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio ecológica del capitalismo " En: Ecología Política: No. 37, junio de 2009, Barcelona.

-Páramo, M. (2010) Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión; en Terapia Psicológica 2011, Vol. 29, N° 1, 85-95. (-<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art09.pdf>)

- Palacios Espinoza X.; Zani B. (2014) Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos,: en Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología vol. 10 2014.

-Rovere, M. (2006) Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Segunda Edición corregida y aumentada. El Ágora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte".