

Producciones de fin de grado

Desafíos para la interdisciplinariedad en la atención del cáncer en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Marco Fassola^a

Fecha de recepción:	13 de mayo de 2024
Fecha de aceptación:	24 de mayo de 2024
Correspondencia a:	Marco Fassola
Correo electrónico:	marcofassola@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo aborda cómo se configura la relación entre las diversas disciplinas que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de personas que transitan o transitaron procesos oncológicos en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2022. A partir de un enfoque cualitativo y mediante una triangulación de técnicas de recolección de datos, el artículo describe y analiza las modalidades de relación de las/os agentes pertenecientes al equipo de oncología y cuidados paliativos del Hospital, teniendo en cuenta sus condiciones materiales y simbólicas de trabajo, así como sus esquemas de percepción y sus prácticas concretas en la cotidianeidad. Se concluye que la organización del trabajo, así como las condiciones laborales, resultan en dos grandes limitantes para el ejercicio de la interdisciplina, producto de la sobrecarga laboral, la racionalización del tiempo y la prescripción del trabajo asociado principalmente a la dimensión biológica de la salud. En estrecha relación, luego de analizar tanto las percepciones de las/os integrantes del equipo así como sus prácticas concretas de intervención, se describe la predominancia de un abordaje multidisciplinario en la Sección de Oncología. Sin embargo, se identifican características propias de un abordaje interdisciplinario de la salud en el equipo de cuidados paliativos.

Palabras clave: Salud - Interdisciplina - Condiciones laborales.

Summary

This article addresses the different ways of relationship between disciplines involved in the attention of the health-disease-care process of individuals undergoing oncological diseases at a General Hospital in Ciudad Autónoma de Buenos Aires during the year 2022. Employing a qualitative approach and a triangulation of data collection techniques, the article describes and analyzes the modes of relationship among the agents belonging to the oncology and palliative care team of the hospital, taking into account their material and symbolic working conditions, as well as their perception schemes and concrete practices in everyday life. It is concluded that the organization of work, as well as working conditions, result in two major limitations for the exercise of interdisciplinarity, stemming from workload, time rationalization, and the prescription of work primarily associated with the biological dimension of health. In close relation, after analyzing both the perceptions of the team members and their concrete intervention practices, the predominance of a multidisciplinary approach in the Oncology Section is recognized and described. However, characteristics of an interdisciplinary approach to health attention are identified within the palliative care team.

Key words: Health; Interdiscipline; Working conditions.

Introducción

El presente artículo surge a partir de los resultados obtenidos en la tesina final de grado de la licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. En la misma, centraré mi abordaje en el proceso de configuración de distintos tipos de relaciones entre disciplinas al interior del equipo de salud que acompaña y atiende personas que transitan enfermedades oncológicas en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Con este propósito, la investigación profundiza en torno a los esquemas de percepción de las/os trabajadoras/es del equipo de salud, así como sus prácticas sociales concretas de intervención. Por otro lado, comprendiendo la complejidad del fenómeno, el análisis tiene en cuenta la influencia de la organización del trabajo y las condiciones laborales en las que se desenvuelven las/os profesionales, ya que las mismas se ubican como condicionantes estructurales que resultan en obstáculos o posibilitadores de los abordajes interdisciplinarios.

En el marco de un enfoque cualitativo y una estrategia de estudio de caso, 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 pertenecientes al equipo interviniente. A su vez, la investigación se sustentó en la observación participante dentro del campo. En cuanto a los componentes éticos de la investigación, se asignaron nombres ficticios a las personas que participaron con el fin de preservar la confidencialidad de los datos y su anonimato. Con este mismo propósito, se reserva la identidad del Hospital en el que se llevó a cabo la investigación.

El artículo se estructura en cuatro apartados. Durante el primero se realiza una introducción teórica al concepto del campo de la salud, para posteriormente profundizar en los principales modelos que entran en disputa sobre la intervención en la salud en nuestro país: el modelo médico hegemónico y el modelo bio-psico-social. El segundo, presenta una descripción de los principales agentes que intervienen en la atención oncológica en el Hospital de Agudos sobre el cual se realizó la investigación, a modo de contextualización en el trabajo de campo. A lo largo del tercer apartado, se describen y analizan las condiciones laborales en las que las/os agentes del equipo realizan sus trabajos, las cuales sitúan el terreno de posibilidades que tienen de relacionarse entre sí mismos. Por último, se describen y analizan los esquemas de percepción y las prácticas concretas de las/os profesionales en torno a la interdisciplina, y a la interacción efectiva en sus trabajos con otras disciplinas.

La salud como campo: modelos en disputa en Argentina

Previo al abordaje de la problemática, resulta pertinente situar la misma teórica y contextualmente para la correcta comprensión del análisis. Desde la postura teórica adoptada, enmarcada en los aportes de Bourdieu (2005) y su teoría de los campos, se utiliza el concepto de campo de la salud argentino (Spinelli, 2010) en contraposición a la noción hegemónica y la representación social del mismo como un 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. En este sentido, puede señalarse que existen dos modelos de atención en disputa entre los agentes en el campo de la salud argentino, 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 por Menéndez (1990) como el conjunto de prácticas, saberes y teorías derivados de la medicina científica, la cual ha dejado como subalternas las otras formas tradicionales de atención a la salud, “hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1990, p.83). Este modelo gira en torno a la curación de la enfermedad, fundamentalmente asociada a la dimensión biológica de la misma, y se caracteriza principalmente por “su biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad y participacionismo subordinado” (1985, p.2).

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 al modelo médico y a partir de las diversas críticas derivadas de las corrientes de la medicina social latinoamericana/salud colectiva, se ubica el modelo bio-psico-social de atención a la salud, el cual 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 y Ardila-Gómez, 2012, p.14). La salud colectiva tiene un carácter multiparadigmático como resultado del encuentro de múltiples epistemologías y la interacción entre campos disciplinarios diversos (Nunes, 2014), siendo definida a su vez como un campo de conocimiento en constante desarrollo (Liborio, 2013). Sin embargo, a lo largo de la presente investigación se destaca teóricamente la importancia no sólo de la comprensión de la salud de manera procesual, sino también a partir de la determinación social de la misma, situada socio-históricamente “como una forma de superar el causalismo, en cuanto se refiere a la producción o génesis de la salud” (Breilh, 2013, p.15). A su vez, mediante la concepción dialéctica en la relación social-natural-biológico.

En este sentido, el modelo destaca la importancia de “transformar con sentido preventivo la determinación social de los problemas de salud” (Breilh, 2013) como un eje fundamental en la atención, y remarca la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario. Tal como se profundizará durante los próximos apartados, la interdisciplina implica la construcción de una intervención y una mirada en conjunto desde diversas disciplinas, con el objeto de abordar la complejidad de la realidad a partir de los pilares centrales de la interacción, cooperación y circularidad entre las mismas (Elichiry, 2009). En este caso, la importancia teórica y práctica de la interdisciplina radica en que la misma posibilita el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud y no sólo de los aspectos biológicos de la misma.

El Hospital: Actores involucrados en la atención de personas con cáncer

A modo de contextualización en el trabajo de campo, a continuación se presenta una descripción sobre los principales agentes que intervienen en la atención

oncológica en el Hospital, así como algunos aspectos materiales sobre la distribución del espacio en el que se desenvuelven y sus dinámicas de trabajo. La Sección de Oncología del Hospital cuenta con un jefe de sección, que es un médico especializado en oncología, y su personal se encuentra conformado por nueve oncólogas/os, una genetista, una médica hematóloga (con especialidad en cuidados paliativos), tres farmacéuticas/os, diez enfermeras/os (coordinados por la jefa de enfermería del servicio), y dos administrativas/os.

En cuanto a la distribución espacial, la sección cuenta con varios consultorios utilizados por las/os oncólogas/os y un consultorio específico en el cual atiende la médica especialista en cuidados paliativos. A su lado, se encuentra un dispositivo denominado "Hospital de Día", el cual tiene como objetivo el acompañamiento de las/os usuarias/os que se encuentran realizando tratamiento en ese momento. El mismo está coordinado por una médica oncóloga tres veces por semana, rotando el resto de los días otros dos médicos oncólogos, y está compuesto también por las/os enfermeras/os y las/os farmacéuticas/os de la sección, quienes se encargan de preparar la medicación, manipularla y controlar los efectos de la misma.

Resulta pertinente señalar que hay profesionales que prestan servicio en la Sección de Oncología pero que no tienen un cargo específico asignado en la misma. Tal es el caso de la trabajadora social y el psicólogo que han sido entrevistados. Ambos comenzaron a formar parte del equipo de cuidados paliativos por iniciativa propia y acuerdo entre las/os jefas/es de sus servicios y el jefe de Oncología. Como reflexión, el psicólogo señala:

"Ninguno tenía o tiene cargo específico para eso. Yo además tenía que atender... 20 pacientes de otro lado y cumplir con las tareas, entonces creo que eso es una dificultad. Al no haber cargos específicos para el trabajo en oncología... son horas que uno recorta o destina a otras tareas." (Pablo, psicólogo, 20/10/2022).

Actualmente la Sección de Oncología no posee psicólogas/os trabajando en el equipo de cuidados paliativos, y tal como se ha señalado, el psicólogo que ocupaba ese espacio lo hacía por voluntad propia y por fuera de sus tareas prescriptas desde el Hospital. 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.

Condiciones laborales: influencia en la relación entre disciplinas

Comprendiendo que las/os agentes del equipo de salud se encuentran situadas/os en el campo de la salud argentino en general, y en un Hospital General de Agudos en particular, resulta pertinente describir y analizar la especificidad en la organización de su trabajo así como las condiciones laborales que las/os atraviesan. En cuanto a la organización del trabajo, Neffa (1995) plantea dos concepciones en torno al mismo: la organización científica del trabajo, basada en el taylorismo, la cual reduce al trabajador a un mero factor de producción, haciendo hincapié en el trabajo prescripto e invisibilizando la puesta en acto de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del trabajador; y el enfoque de las condiciones y medio ambiente laboral (CyMAT), que considera el impacto físico y mental del trabajo en 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 las/os profesionales ha sido un emergente de las entrevistas. Los testimonios hacen alusión a la angustia que genera en ellas/os acompañar personas transitando procesos oncológicos, y también a la necesidad de abordar la misma en espacios grupales como reuniones de equipo:

"Lo que hacemos es tratar de reunirnos... 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 mí, me genera mucha más sensación de cuidado, 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." (Tamara, jefa de enfermería, 27/09/2022).

Aquí puede identificarse cómo las/os entrevistadas/os destacan desde su percepción la importancia de elaborar esa angustia en equipo, sobre todo aquellas/os 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 testimo-

nio permite introducirnos en la dinámica del resto de la Sección de Oncología, ya que la reunión que señaló la jefa de enfermería dejó de realizarse luego de la pandemia. Actualmente, las/os médicas/os 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 dos o tres veces que nos tuvimos que encerrar y dejar de trabajar para decir ‘ay por dios’ y llorar un rato” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022).

Sin embargo, más allá de esas conversaciones entre compañeras/os “encerrados” en privado, no existe la posibilidad de tratar el impacto de su trabajo desde una dinámica organizacionalmente establecida. El único espacio grupal organizado dentro de la sección de oncología son los ateneos, en los cuales si algún profesional introduce aspectos psicosociales de las/os usuarias/os o del impacto emocional del trabajo en la discusión, se ven interrumpidos por comentarios como “el ateneo no es para cosas sociales” o “bueno, hablemos de lo médico” (Yanina, médica oncóloga, 14/10/2022). Desde la perspectiva de la oncóloga estas interrupciones suceden porque tienen que ser rápidos en la reunión.

Sobre esta necesidad de “ser rápidos”, y retomando la historia de las relaciones de trabajo en la sociedad industrial, Castel (1997) señala que en el pasaje a la relación salarial moderna “fordista” se comienza a ejercer “la racionalización del proceso del trabajo en el marco de una gestión del tiempo precisa, dividida y reglamentada” (Castel, 1997, p.277). En este sentido, la mención a la falta de tiempo ha sido una constante a lo largo del discurso de las/os entrevistadas/os, ubicándola como un obstáculo en la relación con otros/as profesionales:

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

“Tengo poco tiempo también... 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).

De esta manera, 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/os 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 muchas/os usuarias/os 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, p.674). Este fenómeno se repite en el Hospital, en el cual debido a las convicciones y voluntades personales de algunas/os profesionales, las/os mismas/os quedan sobrecargadas/os en pos de garantizar la calidad y el acceso a la atención de la salud. Estrechamente asociado, en cuanto a la especificidad del trabajo social, Castroggiovani, Simonotto y Viedma (2016) señalan que la vida cotidiana de las/os profesionales se ve precarizada por dimensiones como la

hiperactividad derivada de la exigencia de disponibilidad constante, la simultaneidad de tiempos y múltiples actividades, la recombinación de redes, espacios y recursos. Tal como se ha señalado, estos aspectos se visualizan no sólo en la sobrecarga de la trabajadora social dentro del equipo de cuidados paliativos, sino también como parte del Servicio Social, cumpliendo dos roles diferenciados, en una recombinación de redes, espacios, actores y recursos diferentes.

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, p.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 salud y que 5 de las/os 6 entrevistadas/os son mujeres.

Entre la interdisciplina y la multidisciplina: Modalidades de relación dentro del equipo

Durante el presente apartado se tratan las modalidades de relación existentes entre las/os profesionales de la salud que acompañan a personas transitando procesos oncológicos en el Hospital, teniendo en cuenta tanto sus prácticas cotidianas de intervención, así como sus percepciones en torno a la relación con el resto de las disciplinas. En este sentido, resulta pertinente profundizar teóricamente los conceptos de interdisciplina/multidisciplina¹, dado que ambas son las principales modalidades identificadas en la investigación.

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.

Por otro lado, 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, p.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 a la percepción de las/os profesionales del equipo en torno al concepto de interdisciplina, tal como lo señalan Luxardo y Manzelli (2015), se identificó que no existe una concepción unívoca sobre qué significa la interdisciplina, pese a que todas/os las/os entrevistadas/os destacan su importancia.

Derivado del análisis de las entrevistas, se puede señalar que existen dos posturas diferentes entre las/os entrevistadas/os 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 como la médica paliativista y el psicólogo identifican que no existe un abordaje interdisciplinario en los acompañamientos. En estrecha relación, los tres comparten una percepción

1. Se decidió no tomar el concepto de transdisciplina a los fines del presente artículo, dado que la misma no se vió reflejada en el equipo. Si bien el término se encuentra en debate, Stolkiner (1999) y Elichiry (2009) sostienen que lo transdisciplinario es un momento de lo interdisciplinario en el cual un equipo funciona en unidad como un sistema total, en miras a obtener una visión totalizadora de la realidad.

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 esta manera, 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 laborales que han sido analizadas durante el apartado 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. Se trabaja en los servicios como interconsultores... Pero eso se da por relaciones personales... 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 las/os 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 asume puede 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 todas/os las/os profesionales desde sus percepciones singulares.

Ahora bien, retomando las palabras de la trabajadora social, mencionó 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 a sus voluntades personales:

“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.” (Pablo, psicólogo, 20/10/2022).

Las palabras del psicólogo introducen la cuestión sobre la comunicación en los equipos de salud. Retomando los aspectos señalados en el apartado anterior, el proceso de comunicación interna en el equipo de salud se ve atravesado por la organización y las condiciones laborales. No hay tiempo para el intercambio ni 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 es inexistente. Es una situación recurrente en el Servicio Social que usuarios/as que se encuentran realizando tratamientos oncológicos acuden al mismo para la solicitud de medicación, sin que exista ningún tipo de comunicación entre las/os médicas/os que derivan, y sin que las/os usuarias/os 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 infor-

mación. 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. 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 las/os usuarias/os, sino también a las/os 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 las/os integrantes del equipo de salud presentan los tratamientos y seguimientos realizados, mediante una revisión que puede ser entre integrantes de un mismo servicio o con otras especialidades y disciplinas. Aquí es pertinente retomar lo desarrollado en el tercer apartado, 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 las/os médicas/os oncólogas/os, 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, las/os oncólogas/os 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. Que nosotros nos necesitamos entre nosotros, entonces necesitamos al cirujano y el cirujano nos necesita a nosotros" (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 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, p.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. 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, el mismo es un ejemplo de la multidisciplinaria 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).

Sin embargo, al adentrarse en la dinámica de trabajo establecida entre la médica y la trabajadora social del equipo de cuidados paliativos pueden identificarse ciertas prácticas asociadas a los pilares centrales de la interdisciplina. En el equipo, ambas atienden en conjunto las/os usuarias/os en un mismo consultorio o en la sala de internación, y realizan reuniones con el objetivo de evolucionar los acompañamientos (aunque las mismas disminuyeron su frecuencia luego de la pandemia de Covid). Estas estrategias de intervención en conjunto cristalizan algunos de los aspectos centrales de la interdisciplina: el trabajo en equipo, la intencionalidad de relacionarse, la flexibilidad en los modelos de atención y la cooperación recurrente y reciprocidad (Elichiry, 2009).

Conclusiones

Durante el presente artículo, basado en los hallazgos obtenidos en la tesina de la licenciatura en Trabajo social, 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.

En torno al abordaje particular del Hospital, 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 las/os entrevistadas/os. A su vez, se ha identificado una concepción institucional del trabajo asociada a la organización científica del trabajo, en la cual se considera a las/os trabajadores/as

como meros factores de producción, predominando la dimensión prescripta del trabajo y su consecuente racionalización del tiempo. En consecuencia, la intervención de las/os 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.

Por otra parte, el cuidado y la contención de las/os integrantes del equipo no encuentran espacio ni tiempo para ser abordados. La mayor parte de las/os entrevistadas/os 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. Profundizar en torno al impacto físico y psíquico del trabajo en las/os trabajadoras/es de la salud se sitúa como una línea fundamental a futuro en la investigación de las ciencias sociales.

En última instancia, se analizaron las relaciones entre las diversas disciplinas en base a los discursos y las prácticas de las/os profesionales. 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, en función 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, entendiendo la salud desde los aspectos bio-psico-sociales.

Bibliografía

- Acevedo, G.; Farias, A.; Sánchez, J.; Astegiano, C. y Fernández, A. (2012) "Condiciones de Trabajo del Equipo de Salud en Centros de Atención Primaria desde la perspectiva del trabajo decente". En *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(12):15-22.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2005) "¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?". En *ARS MEDICA* N°11: pág. 61-85.
- Bordes, M.; Sasseti, F.; Alva, L. y Billordo, J. (2021) "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). Ed. Biblos.
- Bourdieu, P. (1997) "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción". Ed. Anagrama.
- (2000) "Sobre el poder simbólico", en *Intelectuales, política y poder*, traducción de Alicia Gutiérrez, Buenos Aires, UBA/ Eudeba.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005) "Una invitación a la sociología reflexiva". Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Breilh, J. (2013) "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". En *Revista Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1): S13-S27.
- Castel, R. (1997) "La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado". Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Castrogiovani, N., Simonotto, E. y Viedma, G. (2016) "La precariedad en nuestras vidas: pensando el trabajo social desde sus condiciones de trabajo" En: Foro Latinoamericano de Trabajo Social (La Plata, Argentina, 2016).
- De Assis-Brito, M., Teixeira-Carneiro, C., Rocha-Bezerra, M., Cardoso-Rocha, R., & Santiago-da Rocha, S. (2022) "Estrategias de comunicación efectiva entre profesionales de la salud en neonatología". *Enfermería Global*, 21(67), 548-591. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.502051>
- Elichiry, N. (2009) "Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias." en *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9).
- Gómez – Batiste, X; Blay, C; de Nadal, M; Roca, J. (2015) "Transiciones Conceptuales en la Atención Paliativa del Siglo XXI". Cap.3. En: *Manual de Atención Integral de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas*. Ed. Elsevier.
- González Gartland, G. (2019) "Comunicación en salud : conceptos y herramientas"- 1a ed . - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento. 82 p. (Política, políticas y sociedad. Cuadernos de trabajo.
- Liborio, M. (2013) "¿Por qué hablar de Salud Colectiva?" En: *Rev. Méd. Rosario* 79: 136-141, 2013.
- Luxardo, N. y Manzelli, H. (2015) "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*. Editorial Biblos.
- Menéndez E. L. (1985) «Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud», en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33: 3-34.
- _(1990) "Morir de Alcohol: Saber y hegemonía médica". Alianza Editorial.
- Neffa, J. C. (1995) "Las condiciones y medio ambiente del trabajo. Presentación de la visión dominante y de una concepción alternativa". En: *CyMAT* N° 1, PIETTE, CONICET.
- Nunes, E. (2014) "Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión" En: *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 10 (1):57-65, Enero-Abril.
- Spinelli, H. (2010) "Las dimensiones del campo de la salud en la Argentina". En: *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6 (3):p.275-293. Septiembre-Diciembre.
- Stolkiner, A. (1999) "La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". En: *Revista El Campo Psi*, Buenos Aires, Argentina,.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012) "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.