

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2014

La imagen social del VIH/SIDA : Una mirada desde el Trabajo Social

Souza dos Santos, Kátia

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/109>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

Trabajo Final de Graduación

“LA IMAGEN SOCIAL DEL VIH/SIDA: UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL”.

Directora: Lic. Mónica Molina

Vicedirectora: Magister. Elsa Samperio

Kátia Souza dos Santos

Mar del Plata, 2014

S E R DROGADICTO S E R HEMOFILICO S E R
GAY S E R HETEROSEXUAL S E R SOLTERO
SER CASADO SER BLAN CO SER NE GRO SER
HOMBRE SER MUJER SER JOVEN SER VIEJO
SER RUBIO SER MOROCHO SER RICO SER
PO BRE SER ALTO SER BAJO SER LINDO SER
FEO S E R ZURDO SER DIESTRO SER DEBIL
SER FUERTE SER GORDO S E R FLACO SER
SEDENTARIO S E R DEPORTISTA SER LIBERAL
SER CONSERVADOR SER ATEO SER
CREYENTE SER D E L INTERIOR SER DE LA
CAPITAL S E R ALCOHOLICO **PARA** S E R ABS
TEMIO SER ANALFABETO **CONTRAER** SER LE
TRADO SER EMPLEADO **VIH** SER EM
PLEADOR SER DIVERTID O **BASTA** SER ABU
RRIDO SER LOCO SER CUERDO **CON** SER RA
PI DO SER LENTO SER TONTO **SER** SER VIVO
SER SUCIO SER LIMPIO SER **HUMANO** OBSCE
NO SER RECATADO SER HAITIANO
SER ARGENTINO SER HUMANO
SEA HUMANO C ON QUIENES L O PADECEN.

"Nada en la vida puede ser pensado solamente como trágico porque en esta misma sociedad que oprime es posible también descubrir los caminos de la liberación".

Maria Lucia Martinelli

Dedicatoria:

A mi hermano, Nelson Antonio Souza dos Santos en su memoria, fuiste temprano de esta vida pero quedará para siempre en mi corazón.

Agradecimientos:

Primero le doy gracias a Dios por me ha dado la fortaleza para poder superar los obstáculos.

A Alfredo Gamba y Nilda Burna por su estímulo y ayuda permanente, a mi familia especialmente, a mi madre por su ejemplo de lucha y perseverancia.

A Leonor Maidana por su confianza y motivación.

A los Trabajador@s Sociales que compartieron su experiencia profesional sin ustedes no sería posible este Trabajo Final de Graduación.

A Monica Molina y Elsa Samperio por direccionarme en ese proceso de investigación.

A todas aquell@s personas cuyos nombres no aparecen, que creyeron en mí y me apoyaron.

Kátia Souza dos Santos

INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

CAPITULO N° 1

Características de la Ciudad de Mar del Plata

1.1 Localización y ubicación de la Ciudad de Mar del Plata.

1.2 Servicio Sanitario Asistencial de Mar del Plata.

CAPITULO N° 2

Irrupción del VIH/SIDA en el Contexto histórico social y su evolución.

2.1 Descubrimiento del VIH.

2.2 Situación epidemiológica del VIH en el mundo.

2.3 Situación epidemiológica del VIH en América latina.

2.4 Situación epidemiológica del VIH en Argentina.

2.5 Situación epidemiológica del VIH en la Provincia de Buenos Aires.

2.6 Situación epidemiológica del VIH en la Ciudad de Mar del Plata.

2.7 Escenario del VIH en la actualidad: Afección crónica y prevenible.

2.8 Marco normativo jurídico en el que inscribe el VIH/SIDA.

CAPITULO 3

Aspectos Médicos y epidemiológicos

3.1 Concepto de Salud.

3.2 Salud Pública.

3.4 Atención Primaria de la Salud (APS).

3.5 El abordaje interdisciplinario en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA.

3.6 VIH/SIDA.

3.7 Tratamiento.

3.8 Adherencia al Tratamiento.

CAPITULO 4

Determinantes sociales y económicos de la vulnerabilidad al VIH

4.1 Representación Social.

4.2 Vida Cotidiana.

4.3 Calidad de Vida.

4.4 Rede social, apoyo Social y soporte social.

4.5 Estigma y discriminación.

CAPITULO 5

Aspectos teóricos y metodológicos del Trabajo Social

5.1 Definición de Trabajo Social.

5.2 Trabajo Social como practica científica.

5.3 El núcleo básico de la metodología del Trabajo Social: La comprensión intersubjetiva.

5.4 Campo de acción del Trabajo Social.

5.5 Trabajo Social en el Campo de la Salud.

5.6 Rol del Trabajador Social.

5.7 Objeto del Trabajo Social.

5.8 Proceso Metodológico.

CAPITULO 6

Instrumento de recolección de datos

6.1 Universo y unidad de análisis.

6.2 Metodología Utilizada.

CAPITULO 7

7. Características de las Instituciones

7.1 Centro de Salud N° 1 Dr. Arturo Illía.

7.2 C.E.M.A Centro Médico Ambulatorio Municipal.

7.3 I.N.E Instituto Nacional de Epidemiología.

7.4 H.I.E.M.I: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Dr. VitorioTetamanti

7.5 H.I.G.A: Hospital Interzonal General de Agudos.

CAPITULO 8

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones

8.1 Características Generales de la Población que se atiende en las instituciones.

8.2 La intervención del Trabajador Social durante la atención a personas afectadas por VIH/SIDA.

8.3 Calidad de vida de las personas que conviven con VIH/SIDA y se atienden en las instituciones Públicas de Salud de la Ciudad de Mar del Plata.

8.4 Las formas de adhesión al tratamiento antirretroviral de las personas que conviven con VIH/SIDA.

8.5 La vida cotidiana de las personas que viven con VIH/SIDA según registro de los profesionales de Trabajo Social.

8.6 Aislamiento, estigma y discriminación.

8.7 Conclusión

8.8 Recomendaciones

Bibliografías utilizadas

Formato Impreso

Formato Digital

Anexos

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se construye a partir de la experiencia de la práctica pre profesional desarrollada en el Consultorio de Medicina Preventiva (CMP), Programa VIH/SIDA en el centro de Salud N°1 Dr. Arturo Illia en la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires en el año de 2011.

Resultado del Trabajo Final de Graduación titulado: **LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL FRENTE A LA ATENCIÓN A PERSONAS CONVIVIENDO CON VIH/SIDA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA.**

Se trata de ilustrar conceptos de la enfermedad y su alcance a nivel mundial, nacional y específicamente en la Ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires. También se mostrarán los programas a nivel nacional, provincial y municipal que existen para el tratamiento de esta infección.

Se hace una mirada desde lo societal dando cuenta de los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales vinculados al VIH y se fundamenta la actuación del Trabajador Social. Las principales cuestiones relativas a los distintos escenarios que se han ido configurando en el campo de actuación profesional, correspondiente al proceso de intervención en la atención del complejo VIH/SIDA en las instituciones públicas de salud en la Ciudad de Mar del Plata.

De esta manera el trabajo que proponemos realizar está estructurado en ocho capítulos, primero se dan a conocer las Características de la ciudad de Mar del Plata.

El segundo capítulo se trata de la Irrupción del VIH/SIDA en el Contexto histórico social y su evolución.

El tercer capítulo se presenta los Aspectos Médicos y epidemiológicos del VIH/SIDA.

En el cuarto capítulo se hace un relato de los Aspectos Sociales del VIH/SIDA.

El quinto capítulo se describe los Aspectos teóricos y metodológicos del Trabajo Social.

El sexto trata retrata los Instrumento de recolección de datos

En el séptimo capítulo se describe Características de las Instituciones que atienden a personas viviendo con VIH/SIDA

Por último el octavo capítulo hace referencia a los análisis, Conclusiones y Recomendaciones y posteriormente se encuentra un anexo.

FUNDAMENTACIÓN

El VIH/SIDA, si bien ha pasado de ser una enfermedad terminal para pasar a ser una enfermedad crónica, tratable, no deja de ser uno de los problemas de salud pública más complejos debido a que atraviesa varios ámbitos de la vida de las personas. En este sentido, Grimberg ha mencionado que, “El problema VIH/SIDA intersecta núcleos estratégicos de la vida social y de las dimensiones de la subjetividad, a la vez que actualiza categorías clasificatorias morales estigmatizantes de prácticas, sujetos y grupos sociales. Compromete áreas de la práctica social que ponen al descubierto las tensiones institucionales en las definiciones de “enfermedad”, “transgresión”, y “delito”, revelando las ambigüedades y controversias de sentido, las disputas disciplinares e intereses inter e intra-institucionales que modelan las categorías, los métodos y las técnicas de los saberes científicos”.¹

Tomando en cuenta lo anterior, todos estamos afectados por el VIH/SIDA, aunque no lo llevemos en la sangre, sin embargo el VIH/SIDA no afecta a todos por igual sino más bien son más afectados los que se encuentran en una situación socioeconómica más vulnerable, causándole una doble exclusión.

El significado social de la enfermedad ha ocasionado los fenómenos de exclusión y muerte social afectando en los distintos ámbitos. En lo familiar, interpersonal, laboral y grupal, el rechazo social, los prejuicios, la ignorancia acentúa la marginación, la soledad y la vulnerabilidad de los derechos como ciudadanas y ciudadanos. Siendo que mujeres y hombres se ven afectados de

¹Grimberg, M. “La construcción social del problema VIH-SIDA: Tensiones Conceptuales” en “Seminario sobre Sida”. Ed. De la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, 1996.

forma diferente debido a cuestiones históricas, la posición de subordinación de la mujer en la sociedad patriarcal, la dependencia económica a los hombres, la poca oportunidad de negociar y tener relaciones sexuales seguras son realidades que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA.

La epidemia del Sida ha profundizado y reactivado estigmas previos, por ser homosexual, por ser drogodependiente, prostituta por ejemplo. Trayendo consigo el miedo, el estigma y la discriminación, es una problemática social diversa que requiere de un abordaje de distintas disciplinas. Una vez que se trata de un fenómeno heterogéneo en que el abordaje va más allá del sector salud. Siendo así, consideramos necesario profundizar el accionar del Trabajo Social en el área de la Salud y qué estrategias y posicionamientos tiene frente al complejo VIH/SIDA. “El trabajo social actúa - interviene sobre problemas concretos y situaciones determinadas de grupos, organizaciones, comunidades específicas, de personas de carne y hueso, en un aquí y un ahora definido”.

Desde esta perspectiva, es interesante pensar, ¿cuál es el papel ético-político del Trabajo Social con las personas que viven con VIH/SIDA? ¿Cuál es el rol del Trabajo Social frente a esta población? ¿Qué tipos de abordaje aplica el Trabajador Social en una Institución Pública de Salud en la atención a personas, pacientes que viven con VIH/SIDA? “Los Trabajadores Sociales lidiamos a cada momento con los discursos ponderados por otros como discontinuos, erráticos, sin valor jurídico ni autoridad intelectual. Esas palabras huérfanas de importancia exigen de nosotros compleja operación intelectual para convertir los encargos de la gente en verdaderas demandas sociales que interpelen el modelo de las políticas públicas que cada Estado asume para proteger a sus pueblos.”²

Por lo que es preciso que el Trabajador Social salga de la burbuja de cristal, obteniendo solo una visión desde dentro, para captar las nuevas mediaciones y recalificar el quehacer profesional, identificando particularidades y singularidades develando otras alternativas de acción.

El gran desafío para las/los Trabajadores Sociales es desarrollar capacidades para descifrar la realidad social y construir propuestas de trabajo creativas y

²Netto José Paulo, “Trabajo Social: Crítica de la vida cotidiana y Método en Marx; 1 ed. 1reimp. – La Plata: Productora del Boulevard, 2012

capaces de preservar los derechos a partir del emergente cotidiano, ser un profesional propositivo y no solo ejecutor de políticas, desarrollar la capacidad de negociar sus proyectos para defender su campo de trabajo, ir más allá de las rutinas institucionales, aprender el movimiento de la realidad para detectar tendencias factibles a ser impulsadas, rompiendo con actitudes fatalistas o mesiánicas, confrontando y aceptando las posibilidades y limitaciones de la realidad social.

Realizar el estudio acerca de esta problemática no solo nos permite profundizar los interrogantes planteados, sino también a partir de una lectura crítica poder comprender, valorar y ampliar el conocimiento, que es parte de la realidad en la que los Trabajadores Sociales intervienen, enriqueciendo la formación profesional, basada en principios y postulados éticos.

Como expresa lamamoto, el Trabajador Social es desafiado en un tiempo de crisis, donde aumenta la lucha para obtener medios para sobrevivir, se reduce la demanda de trabajo, aumenta la población, acrecentando la exclusión social, económica, etc.

I- Delimitación del objeto a ser sistematizado

La atención por parte del Servicio Social y calidad de vida de las personas afectadas por VIH/SIDA que se atienden en el Centro de Salud N° 1 Dr. Arturo Illia, en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”, en el Hospital Interzonal General de Agudos y en Centro de Especialidades Médicas Ambulatoria en el año 2012

II- Objetivos Propuestos:

Objetivo General:

- Conocer la forma de atención de los profesionales del Servicio Social en la atención al Complejo VIH/SIDA y la percepción que tienen a cerca de la

calidad de vida de esas personas que se atienden en el Centro de Salud N° 1 Dr. Arturo Illia, en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”, el Hospital Interzonal General de Agudos y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias en el año 2012.

Objetivos Específicos:

- Reconocer los indicadores que propician la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA y se atienden en el *Centro de Salud N° 1* Dr. Arturo Illia, en el Hospital Interzonal Especializado *Materno Infantil* “Don Victorio Tetamanti”, en el Hospital Interzonal General de Agudos y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias en el año 2012.

- Describir las formas de adhesión al tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA y se atienden en el *Centro de Salud N° 1* Dr. Arturo Illia, en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”, en el Hospital Interzonal General de Agudos y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias en el año 2012.

- Explorar como es la vida cotidiana de las personas afectadas por VIH/SIDA que se atienden en el *Centro de Salud N° 1* Dr. Arturo Illia, en el *Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil* “Don Victorio Tetamanti”, en el Hospital Interzonal General de Agudos y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias según el relato de los profesionales de Trabajo Social, implicados en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA

Identificar la intervención del Trabajador Social durante la atención a personas afectadas por VIH/SIDA en el *Centro de Salud N° 1* Dr. Arturo Illia, en el *Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil* “Don Victorio Tetamanti”, en el Hospital Interzonal General de Agudos y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias en el año 2012.

Abordaje Metodológico

Mendicoa³ y Botta⁴, expresan que el trabajo de una monografía significa, el tratamiento por escrito de un tema específico, genérico, que no plantea problemáticas para resolver (hipótesis), como en el caso de las tesis. Se elige, investigar en ese tema, ya que es importante poder realizar una actividad básica de indagación, que permita una deconstrucción y construcción de la realidad, alimentando la producción de conocimiento, articulando pensamiento y acción, ya que nada puede ser intelectualmente un problema sin haber sido antes un problema de la vida práctica, ampliando la comprensión exacta de la realidad, con el fin de desentrañar sus secretos y conocerlos en profundidad.

Como coinciden Grassi⁵ y Heller⁶, “la investigación, en tanto producción de conocimiento, le permite al Trabajo Social una práctica profesional con mayor autonomía relativa”, evitando caer en intervenciones rápidas, o sea, hacer sin pensar, actuar sobre lo inmediato sobre el emergente, no se puede reducir la actividad investigativa al proceso de intervención, si bien ambos procesos presentan espacios de yuxtaposición, tienen su propia especificidad y no se puede accionar e intervenir sin previamente conocer. Esta investigación, implica desnaturalizar el problema puntual dado y reconstruirlo a través de una problematización, buscando las múltiples definiciones de este.

En este sentido, la metodología utilizada en esta investigación estará basada en un estudio bibliográfico, descriptivo y de campo, siendo los datos recabados en las instituciones públicas de salud que atienden a personas viviendo con VIH/SIDA.

Utilizaremos como técnica e instrumento para la recolección de datos la entrevista mediante la aplicación de una guía conformada por preguntas abiertas compuesta por cuatro partes:

PRIMERA PARTE (SOBRE LAS INSTITUCIONES), SEGUNDA PARTE (SOBRE EL PACIENTE SEGÚN REGISTROS DE LOS PROFESIONALES DE

³Mendicoa G. (2003) Sobre Tesis y Tesistas. lecciones de enseñanza –aprendizaje (1ªed) Buenos Aires. Editorial Espacio

⁴Botta M. (2007) Tesis, Tesinas, Monografías e Informes (2ªed).Buenos Aires, Editorial Biblos.

⁵Grassi, E.(2003). Políticas y Problemas Sociales en la Sociedad Neoliberal. La otra década infame (1), cap. IV, Buenos. Aires. Espacio Editorial.

⁶Heller, M. (2001).La Toma de Decisiones Responsables en la Práctica del Trabajo Social, Rev. Conciencia Social, Escuela de T. Social de la Universidad Nac. de Córdoba. , n° 1, diciembre.

TRABAJO SOCIAL), TERCERA PARTE (ADHESIÓN AL TRATAMIENTO) y CUARTA PARTE (SOBRE LA TAREA DEL TRABAJADOR SOCIAL).

Orientados a explorar la intervención del Trabajo Social en la atención a personas que se atienden en las instituciones públicas de Salud en la Ciudad de Mar del Plata, así como la percepción acerca de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento antirretroviral de esos pacientes.

El ámbito de estudio será las instituciones Públicas de Salud de la Ciudad de Mar del Plata siendo, la unidad de análisis los procesos de intervención según relatos de los profesionales de Trabajo Social implicados en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA.

Los tipos de fuentes a ser utilizadas en este trabajo serán dos, primaria y secundaria, a través de las primarias la información se alcanzará directamente de la realidad, recolectada con diferentes herramientas. Se utilizarán varios registros escritos de otros investigadores, como así también las actuales redes informáticas que integran las fuentes secundarias. Con esto no se quiere diferenciar la importancia de los mismos ya que parten de una misma secuencia, toda fuente secundaria ha sido primaria en sus orígenes.

Para la obtención de información sobre el problema identificado, se desarrollará el método cualitativo, como señala, Saltalamacchia H.⁷, este permite un acercamiento al universo de significados, motivos, creencias, aspiraciones y actitudes, un espacio más profundo de relaciones con los diversos actores sociales, donde lo cualitativo sería el lugar de las intuiciones, de la exploración, del subjetivismo. Este abordaje busca encontrar en la parte la comprensión y la relación con el todo; la interiorización y la exteriorización como constitutiva del fenómeno.

CAPITULO N° 1

Características de la Ciudad de Mar del Plata

⁷Saltalamacchia, H. (2002), Del Proyecto al Análisis: aportes a la investigación cualitativa. texto inédito. Págs. 80 a 103 (fragmentos)

1.1 Localización y ubicación de la Ciudad de Mar del Plata

Mar del Plata es la cabecera del partido de General Pueyrredón y la urbe turística más importante de Argentina tras Buenos Aires, ya que en época de verano su población puede aumentar un 311%. Cuenta con una de las infraestructuras hoteleras más amplias del país. Está ubicada a 404 km al sureste de la Ciudad de Buenos Aires

Con un importante centro balneario y puerto argentino ubicado en la costa del mar Argentino, en el sudeste de la provincia de Buenos Aires.

Las principales actividades son la industria portuaria alrededor de la pesca y la turística. La industria textil es asimismo sumamente importante. El puerto es principalmente pesquero, aunque recibe también barcos petroleros, cerealeros y cuenta con una nueva terminal de pasajeros. La ciudad cuenta con todo tipo de industrias entre las que se destacan las textiles, hortícolas, de construcción y metalmecánicas, y algunas tienen asiento el Parque Industrial Manuel Savio.

La ciudad de Mar del Plata como cualquier otra ciudad turística del mundo, experimenta una notable variación entre la población estable, y la estacional. Debido al incremento poblacional se hace necesario generar una mayor oferta de bienes y servicios en los períodos de vacaciones o fines de semana largos.

En el censo poblacional de 2010, los primeros datos disponibles son de 616.142 habitantes sobre un total de 316.014 viviendas censadas, de los cuales un 48% pertenece a hombres y un 52% a mujeres.

Desde un punto de vista geográfico es considerada la ciudad costera más poblada de Argentina.⁸

1.2 Servicio Sanitario Asistencial de Mar del Plata

La salud se expresa en una serie de medio de producción de la política sanitaria a través de instituciones, tecnología, medicamentos, recursos humanos. Para determinar qué rol tiene el Estado en este proceso, es necesario tener en cuenta qué impacto institucional tiene esas políticas, qué

⁸http://es.wikipedia.org/wiki/Mar_del_Plata#Poblaci.C3.B3n

tipo de práctica se propone, qué tipo de política social se está implementando y que concepción de salud se va a poner en práctica.⁹ La comuna se encarga de brindar la asistencia sanitaria esencial a través de modernos métodos científicos, con la tecnología disponible, en manos de equipos de profesionales calificados, para poner al alcance de todos servicios básicos a un costo que el gobierno local y el país pueden soportar.

La atención primaria de la salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad.

La política de atención de la salud pública, ha sido pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades, por ese motivo existen diversos Programas dirigidos a grupos de niños, adultos y ancianos.

Los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad, para que todos puedan contar con un Centro de Atención cercano a su domicilio. La atención primaria forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad.

Mar del Plata cuenta con 32 centros de Atención Primaria distribuidos por distintos barrios de la ciudad y 7 postas sanitarias, también cuenta con el Centro Medico de Especialidades Ambulatorias (CEMA) que funciona como segundo nivel de atención.

CAPITULO N° 2

Irrupción del VIH/SIDA en el Contexto histórico social y su evolución

2.1 Descubrimiento del VIH

Desde 1981 se detectaron casos sorprendentes de infección por *Pneumocystisjiroveci* (entonces designado *Pneumocystiscarinii*), un hongo emparentado con las formas originales de los Ascomycetes, conocido por infectar a pacientes severamente inmunosuprimidos. Inicialmente se observó un grupo de casos semejantes en los que estaban implicados varones

⁹Cesilini, G. A.; Guerrini, M.E.; Novoa, P.L “La Nueva Pobreza en el ámbito Hospitalario”. Cap. I Los Derechos Humanos, la cuestión social y la salud estatal, pág 73. Espacio. Bs. As. 2007

homosexuales y donde aparecía a la vez infección por citomegalovirus y candidiasis. Se pensó primero que la causa debía estar ligada a prácticas comunes entre la población homosexual masculina. Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a varones o mujeres heterosexuales usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos; también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido transfusiones de sangre entera o de productos sanguíneos por su condición de hemofílicos. Enseguida se concluyó que la causa debía ser un agente infeccioso que se transmitía de forma semejante a como lo hace el virus de la hepatitis B. Distintos equipos empezaron a buscar un virus asociado a los casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida, tal vez un retrovirus como el que se sabía producía la inmunodeficiencia del gato o como el HTLV, productor de un tipo de leucemia. En 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre retrovirus y cáncer dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L. Montagnier, encontró un candidato al que denominó lymphadenopathy-associated virus (virus asociado a la linfadenopatía, LAV).

En 1984 el equipo de R. Gallo, descubridor del HTLV, único retrovirus humano conocido hasta entonces, confirmó el descubrimiento, pero llamando al virus human T lymphotropic virus type III (virus linfotrópico T humano tipo III, con las siglas HTLV-III). Se produjo una subsecuente disputa sobre la prioridad en la que quedó claro que Gallo había descrito el virus sólo después de haber recibido muestras de los franceses. L. Montagnier y el equipo francés actuaron con moderación y dignidad, mientras que R. Gallo produjo uno de los espectáculos más lamentables de la ciencia moderna. Como parte de la resolución del conflicto, el virus adquirió su denominación definitiva, human immunodeficiency virus (HIV) que en castellano se expresa como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En el mismo año, 1983, en que se identificó el virus, diversos equipos empezaron a trabajar en la secuencia de su genoma, publicada a principios de 1985, y comenzó también la caracterización de sus proteínas.

2.2 Situación epidemiológica del VIH en el mundo

En 2012, 35,3 millones de personas vivían con el VIH. Desde el comienzo de la epidemia, cerca de 75 millones han contraído la infección por el VIH.

Desde 2001, los casos de nuevas infecciones por el VIH han descendido en un 33%. A nivel mundial, 2,3 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en 2012, una cifra menor que la registrada en 2001, con un total de 3,4 millones.

Entre 2001 y 2012, las nuevas infecciones por el VIH en adultos y jóvenes descendieron aproximadamente en un 50% en 26 países.

Desde 2001, los casos de nuevas infecciones por el VIH en niños han descendido en un 52%.

A nivel mundial 260.000 niños contrajeron la infección por el VIH en 2012, una cifra menor que la registrada en 2001, con un total de 550.000.

Las muertes relacionadas con el Sida han caído en un 30% desde los índices máximos registrados en 2005.

En 2012, 1,6 millones de personas fallecieron en todo el mundo por causas relacionadas con el sida, una cifra menor con respecto a los 2,3 millones de 2005.

Desde los comienzos de la epidemia, alrededor de 36 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

En 2012, cerca de 9,7 millones de personas que vivían con el VIH en países de ingresos bajos y medios tuvieron acceso a la terapia antirretrovirica.

Ello representa un 61% de las personas que necesitan el tratamiento, según las directrices de la OMS de 2010, y un 34% de las personas que lo necesitan según las directrices de la OMS de 2013.

2.3 Situación epidemiológica del VIH en América latina

En 2011 cerca de 1,4 millones de personas vivían con el VIH en América Latina, en comparación a los 1,2 millones en 2001.

En América Latina alrededor de 83.000 personas contrajeron el VIH en 2011, comparado con la cifra de 93.000 en 2001

El número de personas que murieron por causas relacionadas con el SIDA cayó en un 10% entre los años 2005 y 2011, desde 60.000 a 54.000.

Tras África Subsariana, el Caribe es una de las regiones más afectadas por la epidemia del VIH.

La prevalencia del VIH en adultos fue en 2011 de alrededor de 1%, una cifra superior a cualquier otra región del mundo a excepción de África Subsariana.

En el Caribe el número de personas que vivían con el VIH se ha mantenido relativamente baja 230.000 en 2011 y apenas ha variado desde finales de la década de 1990.

La región ha experimentado un notable descenso (42%) de nuevas infecciones por el virus desde el año 2001, desde 22.000 a 13.000 en 2011.

Las muertes por causas relacionadas con el sida descendieron desde alrededor de 20.000 a 10.000.

Pese a que los países de ingresos bajos y medios han mantenido durante muchos años una cobertura casi universal de medicamentos antirretrovíricos para mujeres embarazadas, solo el Caribe ha alcanzado niveles similares, de un 79%.

En América Latina la cobertura de regímenes antirretrovíricos para prevenir la transmisión materna infantil en 2011 fue del 56%.

El número de niños que contrajeron el VIH cayó un 24% en América Latina y un 32% en el Caribe desde 2009 a 2011.

En el año 2011 la cobertura de la terapia antirretrovírica fue del 68% en América Latina y del 67% en el Caribe, en comparación a la media situada en el 54%.

La cobertura de la terapia antirretrovírica puede experimentar variación de un país a otro de la región.

La cobertura de la terapia antirretrovírica puede experimentar variaciones de un país a otro de la región: La cobertura del tratamiento ascendió a más del 80% en Cuba, la República Dominicana, México y Guyana. En Argentina, Brasil, Chile, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela se

alcanzó una cobertura de más del 60%. En Bolivia la cobertura del tratamiento en 2011 fue inferior al 20%.¹⁰

2.4 Situación epidemiológica del VIH en Argentina

En 1992 se conocen en la Argentina los primeros casos de muertes por SIDA. A mediados de los 80, los casos de SIDA en el país encuentran un sistema de salud deteriorado, con nula inversión en mantenimiento y menos en recursos materiales. Las políticas sanitarias no encuentran cauce y sólo se atina en 1989 legislar sobre el SIDA y los posibles problemas de discriminación a los infectados y enfermos (ley Nacional N° 23.789).

Sin un reconocimiento expreso de su transmisibilidad por la vía sexual, el SIDA aparece en el escenario argentino como una enfermedad importada de “otros” seres humanos llamados “homosexuales” y cuya mortalidad alerta sobre la posibilidad de expresión al resto de los ciudadanos por vía sanguínea, a través las transfusiones.

Hoy, la epidemia en el país se ha estabilizado y no presenta cambios significativos desde hace al menos cinco años. Se siguen diagnosticando anualmente alrededor de 5 .500 personas con VIH, valor cercano a las nuevas infecciones estimadas en ese espacio de tiempo, fallecen aproximadamente 1 .400 personas por sida y se infectan alrededor de 100 niños/as por transmisión vertical.

Se estima que en Argentina viven alrededor de 110 .000 personas con VIH, 4 de cada 1.000 jóvenes y adultos están infectados con el virus y el 40% de ellos desconoce su condición. La prevalencia entre los hombres que tienen sexo con otros hombres es del 12%; entre los usuarios de drogas, del 7%; entre las mujeres que realizan trabajo sexual, del 2%; y entre las personas trans, del 34%. Las curvas de incidencia, prevalencia y mortalidad por sida se han “amesetado” en el último quinquenio. La tasa de diagnósticos de infección por

10

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr20130923_Factsheet_Global_es.pdf

VIH se mantiene en valores cercanos a 12 por 100 mil habitantes y el 90% de las nuevas infecciones se deben a relaciones sexuales desprotegidas.

La tasa de afectados por sida continúa rondando el 4 cada 100 mil habitantes y la tasa de mortalidad se ubicó en 3,3 por 100 mil durante 2010. Con respecto a la mortalidad, luego de haber alcanzado un pico en 1996, comenzó a descender hasta estabilizarse en 2005. El amesetamiento de este indicador y la dificultad para mejorar aún más se deben, entre otras causas, a los diagnósticos tardíos, a obstáculos en la adherencia a los tratamientos y a problemas en la accesibilidad a los servicios de salud.¹¹

2.5 Situación epidemiológica del VIH en la Provincia de Buenos Aires

El mapa de la distribución geográfica de las infecciones por VIH ha cambiado a lo largo de los años. Mientras que a principios de la década casi el 80% de los diagnósticos correspondían a residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires y de la región central del país, esta proporción descendió al 65% en los últimos tres años. Al comparar los períodos 2001-2004 y 2009-2011, se observa que las principales variaciones ocurrieron en el GBA, que pasó de concentrar el 35% de las notificaciones al 20%, diferencia que fue absorbida por el resto de las regiones del país.

Se ha registrado un descenso en la proporción de diagnósticos a lo largo de la década en la provincia de Buenos Aires (de 49% a 33%) y en CABA (de 18% a 13%), proceso que se ve reflejado en el aumento en el resto de los distritos, en muchos de los cuales se ha duplicado el porcentaje de diagnósticos.

Dentro de la provincia de Buenos Aires, no se observan variaciones significativas en la última década. En el período 2009-2011, a nivel de las regiones sanitarias, las regiones V y VI concentran casi la mitad de las notificaciones, proporción que alcanza los dos tercios si se incluyen las regiones VII, VIII y XI. En esta provincia, cuatro partidos concentran el 25% de las notificaciones (La Matanza, General Pueyrredón, Lomas de Zamora y La

¹¹ <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/boletin-epidemiologico-2012.pdf>

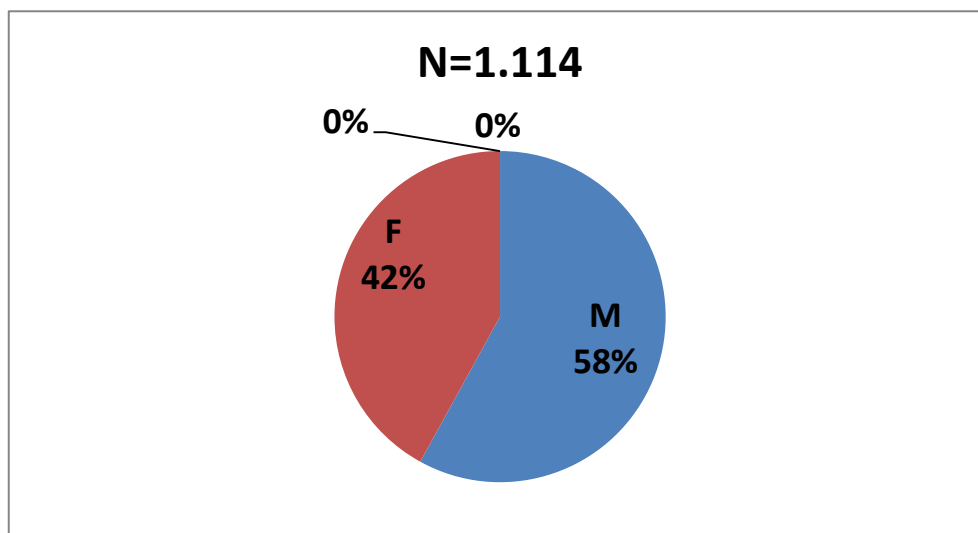
Plata) y alcanzan el 50% si se les suman otros siete partidos (Lanús, Almirante Brown, Moreno, General San Martín, Quilmes, Avellaneda y Merlo).¹²

2.6 Situación epidemiológica del VIH en la Ciudad de Mar del Plata

En 2009, según Juan Carlos Gentile, en ese momento tesorero de la Red de Personas Viviendo con VIH SIDA en Mar del Plata estimó que "en Mar del Plata hay 20 mil personas afectadas por el virus", mientras que de ese total aproximadamente 1.700 son tratadas en el sistema público de salud".¹³ La Situación Actual de la Población infectada por VIH hasta el periodo de Marzo de 2013, según Programa de VIH – SIDA e ITS que se atienden en los Centros de Salud Público es de 1.114,00 personas.

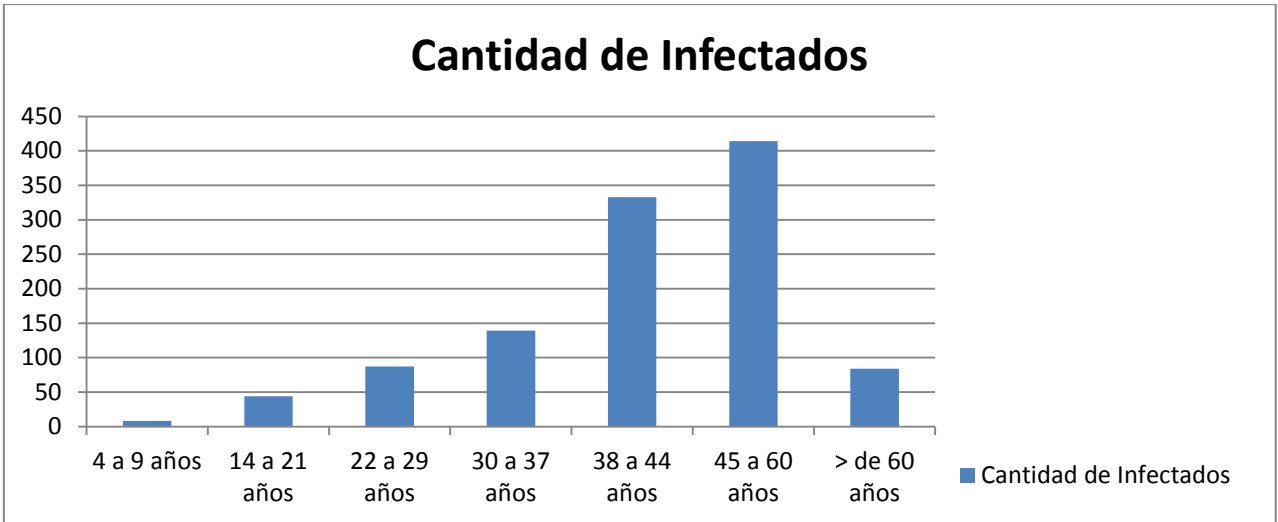
Región Sanitaria VIII

Proporción de infectados por VIH

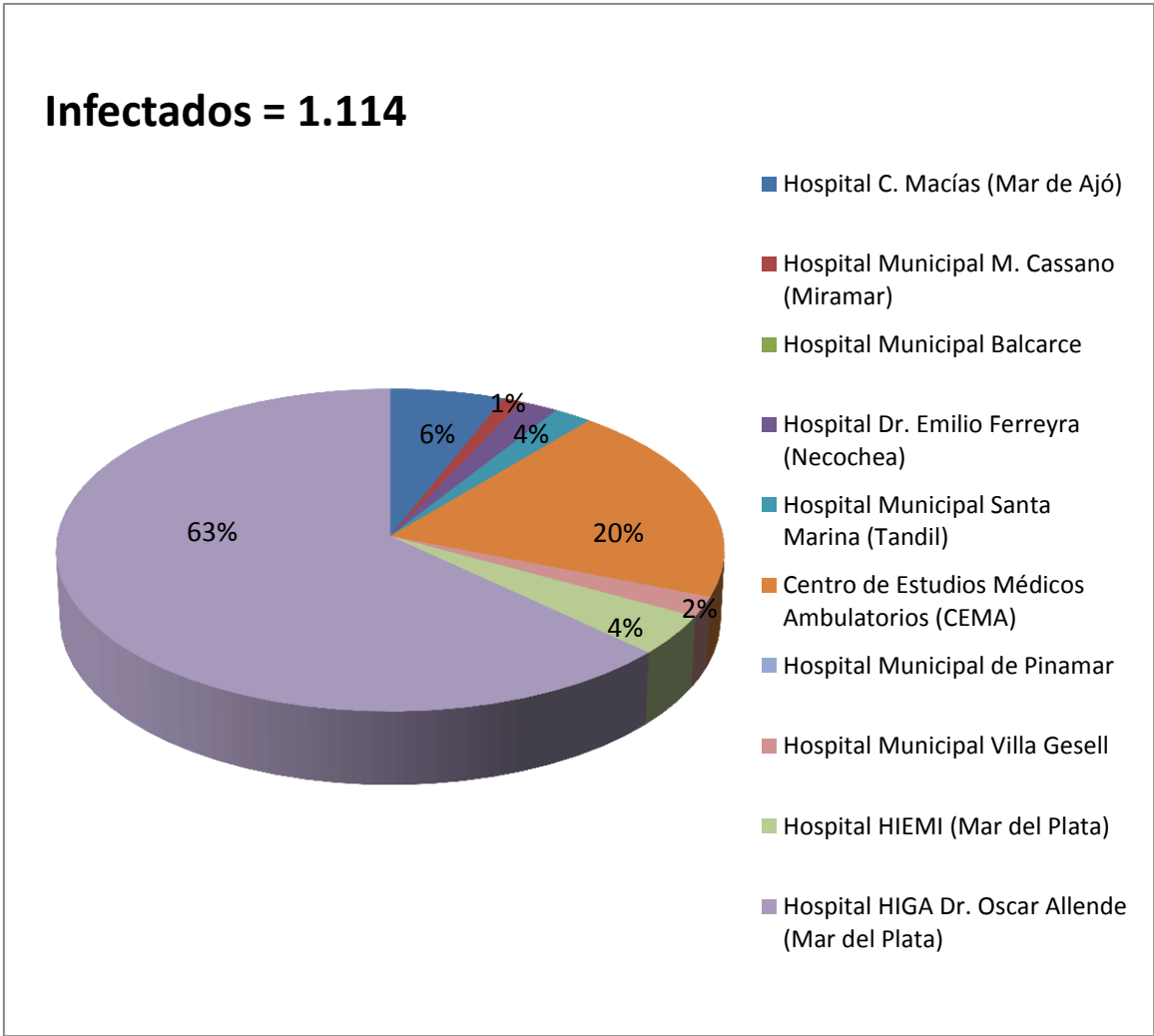


¹² <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/boletin-epidemiologico-2012.pdf>

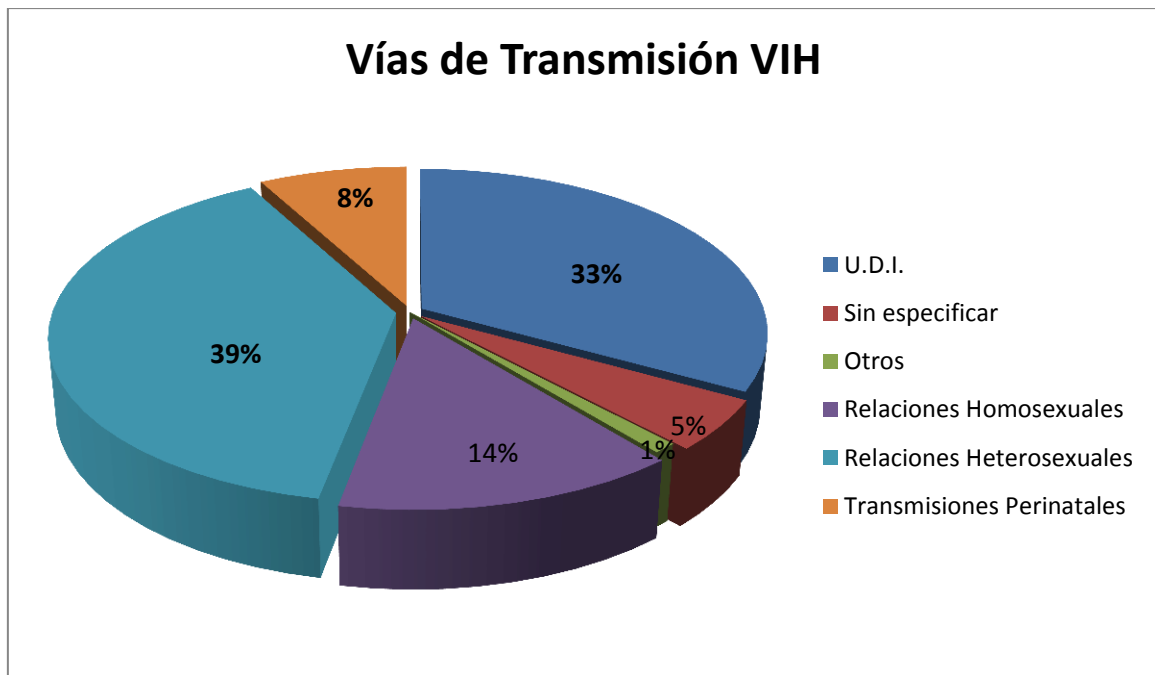
¹³ <http://www.lacapitalmdp.com/noticias/La-Ciudad/2009/12/01/128271.htm>



Región Sanitaria VIII



Fuente: Programa de VIH-SIDA e ITS -



2.7 Escenario del VIH en la actualidad: Afección crónica y prevenible

En 1982, en los periódicos y medios de divulgación científica, se informaba acerca de la emergencia de una misteriosa nueva enfermedad que afectaba a los gay masculinos en Estados Unidos. Eso fue acompañado con una interpretación moral y sexual que limitaba el problema a esta minoría sexual y social.

Al mismo tiempo, aparecen los primeros casos en la Argentina esta etapa se puede situar hacia 1986, aunque registren los primeros casos con anterioridad.

Los primeros casos fueron personas homosexuales, bisexuales y DIV-Drogodependientes intra venosos. Lo que profundizó la exclusión y los pacientes sufrieron una doble estigmatización por tal motivo.

Luego se pasó hacia la homofobia, todo homosexual era sospechoso de tener SIDA. En este periodo se marginó la población con SIDA, identificándose a la enfermedad como “peste rosa”.

Desde la aparición de la terapia antiretroviral en 1996, los infectados por el VIH han experimentado mejoras en su estado de salud general y en su calidad de vida.

El VIH dejó de ser una enfermedad mortal para pasar a convertirse en una enfermedad crónica.

“Actualmente se propone el termino persona que vive con VIH/SIDA como una forma de dejar de lado el estigma y revalorizar la identidad de cada sujeto; siendo esta enfermedad una característica más entre otras, y no la que define su identidad”.¹⁴

Se modificó la noción de “grupo de riesgo” reemplazándosela por la de conducta riesgosa.

Se profesionalizó la respuesta dada sobre el SIDA en organizaciones de autoayuda. Se produjo la alianza entre médicos y comunidades gay.¹⁵

Un diagnostico positivo no significa necesariamente la muerte inminente, ni la terminación de una vida normal, impone, eso sí, la necesidad de reordenar prioridades y de cuidados, especialmente en lo que se refiere a la transmisión de la infección a otras personas. Se sabe que entre el momento de la infección y la aparición de los síntomas del SIDA puede pasar hasta más de 10 años durante los que la persona puede hacer una vida relativamente normal.

Planteado en su principio como SIDA, enfermedad terminal, peste rosa, bicho, sumado a las vías de transmisión gay, usuarios de drogas inyectable dando lugar al ocultamiento de la enfermedad, al estigma y la discriminación.

En la actualidad los pronósticos son otros, una persona con accesibilidad al sistema de salud y al tratamiento antirretroviral logra mejorar su calidad de vida y evitar las enfermedades asociadas al SIDA.

Los medicamentos antiretrovirales para el tratamiento del VIH retardan la aparición del Sida, aumenta la expectativa de vida y contribuye a que las PVVS pueda vivir plenamente dentro de sus diferentes redes familiares, afectivas y económicas. Sin embargo el VIH no es solamente una cuestión de salud por lo tanto una problemática social, compleja en que atraviesa distintos factores

¹⁴Commisso, María de los Angeles; “Mujeres viviendo con VIH-SIDA: Análisis e intervención del Trabajo Social. – ed. – Buenos Aires: Espacio Editorial, pág 141, 2007

¹⁵Kornoblit, Ana ;Mendez, Maria.; “Sida y Sociedad”, Espacio. Bs. As. 1º Edición, 1997. Pág. 14

vinculados al estigma, la discriminación, la falta de información falta de información, pobreza, desempleo y barreras culturales.

2.8 Marco normativo jurídico en el que inscribe el VIH/SIDA

La extensión de la epidemia del VIH/SIDA y la alta vulnerabilidad de algunos grupos de población frente a ésta especialmente jóvenes, mujeres y personas en condiciones de pobreza constituyen una muestra de la marginación y la inequidad en el pleno goce de los derechos individuales y sociales.

“Por muchos motivos, la epidemia del VIH/SIDA puso en evidencia que la sociedad en la que vivimos es infinitamente más compleja de lo que creemos en general. En el terreno específico de la salud, lidiar con esta infección obligó a un importante número de científicos sociales y del campo de la biomedicina a mejorar la comprensión sobre la sexualidad, como requisito indispensable para llevar adelante políticas, programas y prácticas preventivas y asistenciales que pudieran detener y/o responder a los efectos de la epidemia.

Las últimas dos décadas también han sido escenario de luchas de grupos de la sociedad civil y sectores del Estado por mejorar la calidad ciudadana de aquellas poblaciones marginadas, discriminadas y vulneradas en sus derechos más elementales.

Estas luchas políticas planteadas desde la sociedad civil en defensa de los derechos sexuales han tenido la visibilización de personas y problemáticas que eran estigmatizadas y/o ignoradas en sus necesidades y reclamos específicos”.¹⁶

Las personas que viven con VIH, tienen los mismos derechos que el resto de las personas, todos son iguales ante la ley, y a la vez distintos como seres únicos e irrepetibles.

En determinadas circunstancias, sin embargo, algunos de estos derechos deben reforzarse y se debe promover su protección. Una de esas circunstancias se da por la desprotección y desamparo que sufren algunas personas con VIH/SIDA debido a la discriminación. Cuando un dato biológico

¹⁶ http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000145cnt-2013-06_salud-vih-sida-sexualidad-trans.pdf

(infección por VIH) se transforma en un estigma surge la discriminación y el trato desigual.

El instrumento legal que tiende a reforzar y promover los derechos de las personas que viven con VIH es, fundamentalmente, la Ley Nacional de SIDA Nº 23.798 y decreto reglamentario, y las leyes 24.455/95 y 24.754/96, que se refieren a la obligatoriedad de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga a brindar atención integral a las personas con VIH sin costo adicional alguno. (La ley 25543/02 sobre mujeres embarazadas, en materia de transmisión vertical; la ley 26682/11 marco regulatorio de la Medicina Prepaga).

Por el solo hecho de ser persona, todas y todos tenemos derechos. Los derechos son como las reglas de juego de la sociedad y sirven para que vivamos y nos desarrollemos sin perjudicarnos unas personas a otras.¹⁷

CAPITULO 3

Aspectos Médicos y epidemiológicos

3.1 Concepto de Salud

Se adhiere al concepto de salud, como la “posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive”. La salud y la enfermedad se construyen desde aspectos biológicos y sociales. Esta definición implica, por un lado, considerar a la persona como una unidad bio-social y, por el otro, significa no concebir la salud como estado inalterable ni como mera adaptación al medio.

Así, la persona tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se plantean, lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como ser activo que participa en el logro de su salud.¹⁸

“Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una percepción socioecológica de la salud, que es a su vez esencial para el

¹⁷ http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000137cnt-2013-06_guia-vivir-positivo-2013-web.pdf

¹⁸ Kornoblit, Ana.; Mendez, Maria.; “Sida y Sociedad”, Espacio. Bs. As. 1º Edición, 1997. Pág 9

concepto de promoción de la salud, termino asociado inicialmente a un “conjunto de valores”: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación entre otros. Se refiere también a una “combinación de estrategias”: acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de los individuos (desarrollo de habilidades personales), del sistema de salud (reorientación del sistema de salud) y de asociaciones intersectoriales; esto es trabaja con la idea de “responsabilidad múltiple”, ya sea por lo problemas, ya sea por las soluciones propuestas por los mismos. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes. En este contexto destaca asimismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciados por el contexto cultural que tiene lugar”.¹⁹

Es importante en el momento de entender el proceso de salud-enfermedad considerar el enfoque hermenéutico, para este enfoque hay una realidad subjetiva que no está separada del sujeto que la aprehende. Es decir comprender el sentido de las acciones del sujeto en el contexto y desde su perspectiva.

Según este enfoque, para mirar la complejidad de la realidad en sus múltiples dimensiones es fundamental partir desde el discurso del otro, la significación que el sujeto da a los hechos y acciones de la vida cotidiana. Existen otras realidades que exceden la temática del VIH/SIDA van más allá de la enfermedad, los pacientes tienen otras demandas, vinculadas con lo económico, lo laboral, (algunos de estos pacientes suelen estar desocupados, no tener trabajo estable o ejercer la prostitución), falta de red de apoyo social ya que muchos de estos pacientes no comparten con familiares y amigos a cerca de su situación de salud.

¹⁹Alleyne, George “Salud, ética y desarrollo humano” en Plan Federal de salud – Modulo I Salud y Sociedad. Posgrado en salud social y Comunitaria Pág 36. , Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2007

“La categoría salud-enfermedad-atención supone como unidad de análisis un sujeto colectivo, a partir de concebir lo social no como causalidad o determinante externo, sino como carácter global de estos procesos. De esta manera, se puede decir que los procesos de salud-enfermedad-atención no sólo constituyen emergentes de las condiciones de trabajo y de vida en una sociedad dada; son, al mismo tiempo, una construcción social resultado de modalidades específicas de relaciones”.²⁰ Fundamentalmente, nos basamos en una concepción de salud como Derecho de todos los seres humanos en donde la persona pueda recibir atención médica en igualdad de condiciones mediante la necesidad que tenga y no en base a su condición socioeconómica.

Desde el Trabajo Social, se considera a la salud como conflicto, que surge del intercambio dinámico del hombre con su medio; así aparece el óptimo vital de salud. El ser humano está en salud si resuelve los conflictos y mantiene el intercambio la autora cita a Floreal Ferrara (1987) para quién la salud es la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida. La conquista de la salud es una conquista de Derechos Sociales.²¹

3.2 Salud Pública

Salud pública es la ciencia y el arte de evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos y paramédicos para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de enfermedades, y el perfeccionamiento de la máquina social que asegurará a cada individuo, dentro de la comunidad, un patrón de vida adecuado al mantenimiento de la salud.

3.3 Atención Primaria de la Salud (APS)

²⁰Kornoblit, Ana.;Mendez, Maria.; “Sida y Sociedad”, Espacio. Bs. As. 1° Edición, 1997. Pág 9

²¹Cesilini, G. A.; Guerrini, M.E.; Novoa, P.L “La Nueva Pobreza en el ámbito Hospitalario”. Cap. I Los Derechos Humanos, la cuestión social y la salud estatal, pág 68. Espacio. Bs. As. 2007

La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS está dirigida a la atención de las personas de manera continua, que se sostenga de manera acorde a la estructura económica del país y con el libre acceso a toda la población con base científica que permita realizar una investigación sobre las necesidades comunes y cuya comunidad sea miembro activo de las definiciones en cuanto a su salud.

La APS significa un primer contacto (atención), continuidad (permanencia del vínculo entre el profesional y la persona) integralidad (la atención de la persona debe ser relacionada con su contexto) y coordinación entre los integrantes del equipo la institución y la comunidad.

La estrategia de APS cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de servicios, el cambio fundamental implícito es que la comunidad y sus individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen , participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio- cultural en lo que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad, así como interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad. Para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

Las acciones, para alcanzar las metas en Atención Primaria, deben ser por lo tanto integrales, es decir, dirigidas no solo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo por eso se las denomina: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación).

3.4 El abordaje interdisciplinario en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA

La interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos.

En este sentido dice TentiFanfani que, “la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos”, y frente a ello el autor llama la atención a la formación profesional diciendo, es sintomático que la formación de los especialistas no haya tomado suficientemente en cuenta la necesidad de desarrollar en sus graduados las habilidades necesarias para el trabajo en equipos inter-disciplinarios”.²²

“La realidad es concebida como una totalidad conformada por dimensiones objetivas y subjetivas siendo las primeras aquellas que están referidas a las instituciones y al lenguaje (o sea las que no están ligadas a historias particulares) y las segundas las que tocan con la cotidianidad, las vivencias, las experiencias y el mundo de la vida. Además de subjetivas, la realidad social es epistémica, es decir producida social, cultural e históricamente por los sujetos”.

²³ Según Follari, lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco.

Los y las trabajadores/as sociales trabajan en equipos interdisciplinarios por la naturaleza misma de los problemas que enfrentan. Esto exige por una parte tener un conocimiento suficiente de la problemática abordada, y por otro, no perder identidad y transformarse en una caricatura de médico, de abogado y

²²Carballeda, Alfredo Juan. “Nuevos escenarios y la intervención en Trabajo Social” pág 35, Espacio Bs. As.

²³ Vélez Restrepo, Olga Lucía. “Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas Espacio, 1º Ed, pág. 143, 2003Bs. As

valorar la especificidad de nuestro aporte. Desde los centros de salud privado en la Ciudad de Mar del Plata no existe la integración de un Profesional del área de Trabajo Social en todos los lugares de atención y eso dificulta tener una mirada amplia acerca de qué pasa con la salud además de que refuerza una idea de que el Trabajo Social solo es necesario en los contextos de carencia y vulneración cuando la visión debería ser la de inserción del Trabajador Social en todos los ámbitos de la salud a fin de garantizar al máximo los Derechos fundamentales de los usuarios de los servicios de salud.

3.5 VIH/SIDA

VIH/SIDA (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV en inglés). Virus ya que éste es el agente extraño que ingresa a nuestro organismo, como por ejemplo: el virus de la gripe

Inmunodeficiencia porque produce una disminución de los mecanismos de defensa o sistema inmune.

Humana porque el VIH sólo puede vivir en el organismo de las personas y porque su transmisión se produce únicamente de un ser humano a otro. Ningún animal puede infectarse, ni siquiera transportar pasiva o activamente al microorganismo entre dos humanos.

SIDA (Síndrome inmuno deficiencia adquirida) Síndrome: Conjunto de signos y síntomas Inmunodeficiencia porque produce una disminución de los mecanismos de defensa o sistema inmune.

Inmuno: Relacionado con el sistema de defensas de nuestro cuerpo.

Deficiencia: Indica que el sistema de defensas no funciona o funciona incorrectamente.

Adquirida: Que se adquiere la enfermedad durante su vida, no es hereditaria ni congénita.

Con frecuencia se habla de la infección por VIH y del SIDA como si fueran sinónimos, pero, Tener VIH no quiere decir que se tiene SIDA. El estar infectado con el VIH significa que uno ha estado expuesto al virus y que No es definitivo que vaya a desarrollar la enfermedad. Se puede permanecer sin

síntomas (Portador Asintomático), por mucho tiempo. Es de fundamental importancia resaltar que con el avance de los nuevos tratamientos se puede vivir saludablemente con el VIH toda la vida. El SIDA es la etapa avanzada de la infección por VIH con presencia de síntomas que se producen cuando el Sistema Inmunológico se deteriora y deja de funcionar en forma eficaz, desarrollándose enfermedades oportunistas y/o marcadoras debido a que se ha perdido la capacidad de defensa del organismo de luchar contra los distintos agentes que causan enfermedades. Un gran porcentaje de los infectados con el virus del Sida tienen también el virus de la hepatitis C, por eso la importancia de los controles.

Desde que una persona se infecta con VIH hasta que desarrolla la enfermedad del SIDA, existe un período asintomático que suele durar unos 10 años. El resultado positivo de un test de VIH no significa necesariamente que la persona tenga SIDA, sino que existen anticuerpos en su sangre que delatan la infección.

Cuando una persona tiene VIH se puede conocer el estado de su sistema inmunológico mediante el conteo de los niveles de CD4 (linfocitos T) en su sangre. Un conteo de CD4 normal en una persona sana es de entre 480 y 1800 por milímetro cúbico. Un conteo de CD4 de menos de 200 por milímetro cúbico puede considerarse diagnóstico de SIDA.

En el caso del VIH hablamos de transmisión y no de contagio, ya que el paso del virus de una persona viviendo con VIH/SIDA a otra no se produce a través el aire, el agua, los alimentos, etc. Si esta infección fuera contagiosa no podríamos compartir utensilios, y el simple acercamiento a una persona que vive con el virus podría infectarnos, con lo cual el VIH ya se hubiera extendido de una manera incontrolable.

Una enfermedad contagiosa es, por ejemplo, la gripe, ya que por el simple hecho de compartir el espacio aéreo con personas enfermas, el virus que la produce puede infectarnos. Por lo tanto, científicamente es correcto decir transmisión y no contagio.

Es importante hacer esta diferenciación ya que, el contagio se produce aun cuando queramos evitarlo, la transmisión del VIH es perfectamente evitable

cuando hemos incorporado conductas de prevención. Esto se logra conociendo las vías de transmisión y actuando en consecuencia.

3.6 Tratamiento

Toda persona que vive con VIH/SIDA debe tener acceso al espectro completo de drogas antirretrovirales actualmente disponibles, y ese acceso debe estar facilitado, aunque la persona no necesite medicarse inmediatamente. La medicación es gratuita por ley.

3.7 Adherencia al Tratamiento

Reconociendo los avances respecto al tratamiento y acceso a los medicamentos, en el sector público aun así no ha sido suficiente para proporcionar una mejora en la salud de los pacientes ya que hay fallas en la adherencia al tratamiento resultando en bajos resultados en salud y mayores costos sanitarios. En la publicación de la OMS del año de 2004 define la adherencia al tratamiento como. “El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.”

El documento de Consenso del Grupo de Estudio del SIDA sobre el tratamiento antirretroviral del adulto de enero de 2010 define adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) como. “La capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Sin embargo, la adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores de índole social y económica por el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de las enfermedades y los factores relacionados con el paciente.

Generalmente se asocia la “adherencia al tratamiento” con el “cumplimiento correcto de la toma de la medicación”, pero cuando se habla de adherencia se

está hablando de mucho más que eso. Se está hablando de la posibilidad de un diálogo y sobre todo, de la nivelación del poder.

El diagnóstico no debe implicar sólo la prescripción de drogas antiretrovirales. La contención, la transmisión de información completa, correcta y entendible deben realizarse mucho antes que cualquier prescripción.

Muchas veces la causa del fracaso de la adherencia es la falta de información correcta y suficiente o la inadaptación entre la prescripción y la realidad de la vida de la persona. El cumplimiento del tratamiento no debe significar de ningún modo "obediencia". El esquema de tratamiento debe adecuarse a la realidad de la persona y no a la inversa, aunque el médico no acuerde con esa realidad. La elección del tratamiento no debe ser vertical, es decir no depende sólo del médico, debe ser trabajada entre la persona que vive con VIH/SIDA y el médico, en forma conjunta.

CAPITULO 4

Determinantes sociales y económicos de la vulnerabilidad al VIH

4.1 Representación Social

Según Maria Teresa Sirvent, las representaciones sociales son fenómenos culturales que condicionan el reconocimiento colectivo de necesidades, la selección de satisfactores y las prácticas culturales de la vida cotidiana de un grupo. Una representación social no es una opinión momentánea y fragmentada, sino una construcción en torno a determinado aspecto del mundo circundante que estructura una amplia gama de informaciones, percepciones, imágenes, creencias, valores y normas de un grupo social sobre diversos aspectos de la vida cotidiana. ²⁴ "...Las investigaciones sobre aspectos psicosociales del SIDA han revelado la estrecha vinculación existente entre las creencias culturales y representaciones sociales acerca de la enfermedad y los infectados por el VIH, y la conducta preventiva personal. El saber médico está legitimado de diversas formas en nuestra sociedad e impone un vocabulario

²⁴Sirvent Maria Teresa. "Cultura Popular y Participación Social". Miño y Dávila editores. Madrid. España 1999 pág 122

especifico que a fuerza de repetirse en los espacios publicitarios de los medios, queda fijado en la memoria de cualquier persona con entendimiento normal...”²⁵

4.2 Vida Cotidiana

Berger y Thomaz Lucman define la realidad de la vida cotidiana como algo que se presenta objetivada o sea, constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que aparezcamos en escena. ²⁶ No necesita de ninguna verificación a pesar de que esté compartida con los demás.

La socióloga Agnes Heller define la vida cotidiana “como el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez crean la posibilidad de reproducción social” ²⁷

“La enfermedad enfrenta a las personas afectadas con un quiebre en la organización de su vida cotidiana y en su propia biografía. "Vida cotidiana" hace referencia a esa realidad de objetos y relaciones que se nos impone como natural; es el lugar común en donde actuamos y donde comprendemos el sentido de nuestras acciones y las acciones de los otros, ya que es el mundo que se comparte con otros a través de esquemas interpretativos y prácticos de sentido común. En este mundo cotidiano, la enfermedad irrumpe como una situación problemática que cuestiona la "actitud natural", plantea nuevos problemas y exige de las personas medidas que permitan "un nuevo orden de cosas, una nueva cotidianeidad significativa" ²⁸

4.3 Calidad de Vida

La Calidad de Vida relacionada con la Salud, influye aspectos vinculados a los sociopolítico, económico, cultural y ambiental.

²⁵ De los Reyes Maria Cristina: “Representación Social del Sida y Prevención”. Revista Mensual Científica Popular, Prevención y Descuido sobre el Sida. Septiembre de 1994, Año 1 N° 1, pág. 22

²⁶ Berger, Peter, Luckmann, Thomas: “La constitución social de la realidad”. Madrid: Amorrototu Editoriales, 1986

²⁷ Heller, Agnes: “Sociología de la Vida Cotidiana. Barcelona, Península, 1977, pág. 19.

²⁸ <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/107/view.php>

La Organización Mundial de la Salud (2005) define Calidad de Vida como, “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.”²⁹

Más allá de los buenos resultados que han producido los antiretrovirales la buena Calidad de Vida de la persona viviendo con VIH no se logra solamente por las medicaciones. Shwartzmann L y col, consideran “la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal”.³⁰

Es importante esta definición porque tiene en cuenta una mirada biopsicosocial de la persona, entendiendo la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

En este sentido, más allá de los avances en la terapia antiretroviral la buena Calidad de Vida de la persona viviendo con VIH no se logra solamente por las medicaciones.

En líneas generales, algunos estudios identifican algunas prioridades o factores relacionados con el bienestar y la calidad de vida. En un estudio de Hunt de 1998 (citado en Schwartzmann, 2003) se encontraron distintas prioridades de

²⁹http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

³⁰http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_arttext

salud en pacientes VIH como: necesidad de amar y ser amado, capacidad de disfrutar una broma, vivir libre de discriminación, arreglos financiero, emocionales y espirituales en relación a la propia muerte, tener suficiente dinero, disfrutar de cosas cotidianas. Por otro lado, en un estudio realizado por O'Cleiringh y Sfren (2006) se identificaron 4 dominios importantes de satisfacción con la vida en pacientes VIH estadounidenses que fueron: logros personales, autoexpresión, ambiente y relaciones interpersonales. En este sentido, se observa que el grupo de pacientes VIH presentan necesidades de afecto distintas, donde el tema interactivo es relevante.³¹

4.4 Rede social, apoyo Social y soporte social

“Es importante distinguir apoyo social de red social, pues son conceptos interrelacionados, sin embargo, con diferencias entre sí. La red social se refiere a dimensiones estructural o institucional ligada a un individuo. Son ejemplos de red los vecinos, las organizaciones religiosas, o sistema de salud y o escolar”.³²

Las redes de apoyo social pueden mejorar la calidad de vida y reducir el impacto de la enfermedad además reduce los estresores asociados a la experiencia de vivir con VIH/SIDA

Las redes sociales, son entidades dinámicas de carácter colectivo, dentro de las cuales existe una multiplicidad de relaciones, tendientes a dar satisfacción a las necesidades de carácter afectivo, informativo y material de sus miembros. Determinantes de comportamientos y al mismo tiempo, espacio para el desarrollo de nuevas estrategias de relación³³ Apoyo social fue considerado un término temporal, o sea, su significado y significancia pueden variar con el curso de vida; requiere la existencia de relaciones sociales que varían de acuerdo con la estructura, fuerza, tipo y algunas condiciones, tales como reciprocidad, accesibilidad y confianza, las relaciones sociales provén recursos emocionales, de inclusión o, materiales, cognitivos, entre otros, los lazos

³¹<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119676002.pdf>

³²http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300008&script=sci_arttext

³³ Taucar Nada; “Especificidad del Trabajo Social y Redes Sociales”. Revista Anuario: Departamento de Servicio Social; UNMDP, Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, año 1996

sociales pueden hacer con que el individuo se aparte un poco del foco de su problema, la provisión de información es inherente a todos los recursos de apoyo las interacciones pueden ocurrir de manera intencional o no y son capaces de tener impacto positivo o negativo, siendo que el impacto es influenciado por el reconocimiento de las necesidades individuales y el modo como el apoyo es percibido depende de las características de quién ofrece y recibe el apoyo.

De forma más sintética, apoyo social puede ser definido como "cualquier información, hablada o no, o auxilio material ofrecidos por grupos o personas, con las cuales tendríamos contactos sistemáticos, que resultan en efectos emocionales o comportamientos positivos. Se trata de un proceso recíproco, que genera efectos positivos para el sujeto que o recibe, como también para quien ofrece el apoyo, permitiendo que ambos tengan sentido de control sobre su vida. "El concepto de red social sirve para describir la estructura de los vínculos entre los individuos, en tanto que el apoyo social se refiere al soporte que es suministrado precisamente a través de las conductas o acciones de los miembros que forman parte de una red".³⁴

Se distinguen dos fuentes de soporte social: informal y formal. Las primeras incluyen simultáneamente los individuos, (familiares, amigos, vecinos, padre, etc.) y los grupos sociales (Clubes, Iglesia, etc.) que son pasibles de fornecer apoyo en las actividades del día a día en respuesta a acontecimientos de vida normativo y no normativo. Las redes de soporte social formal abarcan tanto las organizaciones sociales formales (hospitales, programas gubernamentales, servicios de salud) como los profesionales (médicos, asistentes sociales, psicólogos etc.) que están organizados para brindar asistencia o ayuda a personas necesitadas.

4.5 Estigma y discriminación

"Se afirma que una persona, con un mínimo de acceso a servicios de salud en VIH/SIDA y a tratamientos antirretrovirales, no tiene ninguna razón para morir a causa del VIH o por alguna enfermedad asociada al sida, sin embargo muchas

³⁴http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300008&script=sci_arttext

personas con VIH mueren no por razones de tipo médico patológico, como la inmunodepresión o las “enfermedades oportunistas”, sino sobre todo por el rechazo social y familiar el aislamiento, los prejuicios, la estigmatización y discriminación de que son objetos”.³⁵

La discriminación y estigmatización contra las personas que viven con VIH es una de las consecuencias del VIH/SIDA factor que obstaculiza el socializar su situación de salud, evita que más personas se hagan las pruebas de detección y contribuye a que no compartan su diagnóstico con sus familiares o vínculos más cercanos además de privarlos de un tratamiento que es fundamental para su salud y mejor calidad de vida.

“La discriminación implica tratar a alguien de manera diferente e injusta, parcial o perjudiciada, muchas veces sobre la base de su pertenencia, o de que se percibe como perteneciente a un grupo en particular. La discriminación con frecuencia se percibe como el resultado final de proceso de estigmatización”.³⁶

El estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA ha surgido debido a que los primeros casos se presentaron en el grupos de HSH (Hombres que tienen sexo con otro hombres), provocando la falsa idea de que solamente los homosexuales pueden tener VIH y que la misma es un castigo divino por salirse del modelo socialmente establecido.

“El estigma es un tipo de prejuicio cuyo resultado es el desprestigio o el rechazo de un individuo o un grupo de individuos por ser considerados, por algún atributo en particular o por sus comportamientos, diferentes a la norma establecida”.³⁷

CAPITULO 5

Aspectos teóricos y metodológicos del Trabajo Social

³⁵ Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH/sida (CEPVVS) “ Resultados del Estudio sobre estigma y discriminación en Personas que viven con VIH en Ecuador”, septiembre 2010, pág. 12,

³⁶ Fundación Huésped en acción contra el sida; Red de Personas viviendo con VIH/Sida de Mar del Plata, Índice de estigma en personas que viven con VIH, Informe ejecutivo año 2011, Argentina, pág. 14

³⁷ Fundación Huésped en acción contra el sida; Red de Personas viviendo con VIH/Sida de Mar del Plata, Índice de estigma en personas que viven con VIH, Informe ejecutivo año 2011, Argentina, pág. 15

5.1 Definición de Trabajo Social

El Trabajo Social puede ser definido como una profesión de derechos humanos, pues entre Trabajo Social y los derechos humanos hay una correlación histórica, ética y científica. Con un fuerte compromiso en los procesos de Reforma y Transformación social.³⁸

Es un modo de acción social que supera los enfoques y la concepción asistencialista y pretende ser una respuesta alternativa a la problemática social. de ahí que se atribuya una función de concientización, organización y movilización de los sectores populares y marginados.

El Trabajo Social orienta su intervención (acción profesional) hacia la atención de necesidades sociales, materiales y no materiales, que se constituyen en dificultades en la vida cotidiana, de personas, familias, grupos, instituciones y comunidades, impidiéndoles el real ejercicio de sus derechos. En su intervención, el Trabajo Social promueve la organización de los sujetos (personas y grupos) para el reconocimiento de sus dificultades, de los recursos los sujetos (personas y grupos) para el reconocimiento de sus dificultades, de los recursos y de sus potencialidades, como sujeto de derechos. Orienta en la búsqueda, diseño y consecución de alternativas de solución. En el accionar profesional es de central importancia favorecer la articulación y creación de redes sociales, junto a las organizaciones de la sociedad civil y también del estado.³⁹

5.2 Trabajo Social como practica científica

“Dentro de las Ciencias Sociales en el Trabajo Social la investigación como práctica social permite interpelar el conocimiento del sentido común, problematizándolo a la vez que se constituye en un requisito ético que nos posiciona frente a la realidad, ya que la investigación supone tener como horizonte la transformación y el cambio de situaciones sociales injustas y por

³⁸Cesilini Gabriela, A, GuerriniMaria E y Novoa del Lujan P. “La nueva pobreza en el ámbito hospitalario: De la indefensión al ejercicio de Ciudadanía Social”. Espacio editorial, Argentina, 2007.

Pág 35

³⁹ Escuela de Trabajo Social- Universidad Nacional de Córdoba

ello complejas, a las que no podemos acceder si no es a través de procesos de conocimientos para luego modificarlos”.⁴⁰

“La transformación del mundo es la condición de una interpretación, en el sentido de producción de conocimiento y viceversa, dada esta condición la interpretación es ya en cierta forma una transformación de la realidad que implica en sentido amplio un acto político y no meramente teórico” (Eduardo Gruner, refiriéndose a Marx).⁴¹

En ese sentido el Trabajo Social contribuye a la identificación de problemas sociales al tiempo que permite develar las relaciones existentes entre los hechos y sus multicausalidades.

5.3 El núcleo básico de la metodología del Trabajo Social: La comprensión intersubjetiva.

Para el Trabajo Social el conocimiento objetivo de la realidad es la exigencia necesaria para la transformación de esta.

A partir de estas definiciones se entiende que la comprensión es la base de la metodología siendo que la misma está en todo el momento del proceso de intervención. Por esta razón, la importancia de conocer que concepciones de la comprensión utilizan distintos autores.

Para Di Carlo la comprensión es el fundamento de la investigación profesional, a través de la cual el trabajador social capta a su objeto.⁴² Es la forma interpretativa racional de los fenómenos humanos sociales.

Se basa en la capacidad del investigador, que dominando los conocimientos pertinentes, sabe instalarse en el problema estudiado, compenetrándose, sin perderse en el mismo. Esta tarea cotidiana del trabajador social asume su

⁴⁰ Diseño de Investigación, “Análisis Sociológico del discurso en base a entrevistas realizadas a los inmigrantes africanos en la ciudad de Mar del Plata, Aguirre Betiana, Pellegrino Graciela, Souza dos Santos Kátia; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMD, Mar del Plata, año 2010

⁴¹ <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxis/P1C1Gruner.pdf>

⁴² Di Carlo, E y Equipo ETEM: “Las nociones de acontecimiento y pasado vivo en la epistemología de R.G Collingwood” en “La Comprensión como fundamento de la investigación Profesional”: Edit. Fundación Paideia – UNMDP. 2001.

cientificidad y compromiso. Y esto según Mary Richmond solo es posible tratando lo diferente como diferente.⁴³

Collingwoods y Van Whight, ambos autores tratan de destacar que la investigación social tiene como objeto a sujetos pensantes por lo cual el estudio de nuestro objeto no debe ser externo ya que tiene interioridad y pensamiento.

Por lo cual ambos autores definen el hecho social por su interioridad constructiva donde el investigador social debe ser capaz de comprenderlo.

Won Wright plantea que para comprender hay que comprender la intencionalidad que anima a toda acción humana. Esta forma de investigación se vincula a las tres reflexiones propuestas por Mary Richmond y Perlman quienes plantean, que la situación social estudiada esta siempre impregnada de significaciones internas y de juicios (orientadores o no) hacia fines.⁴⁴

Collingwood, plantea que no se puede captar, definir y comprender una circunstancia social dada sin compenetrarse con los acontecimientos históricos de la misma.

La identificación con el sujeto histórico posibilita la comprensión del hecho a estudiar.

Hamilton valoriza los aspectos internos y externos en toda investigación. Le da importancia a la historia social como la mejor forma de compenetrarse con la interioridad del sujeto y desde allí con el problema.⁴⁵

Mary Richmond plantea que nos encaminamos hacia la comprensión cuando entendemos la intencionalidad del comportamiento y que la comprensión (tanto de la individualidad como del medio social) es fundamento de la intervención ya que a través de ella se logra captar la dificultad capital del problema.

El captar alude a un acto de comprensión a través del cual se busca explicar una situación desde una visión totalizadora donde los hechos y la historia están siempre presentes y para encontrar la dificultad capital del problema hay que tener la habilidad de la imaginación constructiva.

⁴³ Richmond, M. "Caso Social Individual". Buenos Aires. Esc. Nacional de Educación Pública. 1962.

⁴⁴ Perlman H. "El Trabajo Social individualizado". Madrid. Rialp S.A. 1965.

⁴⁵ Hamilton, G. "Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos". México. La Prensa Médica Mexicana. 1982

Mary Richmond hace referencia a la imaginación constructiva como constructiva de la comprensión en el proceso de comunicación racional, haciendo referencia a la habilidad para anticipar una solución y se va construyendo y complejizando con el otro en la investigación.

Perlman sostiene que el proceso de comprensión no se puede hacer si no es una comunicación entre el sujeto y el trabajador social. Comunicación que se debe establecer en términos de relación.

Si lo más esencial es comprender el problema presentado por la persona para el que busca solución. En el contexto de esta propuesta metodológica, el trabajo social se apoya en el desarrollo de un vínculo de una comunicación racional entre sujetos a fin de instrumentar el proceso de atención, conocimiento y transformación del objeto.

San Giacomo plantea que el interés profesional no se establece tanto en un esfuerzo de elaboración diagnóstica para determinar técnicamente que les pasa y qué hacer con los sujetos individuales o colectivos que se debaten en una determinada situación humana.

Sino que desde una relación de comunicación racional, comenzar a conocer juntos para avanzar en una formulación diagnóstica de la situación específica haciendo posible su apropiación en la consciencia a través del pensamiento. Es decir desarrollando un proceso de abstracción apoyado en el análisis crítico para luego elaborar una síntesis cognoscitiva de esa realidad a fin de establecer la necesaria distancia respecto de esta para su objetivación y transformación.

El vínculo de comunicación racional entre el sujeto profesional y los sujetos individuales o colectivos, estimula una relación humana que propicia el desdoblamiento del objeto en sus dos contenidos esenciales: las personas en debate y los contenidos de la realidad específica. Este proceso denominado desdoblamiento del objeto, se lleva a cabo en la medida que se establece la relación profesional con las personas indiciándose así el proceso de

conocimiento mediante a reflexión crítica acerca de la situación humana concreta.⁴⁶

Objetivar la realidad es lo que representa para este autor el objetivo esencial de la profesión de trabajo social. En el trabajo social se busca apoyar el éxito de la gestión profesional desde un esfuerzo de reflexión con las personas, para el desarrollo de un pensamiento en común y de esta manera ir conociendo las condiciones alternativas y posibilidades de acción. Es decir se busca desarrollar una reflexión crítica que permita disponer del conocimiento para cambiar la situación.

En este sentido, considera que la comunicación racional se ha constituido en una categoría teórico-metodológica del Trabajo Social, base genética esencial de una forma de relación profesional para la atención de necesidades y problemas desde la cual a su vez, articula y desarrolla un proceso de abstracción para conocer y transformar el objeto de Trabajo Social.

Por último, Rubens Méndez sostiene que el concepto de comunicación racional ya expresa por sí mismo la calidad de participativo crítico, pues algo es racional en términos de que puede ser participado a los otros y por ende ser sometido a la crítica.

Lo que es razón solo para mí y no puedo participar a los otros corre el riesgo de ser un sinrazón. Esta participación en la transformación de la situación, logra que se hagan explícitos al sujeto social que interviene los procesos cognoscitivos que utiliza y la eficacia de estos en la relación de sus problemas.⁴⁷

Para el mismo, la relación profesional en los términos que se está planteando tiene en misma valor metodológico desde ella se abre la alternativa de generar un proceso de conocimiento, el sentido que le da el sujeto.

5.4 Campo de acción del Trabajo Social

⁴⁶ San Giacomo, O. "Trabajo Social y conocimiento objetivo". Mar del Plata. UNMDP-Fundación Paideia. 2001

⁴⁷ Méndez, R. y Samperio, E. "Comprensión e imaginación constructiva en Trabajo Social Profesional" en Trabajo Social Profesional: El método de la comunicación racional". Buenos Aires. Humanitas. UNMDP. 1997

Para poder definir “campo social” es preciso determinar primero lo que es campo. Bourdieu expresa que los “campos se presentan para la aprehensión sincrónica como espacios de posiciones en forma independiente de las características de sus ocupantes”.⁴⁸ Campo Social: “Todo campo profesional se estructura en relación con ciertos imperativos sociales que plantean como necesario un tipo de práctica determinada. Dichos componentes sociales se estructuran a partir de los obstáculos que surgen en la producción y reproducción de la vida social, que se expresa como problemas sociales. El concepto de imperativo social alude a la demanda en que se objetiva la relación de fuerza que articula la intrincada red de relaciones sociales, políticas, ideológica y culturales que conforman una sociedad determinada”.⁴⁹ Campos del Trabajo Social: Los campos del Trabajo Social, son áreas específicas las cuales tienen una lógica propia de funcionar y las cuales limitan las intervenciones en relación al mismo.

En el campo de intervención se hace evidente que en lo microsocioal se encuentra también el plano macrosocioal.

5. 5 Trabajo Social en el Campo de la Salud

El Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.⁵⁰

⁴⁸Eroles Carlos. “Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires, pág 32, año 2005

⁴⁹Salord Susana Garcia, “Especificidad y Rol en Trabajo Social: Currículo-saber-formación. Editorial Lumen Humanitas, pág. 17. Año 1998

⁵⁰http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TTS%202013.pdf

El método psicosocial permite al profesional interactuar con el sujeto en base a su cultura, su subjetividad, su historicidad, su vida cotidiana y también en valoración por el individuo de las mismas.

“El Trabajo Social trabaja con las personas, más que centrarse en el problema, pone énfasis en la realidad donde este se produce, en el cómo los sujetos vivencian sus problemas y en el cómo interviene en la acción superadora de sus situaciones, las personas necesitadas de la mediación de un profesional de Trabajo Social deben ser consideradas simplemente como ciudadanos, en tanto sujetos que se determinan, están informados, opinan, actúan, se capacitan y organizan para fomentar su autopromoción y la de sus vecino y exigen el cumplimiento de los compromisos. El Trabajo Social tiene una perspectiva global y básicamente es un movilizador de relaciones humanas para que los actores, logren organizadamente sus objetivos. No niega la posibilidad de atender las urgencias de la pobreza, pero si entiende que debe ser realizada como una acción de apoyo, de refuerzo, de prevención en un proyecto más integral”.⁵¹ Esta definición planteada por Kisnerman resulta de interés por compartir con ella sus contenidos, adherimos a la misma por ser un Trabajo Social integrador, participativo, superador de la asistencia en cuanto se trabaja con el otro como sujeto de derechos y obligaciones siendo este agente de su propio cambio, capaz de decidir, constructor de su historia, sus hechos y derechos. En fin, constructor de su realidad social.

El Trabajo Social trasciende la actuación asistencial o prestacional a una intervención de prevención y promoción humana. La misma se caracteriza en el desarrollo social y humano, considerando al individuo como constructor de la realidad y sujeto activo de su propio bienestar. “En la misma se potencia las capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta que las personas despliegan para asumir los cambios y superar las dificultades”.⁵² La intervención profesional se construye en base a las manifestaciones de la cuestión social a ejemplo de la vulnerabilidad, y la

⁵¹Kisnerman Natalio. “Pensar el Trabajo Social”. Una introducción al Construccinismo”. Segunda Edición. Editorial Lumen – Humanitas, Buenos Aires, año 2005, pág. 83

⁵²Velez Restrepo. “Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas”. Editorial Espacio. Buenos Aires, 2003, pág. 70

marginalidad social son situaciones vinculadas al desempleo y la precariedad laboral, lo que contribuye a pocas posibilidades para que un individuo se encuentre en condiciones necesarias para satisfacer sus necesidades.

Además de este factor económico influencia de manera preponderante los aspectos socioculturales.

A través de su acción transformadora el hombre reviste de cultura a la naturaleza que lo rodea. Los satisfactores y necesidades no son los mismo tienen como factor dependiente la cultura del sujeto porque ella tiene un sentido muy valorativo para las personas. Se entiende a las necesidades no solo como carencias, sino también y simultáneamente como potencialidades humanas, individuales y colectivas.

Por lo tanto, “El Trabajo Social en el ámbito hospitalario debe asumirse como promotor de ciudadanía, lo que implica considerar a la persona que demanda atención como sujeto pleno de derechos y protagonista central en la construcción de la salud, así como también en la defensa de los derechos que como ciudadano le corresponde”.⁵³

5.6 Rol del Trabajador Social

Los trabajadores están comprometidos con un ideal de justicia social: mejorar el bienestar y los derechos de las personas y los grupos, y también trabajar en dirección de un cambio de actitudes y de políticas que crean o mantienen desigualdades o desventajas sociales.

Estos principios guían la acción del trabajo social. Es a partir de ellos que el trabajador social favorece una posición diferente de la persona: salir de la asistencia (a veces necesaria) para ejercer plenamente su derecho de ciudadano, adquirir poder sobre su vida (empowerment) siendo capaz de influir en ella y tomar decisiones que afirmen su autonomía, acompañar en la búsqueda de nuevas formas de expresión y de participación de las personas, favorecer la auto organización de los grupos y colectividades.

⁵³Cesilini Gabriela, A, Guerrini Maria E y Novoa del Lujan P. “La nueva pobreza en el ámbito hospitalario: De la indefensión al ejercicio de Ciudadanía Social”. Espacio editorial, Argentina, 2007. Pág 42

5.7 Objeto del Trabajo Social

El objeto de intervención del Trabajo Social lo constituye la realidad social, los comportamientos y relaciones sociales, las problemáticas sociales en las que se establecen relaciones entre sujetos, la relación social identifica y delimita, en el ámbito del individuo, grupos o instancias sociales. El objeto de intervención del Trabajo Social es el hombre en situación problema en contexto social económico y cultural determinado, en una realidad cambiante.⁵⁴

5.8 Proceso Metodológico

Metodología de la intervención: es el proceso que ordena y da sentido a la acción, es una guía para ordenar la acción, tiene tres características flexibilidad, crítica y dialéctica, sin olvidar que no es lineal. Se recogen continuamente aspectos para redefinir el proceso.

La intervención en lo social se ve afectada y revela la compleja relación entre Estado y Sociedad. Como afirma Carballada “la intervención se transforma en una especie de modalidad de comunicación entre ambos espacios”⁵⁵ El trabajo Social parte de la realidad vivida por un determinado sujeto y a partir de la investigación diagnóstica se aproxima a las situaciones problemáticas. De este modo, lo social puede ser analizado desde las historias de vida de los sujetos concretos en el marco de su vida cotidiana, es decir, en el desarrollo de la subjetividad. Implica interpretación, problematización y desmitificación de los hechos sociales.⁵⁶

Olga Vélez Restrepo cuestiona el término de intervención porque tiene para ella una connotación positivista ya que el ejercicio del rol es manipulador y controlador (de hacer “sobre el otro”). Lo cambia por actuación, hacer “con” el otro, desde la posición dialógica. Este proceso implica tener una mirada amplia de lo temas, no hacer una análisis simplista causa-efecto, es necesario

⁵⁴ Di Carlo, Enrique. “La profesión del Trabajo Social: Naturaleza, significado social y formas de acción profesional _ 1°. Ed. – Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, pág. 64 2004.

⁵⁵ Carballada. A: “Nuevos escenarios y la intervención en Trabajo Social” http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/72/carballada_i_intervencion_social_1_.pdf

⁵⁶ Amico, Lucia del Carmen: “La institucionalización de la locura: La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. – 1ª ed. – Buenos Aires: Espacio Editorial, 2005, pág. 55

problematizar, desestigmatizar, involucrarse, no concientizar al otro sino concientizarnos ⁵⁷

La metodología que se adopta tiene que ver con los posicionamientos que se van a ir tomando. No es una serie de pasos lineales, se hace con acción-reflexión-intención. En el intercambio el otro es lo que constituye el objeto de trabajo y a partir de esto se generan estrategias de trabajo; es un proceso permanente dialectico.

Margarita Rozas Pagaza habla que el proceso metodológico está configurado por momentos no etapas y que la cuestión social está atravesada por una relación básica con el capital y trabajo que adquiere diferentes dimensiones con la persona y en diferentes momentos históricos.

La trama de relaciones de la vida cotidiana va a ir configurando campos problemáticos en relación con el sujeto y sus necesidades, estas se resuelven de formas muy variadas. Hay que analizar los nexos existentes en él para situarnos en un AQUÍ Y AHORA, para entender la relación de ese sujeto con su entorno.

El campo problemático nos va a dar elementos de análisis y nos permitirá fundamentar y justificar desde donde se va a trabajar.

Si se propone un trabajo en conjunto con el otro esa lectura será hecha gradualmente con los sujetos. Más que intervención sería actuación. Margarita habla de intervención con el significado de la actuación. ⁵⁸

Margarita Rozas Pagaza delimita tres aspectos sobre los cuales debe hacerse hincapiés en la evaluación. Uno está referido a la forma recreativa de implementación en la metodología de intervención destinado a pensar la importancia de una correcta manera de encarar el proceso de la intervención. Otro aspecto refiere a las modificaciones que los sujetos sociales vinculados en este proceso metodológico pueden lograr mediante procesos educativos que los afirmen en su situación de sujetos protagónicos. El último aspecto se

⁵⁷Vélez Restrepo, Olga Lucía: "Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectiva y tendencias contemporáneas" 1ª ed. – Buenos Aires: Espacio Editorial, 2003, pág. 54

⁵⁸ Rozas Pagaza M., "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social, 1ª ed. – Buenos Aires: Espacio Editorial, pág. 76, año 1998

refiere al trabajo en el contexto de la institución con fines a resguardar la posibilidad de garantizar el proceso.

La intervención implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el cual se interviene. Toda intervención presupone una “realidad global” en la lectura de cada caso en particular.

De acuerdo con Celina Batista, Consideramos al sujeto de intervención como un sujeto histórico-social, un sujeto que significa, que da sentido desde su posición social, desde la cual, también construye su identidad. Dicha imputación de sentidos se encuentra influenciada por condicionamiento macro-social.⁵⁹

CAPITULO 6

Instrumento de recolección de datos

6.1 Universo y unidad de análisis

Se tomó como universo el conjunto de las Trabajadoras Sociales que atienden a personas viviendo con VIH/SIDA en las Instituciones Públicas de Salud de la Ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires en el año 2012 hasta la fecha. La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los trabajadores sociales en su quehacer profesional en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA.

6.2 Metodología Utilizada

La propuesta de este trabajo es hacer un estudio donde se pueda dar a conocer el Rol del Trabajador Social en la Atención a Personas viviendo con VIH/SIDA en los Centros de Salud Pública en la ciudad de Mar del Plata. Se

⁵⁹Batista Celina. Lic. En Servicio Social-Master Salud Pública y Medio Ambiente. Doctoranda en Trabajo Social. Instituto Nacional de Epidemiología Dr. “Juan H. Jara”. Personal planta permanente del Servicio Social del Instituto.

estableció que el tipo de estudio sería exploratorio ya que nos permite tener un acercamiento al tema y tener un panorama de la realidad en base a la experiencia profesional de los Trabajadores Sociales en las distintas instituciones donde desempeñan su función, sabiendo que este estudio es el punto de partida para estudios más profundos.

Se inició el trabajo investigando en fuentes secundaria como en internet, posterior se consultó en publicaciones como por ejemplo, libros, tesis relacionada con el complejo VIH/SIDA y la actuación del Trabajo Social y su abordaje.

Por si tratar de un estudio cualitativo no se tomó una muestra representativa desde un punto de vista estadístico ya que lo que se busca no es una generalización de la población, se seleccionó los cinco profesionales de Trabajo Social que atienden a personas viviendo con VIH/SIDA en los hospitales públicos en la Ciudad de Mar del Plata y a través de entrevista abiertas, semiestructuradas con el fin de conocer la forma de atención de los profesionales del Servicio Social en la atención al Complejo VIH/SIDA.

7. Características de las Instituciones

7.1 Centro de Salud N° 1 Dr. Arturo Illía (Consultorio de Medicina Preventiva)

El Centro de Salud N° 1 es una dependencia de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón forma parte del Sistema de Atención Primaria de la salud Municipal. El equipo de trabajo del CMP Consultorio de Medicina Preventiva comienza a reunirse en el año 1992 elaborando una propuesta de intervención integral. La misma se vehiculiza creándose el Programa de Prevención y Control del VIH /SIDA a través del Consultorio de Medicina Preventiva con Resolución 0752/94. Por Decreto N° 0344/96 se crea el Programa Municipal de Sida.

El Objetivo del Programa consistía en atender la problemática de VIH- SIDA en el marco de la Atención Primaria de la Salud, abordando los aspectos de la

prevención primaria y prevención secundaria, tendiente a evitar nuevas transmisiones del virus y disminución del daño orientando a los pacientes para mejorar su calidad de vida y adoptar medidas preventivas.

Actualmente, el consultorio de medicina preventiva funciona solamente como un centro de testeo el equipo profesional está compuesto por una médica clínica Dra Gloria Sanchez, dos Trabajadora Sociales Lic. Elisa Sosa y Lic Paula Tagliaferri, además cuenta con un laboratorio de análisis compuesto por una administrativa y una técnica, un consejero de la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA que realiza asesoría pre y pos test. La medica clínica atienden a aquellas personas que se acercan al consultorio para hacerse el testeo y hacen el seguimiento de aquellos pacientes que tiene diagnóstico de VIH positivo. Su horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 14, el horario de testeo es de 9 a las 12:30.

Cabe destacar que las personas que concurren el Consultorio en forma espontánea o derivada desde otro Centro de Salud Municipal, tienen la primer entrevista con el profesional médico en la cual se trata de responder inquietudes, dudas del paciente y se brinda información acerca del VIH/SIDA así como de otras ITS, a continuación se lo deriva al laboratorio para la realización del testeo.

En el post test, en caso de un diagnostico positivo, se le brinda información acerca de la enfermedad, los cuidados que tendrá que tener y el tratamiento antirretroviral en caso de que lo necesite. Se le ofrece el servicio que brinda el servicio social, que cuenta con un espacio de contención y asesoramiento.

Desde la consejería de la Red se ofrece el espacio de grupo de pares, consejería en el consultorio y en la sede de la Red.

La trabajadora social realiza el acompañamiento al paciente y su familia en el proceso de diagnóstico y tratamiento, gestión de recursos, actividades grupales y comunitarias de prevención y promoción de la salud y todo aquello que esté relacionado con la mejora de la calidad de vida del usuario del Consultorio. Atiende de lunes a jueves de 8 a 12 y los viernes participa e en el Programa Municipal "Acercar", adhiriendo a la iniciativa de promoción de la salud y la campaña de prevención realizada desde distintos barrios. Actualmente el

Centro de Testeo se está focalizando más en lo que es el Consultorio Amigable, para la Atención de Infección de Transmisión sexual. Los destinatarios suele ser, chicas y chicos trans, gays, lesbianas y trabajadoras además de la población que ejerce la prostitución. Es un proyecto patrocinado por la Dirección Nacional de Sida y ETS

(Enfermedades de Transmisión Sexual) y Organizaciones de Naciones Unidas, lo buscan es avanzar en los Derechos ciudadanos garantizando el acceso a la salud de las personas de sexualidad diversa que padecen situaciones de discriminación en el Sistema de Salud. Mejorar la accesibilidad, prevención, diagnóstico y atención integral de la situación de la salud de las personas en relación a las prácticas sexuales, las infecciones de transmisión sexual, salud reproductiva e identidad de género.

“El consultorio Amigables es muy diferente de lo que era el consultorio de Medicina Preventiva, 90% de los usuarios del servicio son con diagnóstico positivo, los que no son el Servicio Social se interviene igual.

7.2 C.E.M.A Centro Médico Ambulatorio Municipal.

Es un centro de especialidades médicas ambulatorias de un segundo nivel de atención, al ser un segundo nivel surge para fortalecer y complementar los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón (CAPS) y para el mejoramiento de la referencia y contra transferencia con los hospitales regionales. Se brinda atención a especialidades médicas ambulatorias de todos los tipos. Hay Algunas especialidades que son para adultos y niños y otras solo para niños. Las personas llegan al CEMA por derivación de las unidades sanitaria de los barrios, que tienen no solo derivar sino que gestionar el turno. Los funcionarios del centro de salud piden el turno y el CEMA contesta siempre por referencia y contra transferencia. No hay demanda espontánea ni urgencia. Sin hay en lo que es la planificación de los turnos lo que denominaron pronta respuesta que son turnos solicitados que se tienen que resolver como mucho en 20 días pero no se habla de urgencia. Cuando hay situaciones complejas que cuando desde el ambulatorio no se puede resolver se deriva al Hospital Materno Infantil o al

Hospital Interzonal que son los mayores lugares de derivación y también, de esos dos lugares pacientes con situaciones que ya no son tan complejas son derivadas para el CEMA no hay salud mental pensada para este centro de especialidades médicas, no hay psicólogo, ni psiquiatra. Un poco el Servicio Social cuando hay situaciones que requiere se trata de articular y derivar al Centro de Salud Mental municipal. Son dos las Trabajadoras Sociales que componen el Servicio Social.

7.3 I.N.E Instituto Nacional de Epidemiología

Fundado En el año 1893 como Asilo y Sanatorio Marítimo con la misión de tratar a enfermos de Tuberculosis extra pulmonar, en 1971 se transformó en Instituto Nacional de Epidemiología. El consultorio de VIH nasce en el año 1986 atendiendo la epidemia. Los turnos se dieron en alguna época pero no resultó porque la gente pedía el turno y no concurría al médico entonces si fue haciendo por orden de llegada, a veces el medico autorizaba pedir por teléfono el turno aquellos pacientes que venían de lejos. Por lo tanto a lo último fue por demanda espontánea y orden de llegada. La institución funciona de las 8 a 11 de la mañana, este es un instituto que tiene atención ambulatoria. El INE estuvo durante 27 años atendiendo a personas viviendo con VIH/SIDA ya que fue donde se empezó a atender a las primeras personas diagnosticadas. Actualmente se atiende personas con tuberculosis, no atiende personas viviendo con VIH y si está empezando a atender a personas que padecen el mal Chagas. Los pacientes fueron derivados al CEMA y al HIGA, la mayoría al CEMA y en ese caso, los de Servicio Social solicita el turno por email y se llama al paciente para comunicarle.

7.4 H.I.E.M.I Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Dr. Vitorio Tetamanti

Es un Hospital Especializado Materno Infantil de complejidad, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Las líneas intermedias entre la Dirección del Hospital y el Ministerio de Salud de la provincia es la Dirección Provincial de Hospitales, quien se desempeña dentro de la

Subsecretaria de Coordinación de atención de la salud de dicho Ministerio. El Hospital atiende a una población específica, niños hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo de riesgo.

Es un hospital referente en lo que es pediatría, alta complejidad y embarazo de alto riesgo, donde nacen seis mil chicos por año y a su vez especializado en pediatría es un referente no solamente en la ciudad de Mar del Plata sino de 16 partidos dentro de la región sanitaria.

Cuando se habla de alta complejidad en pediatría se hace referencia, al niño en situación de una enfermedad aguda, el niño en situación de riesgo de vida. El hospital materno es el único especializado en la ciudad para ese tipo de intervención, no hay a nivel privado en la ciudad para ese tipo de intervención, no hay a nivel privado en lo que es la parte de internación y en lo que es la parte de enfermedades crónicas como es el caso del VIH/SIDA otro ejemplo es el servicio de oncología que abarca a la ciudad de Mar del Plata y 16 ciudades más. La accesibilidad se coordina a través de la Atención primaria de la salud, esto está relacionado de acuerdo a las características del chico o de la madre si es un embarazo al octavo mes se deriva al hospital, si es un embarazo de alto riesgo como la madre portadora de VIH/SIDA se lo toma como embarazo de alto riesgo y entonces la mirada es a partir del quinto mes y se hace un trabajo articulado y coordinado con el Servicio de Infectología del CEMA.

7.5 H.I.G.A: Hospital Interzonal General de Agudos.

Menciona la profesional el H.I.G.A es un hospital general de agudos de alta complejidad donde los pacientes en realidad deberían venir cuando requieren de una atención de alta complejidad, en este momento se atiende lo que es alta complejidad pero también existen consultorios externos y en el caso de paciente con VIH específicamente eligen atenderse en hospital sobre todo porque el CEMA es un servicio muy nuevo y el INE ya no hace atención ambulatoria. A los pacientes con VIH la atención se divide en tres aspectos, lo que es el consultorio externo, lo que es la internación y lo que es la demanda espontánea que llega a los Trabajadores Sociales por el servicio. El Servicio Social atiende de lunes a viernes en el horario de la mañana y de la tarde. Hay

médicos atendiendo en los consultorios externos de lunes a viernes. Dentro del equipo también hay una enfermera, la secretaria del servicio de infectología que es la encargada de atender a todos los pacientes cuando llegan y hacerles la receta, también está la psicóloga trabajando con el equipo y actualmente hay una Lic. en Trabajo Social de la residencia de pos grado de Servicio Social y el Lic. Chávez también trabajador social que está empezando a hacer parte del equipo. También con el voluntariado de infectología y realizan un proyecto en común con Almacenes culturales que pertenecen a cultura de la municipalidad.

7.6 Características Generales de la Población que se atiende en las instituciones.

Según el estudio realizado describiremos en rasgos generales la población que accede al servicio de las diferentes instituciones y que ha demandado la intervención del Trabajo Social.

En el Centro de Salud N°1 la mayoría de la población que se atiende es extranjera y no tienen DNI por no tener dinero o por no saber cómo hacerlo. La mayoría son personas trans de nacionalidad peruana. Es una población que viene de una situación de mucha discriminación, soledad, vulnerabilidad, violencia y pobreza. Viene a la Argentina sobre todo en búsqueda de un bienestar económico. Las que logra hacerlo envía remesas a sus familiares en Perú. Tienen educación primaria completa y muchas de ellas tienen secundario completo también. Su condición de vulnerabilidad, por ser inmigrante, no pasa por un cuestión de falta de instrucción, porque por lo visto en su país han logrado tenerla.

Es muy difícil para esas personas conseguir trabajo, además hay toda una barrera cultural que no es fácil romper, la mayoría tiene entre 25 a 40 años.

En relación al INE se trata de un grupo más heterogéneo en cuanto a sus características clínicas, en relación a la edad, a la orientación sexual y a la identidad de género con una tendencia marcada en su momento al consumo de drogas intravenosa. La población predominante son la de adulto algunos ya pasando a la tercera edad justamente porque el INE es la institución que

empezó a atender los primeros casos de VIH, hace más de 17 años. Vale la pena aclarar que actualmente el INE ya no atiende a la población viviendo con VIH/SIDA siendo los mismos derivados al CEMA y al HIGA.

En su comienzo, la característica de los pacientes que se atendían era, en su mayoría, drogodependientes intravenosa, personas que mantenían relaciones sexuales con drogodependiente intravenosa a su vez siendo también drogodependiente o no, personas que se habían infectado por vía sexual en relaciones sin preservativos, había una población homosexual que se empezó a atender pero era menor. La mayoría de las personas que se habían infectado por vía sexual eran mujeres que no tenían consciencia de que se podían infectar.

En la actualidad las personas con mayor riesgo de infectarse son los heterosexuales que no usan preservativos, los jóvenes, las personas que se separan y vuelven a tener relaciones y no tiene consciencia de la necesidad de cuidarse.

Por otro lado está, la población trans principalmente porque la mayoría ejerce la prostitución y sus clientes muchas veces le paga más para que no use preservativo, también les ofrece más dinero para que consuman droga y en ese contexto es más difícil que hagan uso del preservativo. Lo mismo pasa con las mujeres en situación de prostitución. En caso de los bisexuales que no declaran su orientación sexual, la mantiene en el oculto y también se ven muy expuesto.

A principio muchos pacientes no habían alcanzado la secundaria debido a los problemas de consumo de drogas y últimamente se ha observado un nivel de escolaridad aún menor.

La mayoría de los pacientes están excluidos del ámbito laboral, sin beneficio social, trabajan en changas, en el trabajo informal ya que también una gran cantidad están pensionados por tener un diagnóstico de VIH positivo. Son pocos los que están Incluido socialmente, laboralmente con empleo calificado.

Los demás están pensionados, con pensiones graciables y hacen changas. . En principio de la epidemia muchos eran artesanos sobre todo por el contacto con las drogas no tenían un empleo formal.

En relación a la población del CEMA menciona la Lic. Di marco. *“...Vienen muchas personas derivadas del INE porque allá ya no hacen atención y me parece que la población que vino del INE es la población más vulnerable.*

Esta población en particular que ha venido del INE, que son todas personas adultas, tiene registros que les atraviesan otras problemáticas las cuales hay que trabajar lo que pasa es que hay dificultades personales para poder afrontar y hacerse cargo de otras cosas, me parece que también, es una apreciación personal, han vivido la peor época del HIV donde fueron muy discriminados, donde la medicación y la tolerancia eran otra, donde el acompañamiento familiar por un diagnóstico de HIV era mucho menor al que tiene las personas más jóvenes ahora.

Hay personas con diagnóstico de casi 10 años y no han podido compartir con nadie su diagnóstico, después acá está llegando una población más joven con diagnóstico reciente o con diagnóstico de hace 6 años donde es otra época del HIV, donde hay más información, hay más campaña de prevención, hay más información desde lo vincular, que no te contagias por compartir un mate, gente ya joven mucha gente de clase media está llegando ahora que han podido compartir el diagnóstico por lo menos con la pareja, con los padres y después, como

“Siempre hay situaciones críticas. La mayoría de los que recibimos acá son argentinos. Más que un primario completo no tienen, con trabajos inestables o informales”.

A respecto al HIGA predomina un grupo de pacientes que varía en torno a la edad, con una escolaridad que también varía en donde los mismos se queja de la dificultad para insertarse laboralmente. Con bajo nivel socioeconómico y cultural se ven comprometido su estado inmunológico y su calidad de vida. Hay pacientes que no cuentan con el apoyo familiar y del entorno social, sufren estigma y discriminación. En el Hospital Materno Infantil predomina pacientes con dificultad en la falta de accesibilidad, falta de adherencia que muchas veces está relacionado con la falta de responsabilidad de la madre infiere el trabajador social. Se puede dar cuestiones de accesibilidad, se puede dar cuestiones de falta de adherencia y que eso muchas veces se representa por la falta de toma de conciencia de la madre de esa problemática de salud

que tiene y todo eso atraviesa la intervención del trabajo social como disciplina. Se entrecruza situaciones de adicciones, madres solas con escasa o ninguna red de apoyo. Por otro lado hay muchos chicos huérfano viviendo con sus abuelos y en caso de los adolescentes, atraviesan una fase en que el adolescente de por sí suele tener conflictos además se suma la problemática del VIH acentuándose fallas gravísimas en la adherencia.

CAPITULO 8

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones

8.1 La intervención del Trabajador Social durante la Atención a Personas afectadas por VIH/SIDA.

En el presente estudio la actuación de los profesionales de Trabajo Social está dirigida a un sujeto protagonista donde se trata de conocer sus relaciones familiares y con la sociedad, para lograr tal fin el Trabajador Social hace uso de la técnica de entrevista con la persona lo que permitirá al profesional comprender como entiende la persona su propio problema, como lo explica, lo padece, lo siente. De ahí, está en el Trabajador Social hacer una interpretación acertada acerca de los problema que atraviesan la vida de la persona destinatarias del Servicio.

Si bien hay una variación en la intervención que realiza cada profesional en los distintos ámbitos donde están insertos y de acuerdo a cada paciente, predomina la asesoría, la contención en momentos de crisis y el acompañamiento a esos pacientes que por atravesar una enfermedad crónica continuamente accede a la institución de salud.

Además, a menudo, frente a un diagnóstico inesperado de VIH positivo la persona sufre un impacto muy fuerte en su subjetividad acompañado del miedo, la vergüenza, la culpa y de la búsqueda de respuesta de cuándo, con quién, marcando un antes y un después. Las creencias erróneas, la falta de información, el estigma y la discriminación hacen con que el impacto sea aún

más fuerte produciendo en muchos casos ansiedad, depresión y miedo de la muerte.

“Se entiende el acompañamiento como ese trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno. Éste es un proceso que también conlleva la necesaria aplicación de recursos dentro de una estrategia de actuación, con criterios de flexibilidad y oportunidad”⁶⁰

El acompañamiento social de un profesional de Trabajo Social a una persona que vive con VIH/SIDA, debe ser visto como un proceso y entendido de diferentes maneras. Considerando la particularidad de cada paciente y las demandas que las mismas presentan a través de un diálogo reflexivo resignificándole su discurso, sus demandas y la percepción que la misma tiene acerca de su diagnóstico de VIH positivo.

Para el profesional del H.I.E.M.I, el acompañar te queda corto en la intervención, el acompañar es ideológico y esto está relacionado con lo nuestro, porque el acompañar, tiene que haber un momento de pararte vos como disciplina y como trabajo profesional porque si uno acompaña pero, no genera el aporte que es necesario para ese acompañamiento, estas acompañando desde un papel que no es activo. A una persona la puedes acompañar desde la mano pero, como haces como un par y como y cuando haces como profesional de Trabajo Social, cómo te identificas como trabajador, trabajadora social. Esto es central, empezar a problematizar desde el campo de salud es decir donde me paro, donde intervengo.

Es necesario considerar el fortalecimiento y la construcción de redes de apoyo, considerar la vivencia del paciente y su grupo de referencia para que sea los familiares o referente tan indispensable como la medicación en sí.

⁶⁰<http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/485/Doc.%20social%20135%20Capitulo%205.pdf>

El Trabajo Social debe contribuir a la defensa de los derechos humanos principalmente de aquellas personas que se encuentran en una situación de exclusión y vulnerabilidad social, permitiendo así, la construcción de un nuevo orden social.

El rol del Trabajo Social es de interlocutor entre las, los usuarios y el Estado favoreciendo la incidencia de Políticas Públicas y Sociales que den respuestas a las situaciones de exclusión, vulneración o marginación perpetuada por el sistema económico.

Debe trascender y problematizar la realidad social haciendo que tales problemáticas se haga visible y hacer que las respuestas del Estado prioricen y asuman al otro como sujeto de derecho.

De acuerdo con lo antes dicho, el papel de la profesión debe estar direccionado a la visibilización de la población que vive con VIH, incidiendo en la creación de políticas públicas.

Así describe la, Trabajadora Social del centro de salud N°1. El 70% de la población que se atiende en el Centro N° 1 es extranjera, lo que implica que están vulnerables, no poseen documento para extranjero es una población vulnerable, la mayoría son personas trans, con documentación peruana, son trabajadoras sexuales, están en una mayor situación de riesgo, de vulnerabilidad que el resto de las otras chicas trans argentinas o chicas trabajadoras sexuales argentinas.

De la misma manera menciona la Trabajadora Social del INE, *La mayoría de los pacientes que se atienden acá están excluidos del ámbito laboral, con beneficio social, trabajan en changas, en negro ya que también una gran cantidad están pensionados por tener un diagnóstico de VIH positivo. Incluido socialmente, laboralmente con empleo calificado yo diría que 20% como mucho pero, insisto que esta población no se atiende acá lo hace en otro lado, a veces los vemos cuando se queda sin obra social. Los pacientes nuestros están pensionados, con pensiones graciabiles y hacen changas.*

Es importante pensar estas cuestiones a nivel macro y micro local en el marco de las controversias acerca del cambio de modelo de Estado de BIENESTAR en detrimento de un modelo de Estado NEOLIBERAL y sus implicancias en la

estructura social que genera la fragmentación social y irrupción de las nuevas formas de la exclusión ,

⁶¹*“Hasta la década de 90, los dos ejes fundamentales de la política social habían sido el empleo y los ingresos. La ruptura de este paradigma, que había comenzado a quebrarse a mediados de la década del 70 a través de un proceso de creciente precarización del empleo, se produjo a mediados de los 90 debido a que el modelo de organización económica y social que se impuso en el país y en gran parte del mundo se centró en una transferencia de poder y recursos del Estado al sector privado”.*

El Trabajo Social vinculado a los diferentes campos de actuación profesional siendo uno de ellos el de la salud, interpreta, acciona, en la vida cotidiana de las personas. En este caso de las personas viviendo con VIH/SIDA. Por eso mismo, la mirada de un Trabajador Social debe ser integradora, totalizadora rompiendo con la visión desde lo meramente biológico interpelando la realidad consciente de que la salud es un proceso vinculado con lo socioeconómico y cultural.

Se visualiza que los profesionales tienen autonomía en el momento de la intervención, aunque haya un predominio del modelo médico hegemónico. Sin embargo las limitaciones son más en relación a la falta de recursos para dar respuestas a las demandas que casi siempre no son cuestiones de enfermedades sino más una serie de limitaciones que dificulta la situación existencial de la persona.

Eduardo Menéndez acuñó el concepto de modelo médico hegemónico para dar cuenta de estos procesos de saber/poder, caracterizándolo como un modelo signado por el biologismo, individualismo a-historicidad a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente y exclusión de sus conocimientos.⁶²

Señala la Trabajadora Social del C.E.M.A *“...Hay autonomía en la intervención pero no la respuesta en relación a los recursos y no solo recursos materiales,*

⁶¹ Del Valle Alejandro, GIPSOC, Grupo de Investigación, Problemáticas socio-culturales, Derecho Sociales, ciudadanía y Bienestar, UNMDP, Argentina, 2006,

⁶² http://www.caref.org.ar/wp-content/uploads/2013/05/Cuadernillo-Efectores-29-7-13_PARA-WEB-foto-gde.pdf

de capacitación, espacios de inserción donde puedan encontrar actividades que los dignifique, no hay otros dispositivos de trabajo, falta más acompañamiento desde salud mental, psiquiatra, psicólogos...”

Menciona la Trabajadora Social del H.I.G.A “...Hay una autonomía para intervenir y hay limitaciones, por eso a veces desde ellos por su formación médica pero hay una postura nuestra de aceptar estas limitaciones, cuando no las aceptamos las limitaciones por ahí podemos manejar sobre todo no es por nada, pero el hecho de que yo tenga 22 años trabajando con ellos tengo mayor libertad para tomar decisiones que a veces para quien recién empieza o está empezando es más difícil. El estar mucho tiempo en el Servicio Social y haber elaborado proyectos dentro del servicio también me facilita tomar una postura...”

En los discurso de los profesionales se visualiza la dificultad en el abordaje de problemáticas que en realidad no está vinculado con enfermedad sino más bien son situaciones compleja vinculados a lo social que terminan por generar más vulnerabilidad a la existencia de la persona.

Trabajadora Social del H.I.G.A “...Se trabaja los aspectos de la adherencia de los pacientes con otra mirada que no sea la mirada medica sino la mirada de las potencialidades que una persona pueda tener, porque sabemos que esa enfermedad atraviesa la vida de las personas que no es solamente un diagnóstico, por eso estamos tratando de trabajar con otras disciplinas de sumar lo que es el servicio de infectología y a lo que es el modelo medico hegemónico que es bastante duro de romper...”

Trabajador Social del HIEMI “...Se entrecruza cuestiones de adicciones, la mayor dificultad que nosotros y nosotras tenemos es que la mama está sola, y el trabajo que se intenta hacer es empezar a tirar redes para que ella misma se sienta acompañada por sus pares...”

Trabajador Social del HIEMI “...La devolución del diagnóstico se le da al paciente la médica, ante situaciones difíciles se da el diagnóstico de manera acompañada con la Trabajadora Social ya que no hay psicóloga. Se entiende por situaciones difíciles o complejas a aquellas que se presentan con personas jóvenes, menores de edad, mujeres embarazadas y que no esperaban un

diagnostico positivo, como en un primer control o pensando que no tenían factores de riesgo...”

Las y los Trabajadores Sociales poseen un conocimiento específico y una formación académica que les permite trabajar en el campo de la salud en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA sin embargo en esa atención específica se requiere de un conocimiento esencial y que va más allá del conocimiento de los recursos económico.

Menciona la trabajadora social del Centro de Salud N°1 *“El Trabajo Social puede aportar muchísimo, VIH es una patología que está muy vinculada, íntimamente relacionada con lo social, no hay otra enfermedad que esté tan atravesada por lo social y lo cultural.*

Creo que los profesionales de Trabajo Social deben capacitarse mucho en esa temática, si bien uno debe capacitarse en todas las áreas debemos tener suficiente respecto para capacitarnos en lo que es la patología, el contexto de la persona que vive con el virus, el entorno familiar y de amigos, porque no socializan su situación de salud a su entorno ni al menos a su entorno más cercano, el porqué, que pasa en ellos.

Cuáles son sus derechos y acá se relaciona también con los Derechos Humanos de la persona, tenemos que aportar a que todas ellas conozcan sus derechos como personas viviendo con VIH/SIDA. A veces nosotros mismo no lo sabemos y es difícil acompañar al otro cuando uno no sabe. Sacarnos, despojarnos de todo prejuicio que también es lo más difícil. Porque además de ser profesionales tenemos todo un bagaje cultural”.

Según el trabajador social del HIEMI. *“Los aportes que puede dar el Trabajo Social como disciplina para abordar esa problemática creo que primeramente es tener claridad. Dentro de esa enfermedad crónica hay determinados puntos que hoy en día se plantea diferentes desafíos para las diferentes disciplinas, desafíos de generar intervenciones innovadoras, el papel de cada uno va depender del compromiso y de las ganas que le ponga uno en esa enfermedad. Lo importante de la enfermedad como proceso es poder verla desde una mirada integral por eso lo importante es el no ver al paciente solamente con su problemática clínica de salud sino tener un enfoque mucho más amplio,*

mucho más integral, ese es el eje y es lo que te va generar intervenciones mucho más adaptadas a la realidad. Hemos tenido limitaciones, por suerte el proceso de la enfermedad cambio a lo largo de esos años, pasamos de una enfermedad que hace 10 años atrás acompañábamos los pacientes a morir a una enfermedad crónica cuyo el eje de nuestra intervención es fortalecer la red de apoyo, mirar la calidad de vida, el vincular es muy importante para nosotros, es vital, es lo que a vos te permite de que esa persona pueda mostrarse su cotidianeidad, caso contrario no la ves o ves solamente lo que queréis, ves algo que no te sirve”.

Es importante mencionar que los profesionales de Trabajo Social trabajan en equipos interdisciplinarios debido a la complejidad de los problemas. La interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir dar respuestas a la multiplicidad de demanda siendo que la mayoría no está vinculada con la enfermedad sino con los efectos e impacto que la misma produce en la cotidianeidad de quien la atraviesa.

Trabajadora Social del INE *“Siempre se ha trabajado de forma interdisciplinaria y otras de manera multidisciplinaria se ha hecho de todo un poco en distintas épocas de la epidemia, siempre que pudimos trabajar con otras instituciones pudimos trabajar mejor porque el VIH es una problemática que necesita distintas instituciones no solo distintas disciplinas. Desde una sola institución es difícil lograr”.*

8.2 Calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA y se atienden en las instituciones Públicas de Salud de la Ciudad de Mar del Plata

“La transmisión del VIH-SIDA nos es un fenómeno que se produce al azar, la propagación del virus está profundamente influida por el entorno social, económico y político. Cuando las personas viven en condiciones de

adversidad, como la pobreza, la opresión, discriminación y analfabetismo, son especialmente vulnerables a infectarse por el VIH⁶³.

El VIH/SIDA no afecta a todos de la misma manera en realidad, cambia en base al contexto socioeconómico, por lo tanto son más afectados los que están en una situación de mayor vulnerabilidad. Lo que significa la exclusión social de los que ya padecen exclusión por otros motivos de raza, orientación sexual, por motivos de drogadicción, inmigración, personas en situación de prostitución y hasta casos particulares donde el paciente se encuentra en situación de calle y la barrera para que acceda al sistema de salud se le hace imposible atravesarla. Esos, cuando llegan al Sistema Público de salud es mediante la Guardia y es desde el Servicio Social que se trata de tomar medidas que mejoren su calidad de vida.

Los entornos sociales, culturales y políticos todavía tienen una representación social muy negativa entorno a la problemática VIH/SIDA.

Señala la trabajadora social del Centro de Salud N°, "... Saben que no tienen una buena calidad de vida, conocen y saben del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y muchas veces no se cuidan debido a que los clientes les pagan más para que no usen preservativo y consuman drogas con ellos..."

Existe una naturalización de su situación existencial que imposibilita a esas personas salir de lo establecido mismo cuando han logrado salir de sus países de origen e insertarse en otra cultura. El hecho de naturalizar las situaciones de violencia y vulnerabilidad y no ver a sí mismo como sujeto de Derecho no les permite imaginarse en otra condición. Los mecanismos subjetivos que dan significaciones al mundo de esas personas están inmersos en una imagen de sí mismo como mercancía donde ven e utilizan sus cuerpos como herramientas de trabajo sin embargo no lo cuida.

Relata la trabajadora Social del Centro de Salud N°1. *"...No pasa por la falta de acceso a la salud porque pueden ir al CEMA, al consultorio amigable. Tiene que ver con una cuestión de cómo se perciben ellas como persona. La salud no*

⁶³ Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. "Desigualdad y VIH: un desafío de salud pública" En: Boletín de Temas de Salud. Asociación de Médicos de la ciudad de Bs. AS. Año 11 (104). 2004 Bs. As.

es primordial, si se puede seguir trabajando ya está, cuando algo a ellas les corta poder trabajar ahí es cuando recién piden ayuda en la cuestión de salud...” .

Muchas de las personas que viven con VIH y que se atienden en los Centros de Salud Pública son beneficiarias del Programa de Soporte Alimentario y de la pensión no contributiva pensiones no contributivas para gente conviviendo con VIH / SIDA. El Programa de Soporte Alimentario (Tarjetas PAI proyecto de ley que fue aprobada en el año 2011, este es un proyecto que se impulsó y aprobó por la Cámara de Diputados de la Provincia de BS As, apoyado por las redes y organizaciones que trabajan en VIH. En el artículo 2º determina que: “El objetivo del programa es garantizar la atención integral de las personas que viven con HIV- Sida cubriendo los requisitos nutricionales necesarios e indispensables para reducir los efectos del bajo peso, desnutrición y consecuencias colaterales a través de la entrega mensual de un subsidio no remunerativo.(El Gobierno cree garantizar el cumplimiento de este artículo asignando un monto de \$150)

En relación a las pensiones no contributivas para gente conviviendo con VIH / SIDA el trámite es personal, gratuito y no necesita gestor. Las pensiones son vitalicias y ajustadas a la movilidad salarial, es un 70% de una jubilación mínima, cuenta con cobertura médica integral administrada por el Programa Federal de Salud (PROFE) dependiente del MINISTERIO DE SALUD.

En el caso de conseguir trabajo legal se suspende la prestación y puede ser reanudado al volver a la misma condición que dio origen a su otorgamiento.

Está orientado a personas viviendo con VIH que no consiguen trabajo, o lo que es peor, no lo conseguirán nunca.

8.3 Las formas de adhesión al tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA

Tal como plantea Ferrara, “la salud presupone un enfrentamiento a los conflictos, un buscar modificar la realidad. La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone, y cuando en esta

lucha logran resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. La salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos.”⁶⁴

En caso de la población que se atiende en los diferentes centros de salud de atención pública de la ciudad de Mar del Plata, se visualiza que la falla en la adherencia al tratamiento tiene relación con distintos aspectos que atraviesan el proceso de salud y enfermedad.

Señala la trabajadora social del INE “...que cuando la persona tiene redes de apoyo estable la adherencia aumenta lo que no es el caso de la mayoría de nuestros pacientes por el contrario, sus familiares y vínculos más cercanos no saben que vive con el virus y que está haciendo tratamiento, toman la medicación ocultamente.

Hay personas con más de 20 años de diagnóstico positivo y no lo ha dicho. Un poco más la gente ya lo comparte, todo depende del vínculo previo con la familia, cuando lo hay damos cuenta que lo comparte inmediatamente. Pero, cuando hay conflictos familiares previos, no hay confianza de que la familia lo va a contener al contrario, lo van a excluir hay temor. Temor a ser excluido, temor a decírselo a los hijos y lastimarlos, miedo a no contenerlos, a que se angustie. Antes el temor era los hijos decírselos a los padres ahora es al revés miedo de los padres a decírselos a los hijos...”

Desde su experiencia en el HIEMI, menciona el profesional del Servicio Social, que otros motivos de la falla en la adherencia también tiene que ver con el cansancio de la ingesta de medicamentos, la rebeldía de la edad, rebeldía hacia la enfermedad misma, el no tener autonomía o no animarse a socializar con sus amigos lo que ellos tiene, el proyecto de vida dentro de la edad que tiene, esas situaciones favorecen a que haya falla en la adherencia.

⁶⁴Weinstein, L. Salud y Autogestión. Cap. 1 “El concepto de salud”. Ed. NORDAN. Montevideo 1988. Pág. 24.

8.4 La vida cotidiana de las personas que viven con VIH/SIDA según registro de los profesionales de Trabajo Social.

Entendemos que la vida cotidiana son acciones reproducidas por una persona en una sociedad determinada mediante la misma se aprende un sistema de usos, de expectativas, de norma y mandato.

Participamos en la vida cotidiana de acuerdo a los aspectos de nuestras individualidades más allá del lugar que cada cual ocupa en la sociedad, se hacen necesarios para transitar en el escenario de la vida cotidiana los sentidos y la capacidad individual adquirida, las motivaciones, deseos y necesidades.

El VIH/SIDA es una problemática social agravada por problemas vinculados al subdesarrollo, desempleo, pobreza y el analfabetismo.

En las entrevistas realizadas según el relato de los Trabajadores Sociales acerca de los pacientes se menciona que la mayoría en su cotidianeidad ejerce trabajos informales, precarios y algunos su única fuente de ingreso es la pensión no contributiva para personas con VIH. Muy pocos son los que tienen trabajo estable, están bajo planes y programas sociales. Están excluidos socio laboralmente y tienen dificultades para insertarse al mercado laboral afrontan esta dificultades principalmente por el hecho de tener baja escolaridad, por la poca formación y calificación profesional, por el uso y abuso de drogas, por la condición de ser extranjera y no tener Documento de Identidad Argentino, por la poca habilidad social y personal. Además, la falta de autonomía y la baja motivación hacen con que esas personas encuentren obstáculos para participar en la vida social política, económica sucesos que imposibilita por completo su desarrollo humano.

8.5 Aislamiento, estigma y discriminación

La evocación social que se le transmitió a los primeros casos de SIDA en donde estaban predestinados a contraer la enfermedad solamente los homosexuales, los usuarios de drogas intravenosa y personas en situación de prostitución y alentada por ideas de castigo divino, favoreció a conductas discriminatorias, al estigma y la discriminación provocando que muchas de las

personas que viven con VIH/SIDA se encuentren en círculos cerrados sin red de apoyo social. La explicación social de la enfermedad ha contribuido para que las personas que viven con el virus no verbalicen su diagnóstico, hay una condena moral y social sobre la enfermedad.

La vulnerabilidad, exclusión y aislamiento se potencia cuando se trata de personas viviendo con VIH/SIDA y además están atravesadas por la cuestión de género.

Trabajadora Social del Centro N°1 *“... la población que se atiende en el Centro N° 1 es extranjero, el no tener documento hace al extranjero una población vulnerable, la mayoría son chicas trans con documentación peruana, trabajadoras sexuales, están en una mayor situación de riesgo, de vulnerabilidad en comparación al resto de las otras chicas trans, trabajadoras sexuales argentinas...”*

La mayoría de las chicas trans que concurren al Centro de Salud N° 1 *dicen no tener tiempo libre si bien no dicen abiertamente creo que pasa por sentirse discriminada ellas mismas se autoestigmatizan hay una discriminación del resto pero también de ellas mismas. Casi siempre no se ven incluidas en la sociedad, no se ven en otra cosa que no sea la prostitución...”*

A nivel simbólico, subjetivo, emocional, social, físico e indentitario y en base a la precariedad de las condiciones materiales de existencia los sujetos de intervención se ven limitadas para poder circular en lo que sería los espacios de trabajos, los espacios públicos, el sistema de salud, el sistema de educación. Sus deseos de una vida diferente se ve aplacada porque carecen de representación social donde puedan verse a si misma ocupando un lugar que no sea el del ejercicio de la prostitución.

Si bien los adelantos en el tratamiento ha hecho del VIH una enfermedad crónica tratable. Los cambios en la percepción social del VIH han sido menos significativos. El estigma puede ser reducido a través de una variedad de estrategias de intervención entre ellas, *“...abrirse paso tanto en el discurso científico como en el popular, reconociendo que existe poblaciones expuestas al contagio a partir de una multicausalidad referida a conductas personales de*

riesgo y a riesgos sociales entre los que se encuentran los económicos, culturales, religiosos y educativos...”⁶⁵

8.6 Conclusión:

A través de este estudio se hizo una reflexión acerca de la intervención profesional de los trabajadores sociales en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA. Entendiendo que el contexto donde se ubica cada profesional implica que la intervención gane otro matiz, otra forma de hacer y actuar.

Por lo tanto, no se trata de un estudio comparativo sino que más bien lo que se trata de hacer es un acercamiento a la realidad que se vive en cada tiempo, lugar y espacio diferente.

Basado en el quehacer del Trabajo Social desde los diferentes ámbitos de actuación profesional y teniendo en cuenta específicamente la intervención del Trabajador Social en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA en las instituciones de Salud Pública en la Ciudad de Mar del Plata.

Cabe aclarar, a partir de lo anterior, que las conclusiones presentadas desarrollan solamente el punto de partida que dará inicio a nuevos interrogantes, estrategias y desafíos, que llevarán a nuevas investigaciones.

Se señala como positiva las estrategias que desarrolla cada profesional a fin de favorecer una atención basada en los Derechos Humanos y con el compromiso de la disminución y eliminación de las barreras que frenan la accesibilidad a los servicio de salud.

Ha sido importante explorar acerca de lo que realmente pasa con las personas que viven con VIH/Sida más allá de un diagnóstico de VIH (+). A través de este estudio se pudo visualizar la dificultad que tienen muchas de esas personas para tener una buena adherencia al tratamiento antiretroviral algo imprescindible para su buen estado de salud.

⁶⁵ De los Reyes Maria Cristina: “Representación Social del Sida y Prevención”. Revista Mensual Científica Popular, Prevención y Descuido sobre el Sida. Septiembre de 1994, Año 1 N° 1, pág. 23

La intervención profesional del Trabajo Social está enfocada en la producción y reproducción de la vida social de los actores sujetos de la misma, sus problemáticas y la capacidad de transformación que ellos poseen.

No se puede pensar en la problemática del VIH/SIDA solo desde las Ciencias Médicas sino, reconocer las distintas aristas que la atraviesan sea del orden material, subjetivo, biológico, psicológico, afectivo, social, económico, ideológico, político y cultural.

Se puede decir de la población específica estudiada que la situación social que les atraviesa abarca una serie de problemáticas vinculadas a empleo, (dificultades por consumo de drogas, son artesano pero no han hecho ninguna capacitación ni ha desarrollado nuevas habilidades al recorrer del tiempo). Empezaron con problemas de adicciones en la juventud y llegaron a determinada edad si inserción laboral, otros por que ejercen la prostitución y recién ahora hay políticas de inclusión. Existen otras problemáticas vinculadas al aspecto social y cultural. Se entiende por Situación Social según Ander-Egg como el Conjunto de condiciones y circunstancias concretas que constituyen o determinan el estado de una actividad o colectividad. La complejidad del VIH/SIDA así lo es porque acarrea una serie de fenómenos engloba varios aspectos de la realidad. Para Ezequiel Ander-Egg es preciso ver (visión polinuclear) y pensar conjuntamente (teoría polinucleada) los aspectos o *caras de cada fenómeno que estudiamos y, al mismo tiempo, tener en cuenta que esos fenómenos son vistos, percibidos, concebidos y coproducidos por un sujeto cognoscente*".⁶⁶

El VIH/SIDA es una problemática social aunque el sector sanitario tenga la obligación de dar respuestas inmediatas debido a la complejidad del VIH, que se agrava por problemas de pobreza, analfabetismo, desempleo, etc. Haciendo necesario que otras instituciones responsables de las políticas del Estado se hagan presentes para disminuir el impacto que produce, sobre todo en los sectores más desfavorables.

Es importante en la atención socio sanitaria, situar a las personas en el contexto de sus posibilidades de origen anteriores e independiente al problema

⁶⁶AnderEgg. "La actitud científica como estilo de vida" Editorial Brujas, 1° Ed. – Cordoba, pág 103, año 2009

del diagnóstico, es decir, conocer su historia personal. Considerando a cada persona en su situación de existencia.

No hay duda de que la enfermedad nos desafía a todos como sociedad en general y no solamente dentro del entorno clínico, nos involucra a todos desde el ámbito político, cultural, social, etc. La complejidad del VIH amerita un abordaje integral, interdisciplinario, el profesional de Trabajo Social dentro de este equipo tiene que aportar esa mirada contextual, interpelar la necesidad de esa población, efectuando una lectura crítica de la realidad sabiendo que tras la complejidad de esa enfermedad se oculta su significado social donde se agudiza la pobreza, la exclusión y muerte social, el quiebre en el ámbito familiar, interpersonal, laboral, vincular. Mostrar la realidad del VIH/SIDA es hacer notorio que no afecta de la misma manera a hombre que a mujeres y a niños por lo tanto la trama de la intervención debe tener como base la exigibilidad y el respeto por los Derechos Humanos y la dignidad de las personas viviendo con VIH.

Son estrategias de intervención de los profesionales de Trabajo Social, la exploración y construcción de redes de apoyo, la comunicación racional, la postura empática frente al otro en la exploración de un bienestar emocional, físico y social del paciente empoderando a la persona que vive con VIH.

El trabajador social del HIEMI refiere, *“Ese es un periodo muy corto donde tiene que ver muchas cuestiones primeramente de la adherencia al tratamiento, muchas veces encontramos que la adherencia está muy relacionada con quien la acompañan.*

Muchas veces no las acompañan las parejas, tenemos ahí un problema que siempre nos ha impactado mucho, que la madre venga sola. Más sola viene cuando tiene el diagnóstico de VIH positivo.

Se intenta vincular al padre, pero a veces está y otras veces no está. Hay que trabajar muchas veces con sus referentes cercanos, sus pares, su familia. Lo que pasa es que siempre te encuentras que de por sí cuando la persona se entera del diagnóstico primeramente lo toma como un acto muy privado y principalmente lo oculta. “Es decir, que el paciente va encaminado que alguien le va decir algo que puede llegar a impactar, en ese periodo ya estamos

pasando al cuarto, quinto mes entonces, nos tenemos que apurar a la toma de conciencia primeramente en la madre, trabajar el impacto que genera el diagnóstico y esa mochila que empieza pesar sobre ella en relación a eso que es el VIH relacionado principalmente con lo que es la estigmatización que tiene esa enfermedad, enfermedad crónica por supuesto. Tenemos un periodo muy corto para garantizar la adherencia al tratamiento”.

Es positivo y está relacionado con un trabajo articulado desde distintos centros de salud el cero índice de transmisión vertical alcanzado en la Ciudad de Mar del Plata.

Como ha mencionado el trabajador social del H.I.E.M.I Darío Petrillo, “Somos unos de los hospitales que en la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional que hace aproximadamente 3 o 4 años estamos con cero índice de niños portadores de VIH por transmisión vertical.

Eso nos da y nos permite ir trabajando mucho con el compromiso y la articulación con el área de la municipalidad para intentar que a esos niños no se les transmita el virus. Tenemos 62 chicos que convive con el virus, eso es mucho más complicado. El aporte más interesante y más importante que se da es el acompañamiento al niño, a la madre y a toda su familia en las diferentes etapas que nos da una fotografía del desarrollo de chico, primero la accesibilidad, la adherencia al tratamiento, después las cuestiones relacionadas con el develamiento y después el proceso preadolescentes que está relacionado con el desarrollo en la mujer desde la sexualidad y en el hombre también.

Pese la dificultad en lograr una adherencia al tratamiento la intervención de la trabajadora social Gabriela Re se focaliza en generar un espacio de debate, un lugar de encuentro donde los adolescente puedan apropiarse y tratar cuestiones que va más allá de la enfermedad y la ingesta de la medicación.

“Es difícil la adherencia en los adolescentes. Son chicos que vienen con muchos años de tratamiento y de medicación, con muchas cosas que tienen que ver con lo que es una enfermedad crónica y con muchas cosas que tiene que ver con la adolescencia, estamos aprendiendo a trabajar con ellos, porque nos cambia todo, nos cambia el lenguaje, nos cambia la manera de ver las

cosas y no es fácil además es el momento en que ellos empiezan a tener sus relaciones sexuales y hasta ahora no han contado su diagnóstico y no saben como contar principalmente cuando son relaciones esporádicas y cuando son relaciones que realmente quieren y que pueden apostar aunque sean muy jóvenes.

Es todo un desafío trabajar con los adolescentes es donde también más flaqueamos por todo lo que vengo diciendo. Tampoco es fácil lograr la adhesión por lo tanto lo que hacemos es generar el espacio, tome o no tome la medicación, que puedan venir igual, hay pacientes que hace meses que no toman la medicación pero seguimos apostando en otras cosas, con otros proyectos que se vayan “enganchando” para que en algún momento podamos trabajar el tema de la adherencia”.

8.7 Recomendaciones

La infección por el VIH sigue aumentando en Argentina desde su primer caso en el año 1982 pese a los avances médicos-técnicos en donde el Estado a través de las políticas sociales ha dado respuestas parciales desde un modelo médico hegemónico vinculado con la patología en acceso y accesibilidad al tratamiento.

De esta manera, dentro de sus recomendaciones este estudio considera que la educación e información son herramientas fundamentales ya que la falta de información y la proliferación de conceptos erróneos, muchas veces llevan a que las personas tengan actitudes destructivas como la discriminación y la violación de los Derechos Humanos de las personas afectadas, así como también dar lugar a la profundización de viejos prejuicios, eso porque la epidemia empieza en distintos lugares del mundo en personas previamente estigmatizadas, por ser homosexual en Mar del Plata particularmente el sector estigmatizado en el principio ha sido los usuarios de DIV y personas con una conducta de riesgo. *Para la trabajadora Social del INE el modelo médico hegemónico produce muerte, muerte social, muerte sexual, por no afrontar el decir al Otro que tiene VIH. Revisar desde que modelo se efectúa las acciones de prevención y asistencia a la problemática. Claramente el modelo de abstinencia no sirvió, el modelo de reducción de daños dar una alternativa de resolución de conflicto más acorde con la realidad de cada uno. Sea abstinencia desde la sexualidad sea desde del abuso de sustancias.*

En relación a la educación deben abarcar a cada tipo de público de manera distinta con lenguajes y códigos particulares, trabajos en escuelas, en las asociaciones barriales etc. Debemos por lo tanto, ampliar los canales de comunicación para que la información fluya dando herramientas que posibilite el cuidado de si y del otro.

Una manera de reducir el riesgo de contraer VIH/SIDA facilita la inclusión social promoviendo la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de transmisión genital.

Otro factor necesario es la inclusión laboral, prevenir y combatir la discriminación en el empleo por motivo del VIH/SIDA facilitar la inserción

laboral de los afectados evitando la exclusión social que a su vez impediría nuevos desencadenantes que afecta el estado de salud cómo es estrés y la depresión.

La adherencia al tratamiento pensado desde el modelo medico hegemónico toma el VIH/SIDA como un hecho meramente natural sin embargo, el Trabajo Social afirma que se trata de un hecho social donde se tiene en cuenta la persona ubicada en un contexto socioeconómico y cultural.

Desde una perspectiva histórica del sujeto, es importante un abordaje crítico de la forma como los sujetos sociales transitan la experiencia de vivir con VIH, el sentido, significado así como la calidad de vida, condiciones y trayectorias en el entramado de su vida cotidiana donde la interacción con el otro dar sostén a toda una red de apoyo social. Es fundamental no pensar en una actitud de cumplimiento o no cumplimiento del Tratamiento sino que, elaborar estrategias creativas e innovadoras que garanticen la participación activa del sujeto en el transcurso de tratamiento. Reconociendo que cada diagnostico conlleva una persona con una historia de vida, particularidades biografías distintas que hace la intervención fundada en las diferencias y no en las determinaciones biológicas ya que, el proceso de salud y enfermedad tiene significados y representaciones sociales diversas a depender de las personas con las cuales trabajamos. Factores negativos de implicaciones económica, social, cultural, psicológica y política, vinculadas al Complejo VIH/SIDA afecta en el acceso de los recursos necesarios para hacer frente y dar respuesta a la epidemia. Los grupos más desfavorecidos son los que viven en la pobreza. Por eso, el Trabajo Social debe asumir un papel preponderante en la concientización de las organizaciones del sector público y privado en relación a las dificultades que afrontan esas personas, desde los niveles de la sociedad individual, familiar, comunitario y nacional.

Como Profesional de Trabajo Social, se requiere reflexionar sobre la dimensión ética y política teniendo en cuenta el carácter emancipador que debe tener la intervención en un contexto de desigualdad atravesada por la Cuestión social donde el eje de la intervención debe ser la transformación social y la garantía de los Derechos de los sujetos con los cuales intervenimos.

Es una parte esencial del Rol Profesional acompañar a las personas con las cuales se trabaja en la lucha por el ejercicio pleno de los Derechos.

El instrumento que habilita la garantía de esos Derechos y tiende a reforzar los mismo es fundamentalmente la Ley Nacional de VIH Sida, N° 23798 y su Decreto Reglamentario.

Para la realización de nuevas estrategias y alternativas de abordaje se hace necesario construir un espacio de debate entre todos los profesionales de Trabajo Social que atiende a Personas viviendo con VIH. Así cómo, favorecer la interdisciplinariedad en el abordaje y la comprensión del Complejo VIH/SIDA.

Es imprescindible en el trabajo con Personas Viviendo con VIH/SIDA el abordaje con la familia, con la red social ampliada, es partir desde la cotidianeidad del sujeto de intervención, conocer a ese sujeto es punto clave a fin de concebir estrategias operativas en base a las demandas implícitas o explícitas. Convencidos de la necesidad de adoptar medidas urgentes, coordinadas y sostenidas para hacer frente a la epidemia de VIH/SIDA, no negar la realidad sino asumir que todavía falta mucho por hacer, incluso en lo relacionado con los efectos de la epidemia en las personas, familias y en las comunidades. Adoptar medidas en torno al estigma, la discriminación, la mayor vulnerabilidad de mujeres y niñas frente al VIH son temas que deben estar en la agenda del Estado. Y desde el Trabajo Social, hacer visibles estas situaciones de vulnerabilidad, de desprotección y de omisión del Estado.

En relación al abordaje del VIH específicamente en la Ciudad de Mar del Plata, es necesario que el abordaje de la problemática sea efectivo basado en la prevención primaria y secundaria garantizando el acceso a todos y adaptados a las necesidades de los distintos sectores sociales. En la ciudad no hay una constante en las actividades, las mismas se llevan a cabo en el día primero de diciembre día mundial contra el sida lamentablemente no hay un trabajo sostenido de todo el año. El Sistema de Salud debe favorecer la accesibilidad y la adherencia al Tratamiento de manera integral, oportuna, sostenida en el tiempo tomando en cuenta las realidades y cultura de los grupos sociales. Desde los distintos ámbitos de los sectores de salud, seguir reforzando el respeto a los Derechos Humanos de las personas, la eliminación de toda forma de estigma y discriminación así como asegurar el acceso a servicios de Salud

sexual y Reproductiva de acuerdo a cada etapa de vida, asegurar las medidas de protección de los Derechos de los niños, niñas huérfanos y adolescentes con VIH.

Mejorar la capacidad de respuesta de los equipos, favorecer a que sea multidisciplinario, optimizar la infraestructura y la participación comunitaria.

Cabe aclarar la necesidad de revisar el modelo medico hegemónico que ha dado resultados en forma parcial específicamente en tratamiento pero seguimos con dificultades en torno al VIH como enfermedad social.

Bibliografías utilizadas:

Formato Impreso:

Alleyne, George “Salud, ética y desarrollo humano” en Plan Federal de salud – Modulo I Salud y Sociedad. Posgrado en salud social y Comunitaria , Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2007

Amico, Lucia del Carmen: “La institucionalización de la locura: La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. – 1ª ed. – Buenos Aires: Espacio Editorial, 2005.

AnderEgg:. “La actitud científica como estilo de vida” Editorial Brujas, 1º Ed. – Cordoba, año 2009

Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. “Desigualdad y VIH: un desafío de salud pública” En: Boletín de Temas de Salud. Asociación de Médicos de la ciudad de Bs. AS. Año 11 (104). 2004 Bs. As.

Berger, Peter, Luckmann, Thomas: “La constitución social de la realidad”. Madrid: Amorrototu Editoriales, 1986

Botta M. (2007) Tesis, Tesinas, Monografías e Informes (2ªed).Buenos Aires, Editorial Biblos.

Carballeda. A: “Nuevos escenarios y la intervención en Trabajo Social”

Cesilini Gabriela, A, Guerrini Maria E y Novoa del Lujan P. “La nueva pobreza en el ámbito hospitalario: De la indefensión al ejercicio de Ciudadanía Social”. Espacio editorial, Argentina, 2007.

Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH/sida (CEPVVS) “Resultados del Estudio sobre estigma y discriminación en Personas que viven con VIH en Ecuador”, septiembre 2010.

Commisso, María de los Angeles; “Mujeres viviendo con VIH-SIDA: Analisis e intervención del Trabajo Social. – ed. – Buenos Aires: Espacio Editorial, 2007.

Del Valle Alejandro, GIPSOC, Grupo de Investigación, Problemáticas socio-culturales, Derecho Sociales, ciudadanía y Bienestar, UNMDP, Argentina, 2006,

Di Carlo, E y Equipo EIEM: “Las nociones de acontecimiento y pasado vivo en la epistemología de R.G Collingwood” en “La Comprensión como fundamento de la investigación Profesional”: Edit. Fundación Paideia – UNMDP. 2001.

Diseño de Investigación, “Análisis Sociológico del discurso en base a entrevistas realizadas a los inmigrantes africanos en la ciudad de Mar del Plata, Aguirre Betiana, Pellegrino Graciela, Souza dos Santos Kátia; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMD, Mar del Plata, año 2010

Eroles Carlos. “Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires, año 2005

Fundación Huésped en acción contra el sida; Red de Personas viviendo con VIH/Sida de Mar del Plata, Índice de estigma en personas que viven con VIH, Informe ejecutivo año 2011, Argentina.

Grassi, E.(2003). Políticas y Problemas Sociales en la Sociedad Neoliberal. La otra década infame (1), cap. IV, Buenos Aires. Espacio Editorial.

Grimberg, M. “La construcción social del problema VIH-SIDA: Tensiones Conceptuales” en “Seminario sobre Sida”. Ed. De la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, 1996.

Hamilton, G. “Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos”. México. La Prensa Médica Mexicana. 1982

Heller, Agnes: “Sociología de la Vida Cotidiana. Barcelona, Península, 1977.

Heller, M. (2001). La Toma de Decisiones Responsables en la Práctica del Trabajo Social, Rev. Conciencia Social, Escuela de T. Social de la Universidad Nac. de Córdoba. , nº 1, diciembre.

- Méndez, R. y Samperio, E. "Comprensión e imaginación constructiva en Trabajo Social Profesional" en Trabajo Social Profesional: El método de la comunicación racional". Buenos Aires. Humanitas. UNMDP. 1997
- Mendicoa G. (2003) Sobre Tesis y Tesistas. lecciones de enseñanza – aprendizaje (1ªed) Buenos Aires. Editorial Espacio
- Netto José Paulo, "Trabajo Social: Crítica de la vida cotidiana y Método en Marx; 1 ed. 1reimp. – La Plata: Productora del Boulevard, 2012
- Weinstein, L. Salud y Autogestión. Cap. 1 "El concepto de salud". Ed. NORDAN. Montevideo 1988.
- Kisneman Natalio. "Pensar el Trabajo Social". Una introducción al Construccinismo". Segunda Edición. Editorial Lumen – Humanitas, Buenos Aires, año 2005.
- Kornoblit, Ana .;Mendez, Maria.; "Sida y Sociedad", Espacio. Bs. As. 1º Edición, 1997.
- Salord Susana Garcia, "Especificidad y Rol en Trabajo Social: Currículo-saber-formación. Editorial Lumen Humanitas. 1998
- San Giacomo, O. "Trabajo Social y conocimiento objetivo". Mar del Plata. UNMDP-Fundación Paideia. 2001
- Perlman H. "El Trabajo Social individualizado". Madrid. Rialp S.A. 1965.
- Rozas Pagaza M., "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social, 1ª ed. – Buenos Aires: Espacio Editorial, año 1998
- Richmond, M. "Caso Social Individual". Buenos Aires. Esc. Nacional de Educación Pública. 1962.
- Saltalamacchia, H. (2002), Del Proyecto al Análisis: aportes a la investigación cualitativa. Texto inédito.
- Sánchez Daniela.; Valdez Ximena.; "Conociendo y distinguiendo un Trabajo Social". Art. publicado en la Revista Apuntes para Trabajo Social. N° 14, Colectivo de Trabajadores Sociales, Santiago; Chile 2º Semestre 1987.

Sirvent Maria Teresa. "Cultura Popular y Participación Social" . Miño y Dávila editores. Madrid. España 1999.

Taucar Nada; "Especificidad del Trabajo Social y Redes Sociales". Revista Anuario: Departamento de Servicio Social; UNMDP, Mar del Plata. Faculta de Ciencias de la Salud y Servicio Social, año 1996

Vélez Restrepo, Olga Lucia:. "Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas Espacio, 1° Ed, 2003, Bs. As

Formato Digital:

Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>.

Documento de consenso de Gesida y PNS sobre el tratamiento antirretroviral del adulto (enero 2010). Disponible en: http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2010_SocconsensoTARGESIDA- PNS-verpc.pdf

http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/72/carballedai_ nter vencion_social_1_.pdf

http://www.caref.org.ar/wp-content/uploads/2013/05/Cuadernillo-Efectores-29-7-13_PARA-WEB-foto-gde.pdf

<http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/485/Doc.%20social%20135%20Capitulo%205.pdf>

http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf

[http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxis/P1C1Gruner.p df](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxis/P1C1Gruner.pdf)

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxis/P1C1Gruner.p df>

http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_arttext

<http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/107/view.php>

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000145cnt-2013-06_salud-vih-sida-sexualidad-trans.pdf

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/boletin-epidemiologico-2012.pdf>

<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119676002.pdf>

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr20130923_Factsheet_Global_es.pdf

http://es.wikipedia.org/wiki/Mar_del_Plata#Poblaci.C3.B3n

www.hcdiputados-ba.gov.ar/proyectos/12-13D15160.doc

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000137cnt-2013-06_guia-vivir-positivo-2013-web.pdf

<http://www.ingreso.unsl.edu.ar/docs/trabajosoc.pdf>

Anexos

Glosario:

Anticuerpos: Elemento segregado por los linfocitos de la sangre, en respuesta a la acción de los antígenos sobre el organismo.

APS: Atención Primaria de la Salud

Bisexual: Bisexual es la atracción sexual por personas de ambos sexos o persona que tiene relaciones sexuales con ambos sexos.

CD4: Un tipo de glóbulos blancos de los seres humanos. Linfocitos T cooperadores.

Contagio: Enfermedad causada por un agente infeccioso que puede sobrevivir fuera del cuerpo humano, es decir, en el medio ambiente (agua, aire, alimentos, etc...)

Test Elisa: Siglas en inglés de Enzyme-linked Immunosorbent Assay (análisis por inmunoadsorción con enzimas ligados). Técnica inmunológica de gran sensibilidad y especificidad que se utiliza para detectar antígenos y anticuerpos.

Epidemia: Un número desusado de casos de una enfermedad o evento que suceden en un período de tiempo y en un lugar determinado.

Gay: Varón que gusta, se enamora o puede sentirse atraído sexual y/o afectivamente hacia otros varones. que en inglés significa alegre, divertido. A las mujeres con esta orientación se les conoce como lesbianas, por la isla de Lesbos, donde la poetisa griega Safo cantó a la belleza femenina.

Homosexual: Orientación sexual en la cual la persona se siente atraída física, sentimentalmente y sexualmente hacia personas del mismo sexo

PVVS: Personas que conviven con el VIH/SIDA

Test WESTERN BLOT: es un examen serológico, lo que quiere decir que es un examen que busca anticuerpos específicos producidos por el sistema inmune para combatir al VIH.

Terapia antiretroviral: Terapia antirretroviral (TARV) quiere decir tratar infecciones retrovirales como el VIH con medicamentos. Los medicamentos inhiben la reproducción del retrovirus. A veces se llaman ARV. La terapia con

antirretrovirales (TARV o TARGA, de Gran Actividad) previene la progresión de la enfermedad del VIH.

Transmisión: Es la causada por un agente infeccioso que sobrevive fuera del cuerpo humano muy pocos minutos, lo que hace prácticamente imposible que infecte a otras personas a través del medio ambiente, agua, alimentos o animales portadores.

OMS: Organización Mundial de Salud.

VIH: Virus de inmunodeficiencia adquirida, incluye al VIH-1 y VIH-2

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TARV: Tratamiento antirretroviral.

Ley Nacional de SIDA N° 23.798

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Declaración de interés nacional a la lucha contra el mismo, estableciendo medidas para la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento. Aceptación de las modificaciones introducidas por el Honorable Senado (expedientes 92. 1. 148, 1.781 y 3.295 – D.87; Orden del día N°533/90).

Artículo 1º – Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art. 2º – Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

a) Afectar la dignidad de la persona; b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación; c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma respectiva; d) Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina; e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Art. 3º – Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaria de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4º- A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descritas en el artículo 1, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;
- e) Promover la concentración de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Art. 5º- El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos, y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6º- Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa indirecta de la infección.

Art. 7º- Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma y otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de

órganos para transplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para transplante que muestren positividad.

Art. 8º- Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarles sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9º- Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes, que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para detección del VIH.

Art.10º- La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidos por la ley 15.465. En idénticas condiciones de comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de la muerte.

Art. 11º- Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación se esa ley establecerán y mantendrán actualizadas, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores, infectados y enfermos con el virus de la I.D.H., así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte. Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Art. 12º- La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será calificado como falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las

manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Art. 13º- Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14º- Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con:

a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;

b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;

c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local donde actúen las personas que hayan cometido la infracción. Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo. En el caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo de la sanción aplicada.

Art.15º- A los efectos determinados en este título se considerará reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción, dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

Art.16º- El monto recaudado en concepto de multa que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional ingresará a la cuenta especial <>, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propenden al logro de los fines indicados en el artículo primero. El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires,

ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17º- Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18º- La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo del testimonio autenticado la resolución condenatoria firme.

Art. 19º- En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20º- Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3º de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21º- Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4º de la presente ley serán solventados por la Nación, imputado a <>, y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22º- El Poder Ejecutivo reglamentará, las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación. Art. 23º- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los dieciséis días del mes de agosto de mil novecientos noventa.

Visto la Ley N° 23.798, y Considerando:

Que el artículo 22 de la mencionada ley establece que el Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la misma con alcance nacional . Que consecuentemente con ello resulta necesaria la aprobación de dichas normas reglamentarias.

Que se actúa en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 68, incisos 1) y 2) de la Constitución Nacional y por el artículo 12 de la ley N°16.432, incorporado a la ley N° 11.672. (Complementaria Permanente de Presupuesto).

Por ello, el Presidente de la Nación Argentina decreta:

Artículo 1º- Apruébase la reglamentación de la ley N° 23.798, que declaró de interés nacional la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que como Anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Art 2º- Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social de la Cuenta Especial N° 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

Art.3º- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

DECRETO REGLAMENTARIO N°1.244/91 DE LA LEY N° 23.798

ANEXO I Artículo 1º- Incorpórase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

Art. 2º- Incisos a) y b).- Para la aplicación de la ley y de la presente Reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley N° 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria N° 23.592.

Inciso c).- Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha

información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

1. A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se tratara de un incapaz.
2. A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.
3. A los entes del Sistema Nacional de Sangre creado por el artículo 18 de la Ley N° 22.990, mencionados en los incisos s), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7mo., de la Ley N° 21.541.
4. Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.
5. A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.
6. A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.
7. Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d).- Sin reglamentar.

Inciso e).- Se utilizará, exclusivamente, un sistema que convine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos de número cero (0).

Art. 3° – El ministerio de Salud y Acción Social procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios.

Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las Provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4º -

Inciso a).- Sin reglamentar.

Inciso b).- Sin reglamentar.

Inciso c).- Sin reglamentar.

Inciso d).- Sin reglamentar.

Inciso e).- Sin reglamentar.

Inciso f).- A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA en el marco del artículo 8vo. del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5º – Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5º de la Ley Nº 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo perceptuado en sus artículos 1º, 6º y 8º. Informarán asimismo , expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

Art. 6º – El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente.

De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8º.

Art. 7º – A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos. Serán aplicables al artículo 21 de la Ley Nº 22.990 y el artículo 18 del Decreto Nº 375 del 21 de marzo de 1989.

Art. 8º – La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus VIH. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como consecuencia del cumplimiento de lo establecido por este artículo. Se entiende por “profesionales que detecten el virus” a los médicos tratantes.

Art. 9º – El Ministerio de Salud y Acción Social determinará los controles mencionados en el artículo 9º de la Ley. El Ministerio de Interior asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10º – La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4º, inciso a) de la Ley Nº 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2º, inciso e) de la presente reglamentación. Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11º – Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Sólo serán registradas cantidades, sin identificación de personas. Art. 12º – El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio y se le entregará constancia escrita de haber sido instruido sobre las normas a aplicar. Art.13º – Sin reglamentar.

Art. 14º – En el ámbito nacional será autoridad competente el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 15º – El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente, habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competentes de las Provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, la información necesaria para mantener actualizado dicho registro. Art. 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22. – Sin reglamentar.



Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

PROYECTO DE LEY

**EL Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires,
sancionan con fuerza de**

LEY

**Derecho a la alimentación complementaria para personas que viven con
VIH Sida**

ARTÍCULO 1º.- Créase el Programa de Soporte Alimentario VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana) – Sida (Síndrome Inmunodeficiencia Humana).

ARTÍCULO 2º.- El objetivo del programa es garantizar la atención integral de las personas que viven con HIV- Sida cubriendo los requisitos nutricionales necesarios e indispensables para reducir los efectos del bajo peso, desnutrición y consecuencias colaterales a través de la entrega mensual de un subsidio no remunerativo.

ARTÍCULO 3º.- Los destinatarios del Programa de Soporte Alimentario VIH Sida, son aquellas personas diagnosticadas con VIH- Sida, de escasos recursos económicos, que se encuentren bajo tratamiento ambulatorio y/o en internación en hospitales públicos de esta Provincia.

ARTÍCULO 4º.- La autoridad de aplicación de la presente Ley sera asignada por el Poder Ejecutivo. Será function de esta la coordinacion y seguimiento de las diversas prestaciones y beneficios establecidos en la presente Ley.

ARTÍCULO 5º.- La autoridad de aplicación deberá:

- a) Arbitrar los medios para tender a la ejecución y control del mencionado programa.
- b) Dar intervención a organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la problemática.
- c) Elaborar un listado de alimentos que cubran las necesidades básicas y los nutrientes necesarios para una dieta equilibrada destinada a pacientes diagnosticados con VIH Sida.
- d) Celebrar convenios con los comercios relacionados a la venta de alimentos.
- e) Incorporar todos los mecanismos de control necesarios que garanticen que los fondos sean destinados a la atención de los beneficiarios.
- f) Dar la más amplia difusión del Programa, indicando fundamentalmente la información necesaria para acceder al plan de una manera simple y directa.

ARTÍCULO 6º.- El programa se hará efectivo por medio de una tarjeta magnética habilitada para la compra en comercios de los alimentos incluidos en el listado elaborado a tal fin.

ARTÍCULO 7º.- Los depósitos se realizarán en una cuenta especial en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, y se estipulará un monto mensual de acuerdo al costo de los alimentos consignados y previstos por el artículo 5, Inc. C, de la presente ley.

ARTÍCULO 8º.- El uso de las tarjetas magnéticas no devengará para el usuario costo alguno en concepto de impuestos, tributos, gastos de mantenimiento o cualquier otro servicio derivado de tal operatoria.

ARTÍCULO 9º.- El Programa de Soporte Alimentario VIH SIDA deberá ser implementado dentro de los sesenta (60) días de promulgarse la presente ley.

ARTÍCULO 10.- Autorízase al Poder Ejecutivo a efectuar, en el Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos del Ejercicio correspondiente, las adecuaciones necesarias para el cumplimiento de la Presente Ley.

ARTÍCULO 11.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.



Provincia de Buenos Aires

Honorable Cámara de Diputados

FUNDAMENTOS

La infección por VIH Sida es considerada un problema de salud pública debido al número creciente de casos en el mundo. La humanidad se encuentra en la tercera década de la epidemia del SIDA que ya ha cobrado más de 20 millones de vidas.

Hoy nuestro país presenta una epidemia concentrada en los principales aglomerados urbanos de todas las jurisdicciones. Se estima que 4 de cada mil adultos están infectados con el virus. En la Argentina serían 130.000 las personas infectadas.

Cada año se notifica a la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DS y ETS) del Ministerio de Salud de la Nación alrededor de 5.500 diagnósticos nuevos de infección por VIH. Se calcula una tasa de 12 diagnósticos de infección por cada cien mil habitantes.

Según el último boletín epidemiológico de dicho organismo, (diciembre de 2011), en la Provincia de Buenos Aires son 24.573 los diagnósticos de infección por VIH Sida.

En los últimos tiempos se ha avanzado de manera considerable en lo que respecta a la detección de la infección, en todos los hospitales públicos la

ciudadanía tiene acceso al testeo gratuito, y el estado nacional también se hace cargo del tratamiento de antirretrovirales sin costo alguno. (Ley Nacional de Sida 23.798)

La Ley Nacional establece que tanto las disposiciones de la misma como las de las normas complementarias serán de aplicación en todo el ámbito de la República Argentina y que deberán implementarse de tal modo que en ningún caso puedan:

- a) Afectar la dignidad de la persona;
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma respectiva;
- d) Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;
- e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

En nuestra provincia la Ley 11.506 sancionada en el año 1994 establece las normas para la prevención, investigación y tratamiento del VIH, Sida y de ETS.

Desde 1981 se distingue esta patología por la pérdida de la inmunidad celular, supresión de linfocitos CD4 que lleva a los pacientes a una supresión progresiva, que los hace susceptible a tumores e infecciones oportunistas que pueden traer graves consecuencias.

Además, existen variados efectos secundarios derivados de la propia infección y del consumo de antirretrovirales: cambios en el cuerpo (lipodistrofia y desgaste progresivo), cambios en el rostro (lipoatrofia facial), riesgos para el corazón (hiperlipidemia), fatiga, anemia, coinfección con hepatitis A, B o C, neuropatía periférica, coinfección con el virus del papiloma humano, náuseas, diarreas, riesgos para el hígado (hepatotoxicidad), riesgos para los riñones, riesgos en los huesos (osteopenia y osteoporosis).

La infección por el VIH/Sida tiene un significativo impacto en la nutrición a nivel del individuo infectado, a nivel familiar y de la comunidad. La desnutrición incrementa la vulnerabilidad y condiciona la evolución y pronóstico de la enfermedad. La inseguridad alimentaria se reconoce como una “barrera” para el tratamiento del VIH.

La pérdida de peso, la mala nutrición y la desnutrición han sido fuertemente asociadas con la enfermedad. Desde el principio de la pandemia, la mayoría de los pacientes que han fallecido por Sida sufrían de desnutrición. Asimismo las personas que inician el tratamiento y tienen dificultades para seguir las recomendaciones sobre alimentación y nutrición tienen mayor probabilidad de una baja adherencia al tratamiento.

Al definir la Nutrición como la ciencia que tiene por objeto de estudio la relación que existe entre los alimentos y los seres vivos, y al conocer el importante vínculo entre ésta y la infección por VIH/Sida, es que nos vemos en la necesidad de desarrollar la presente propuesta, para lograr la seguridad alimentaria de las personas que viven con VIH- Sida que se encuentran en situación de vulnerabilidad socio económica, garantizando a través de la tarjeta magnética la privacidad y dignidad, evitando la estigmatización, discriminación, humillación y degradación de la persona.

Por los fundamentos anteriormente mencionados es que solicito a las Señoras y Señores Diputados la aprobación del presente Proyecto de Ley.

Guía de entrevista

PRIMERA PARTE (SOBRE LAS INSTITUCIONES)

¿Cómo llegan los pacientes hasta el establecimiento?

¿Cuáles son los servicios que se brindan desde el área de infectología? (atención, medicación) etc.

SEGUNDA PARTE (SOBRE EL PACIENTE SEGÚN REGISTROS)

¿Cuáles son las condiciones de vida de las personas que concurren a esa institución?

TERCERA PARTE (ADHESIÓN AL TRATAMIENTO)

¿Cuentan con redes sociales de apoyo y contención durante el tratamiento anti retroviral?

¿El plan de tratamiento considera las condiciones socioeconómicas de los pacientes?

¿Cuáles son las causas del abandono del tratamiento retroviral por parte de los pacientes?

CUARTA PARTE (ACERCA DEL TRABAJADOR SOCIAL)

¿Cómo es el abordaje de la problemática desde el servicio social de la institución? (descripción pasos desde el momento que se acerca el paciente)

¿Las Actividades que realiza el Trabajador Social de la institución se aboca solamente a la problemática de VIH?

¿Cómo Trabajadora Social cuáles pensáis que son los aportes del Trabajo Social en la exigibilidad y defensa de Derechos Humanos de los pacientes que concurre a esta institución?

¿Cuál proyecto ético y político debe tener el Trabajo Social en relación con la población que vive con VIH/SIDA?

Entrevistas Desgravadas.

Fecha: 30/09/2013

Localidad: Mar del Plata

Nombre del entrevistado: Lic. Elisa Sosa

Cargo o Profesión: Trabajadora Social

Horario de la entrevista: 12:29

CENTRO DE SALUD N°1 DR ARTURO ILIA

Ha cambiado la función del centro, lo que era el Consultorio de Medicina Preventiva pasó a ser un Centro de Testeo Municipal. La diferencia es que todo lo que es servicio de infectología, hepatología y salud mental era en realidad una psicóloga y que ahora fue trasladada al CEMA.

La atención se cambió, hoy lo que está funcionando es el Servicio Social con una Trabajadora Social y dos residentes de pregrado, la médica clínica, Dra Gloria Sanchez, Alejandro Waiman consejero, miembro de la Red de Personas Viviendo con VIH/sida, una administrativa y un extraccionista del laboratorio de análisis. Atienden de lunes a viernes a la mañana.

Actualmente se está focalizando más en lo que es el Consultorio Amigable que trabaja en la atención a personas trans, hace más o menos tres años que empezó a funcionar a través de un proyecto de la Dirección Nacional de Sida y es un proyecto que funciona en varias ciudades del país.

Acá lo que se hace es la atención de todas las personas que quieren testearse voluntariamente, viene sin turno, es por orden de llegada, es necesario que traigan algún documento que las identifique, pasa por la médica que le hace la historia clínica. Al saber porque se quiere hacer el test, va al laboratorio y cuando viene a buscar el resultado se hace la parte de consejería independiente del resultado del test.

Solamente pasa por el Servicio Social los que tienen diagnostico positivo o ante alguna problemática social que detecte la médica o por alguna demanda espontanea que detecte el Servicio Social.

El Consultorio amigable es muy diferente de lo que era el Consultorio de Medicina Preventiva, 90% de los usuarios del servicio son con diagnóstico positivo, los que no son positivo, el Servicio Social interviene igual.

La devolución del diagnóstico se le da al paciente. La médica, ante situaciones difíciles, se da el diagnóstico de manera acompañada con la Trabajadora Social ya que no hay psicóloga. Se entiende por situaciones difíciles o complejas a aquellas que se presentan con personas jóvenes, menores de edad, mujeres embarazadas y que no esperaban un diagnóstico positivo, como en un primer control o pensando que no tenían factores de riesgo. Son casos más sensibles que el de aquellas personas que ya viene pensando que pueden ser un posible diagnóstico positivo. Este es un poco el circuito, Alejandro hace la parte de consejería y cuenta todo lo que es o significa vivir con VIH, habla del cuidado y de las medidas de protección.

El Servicio Social hace un acompañamiento, siempre hace una entrevista a los que son positivos. Se va haciendo acompañamiento sobre lo que es para la persona tener un diagnóstico de VIH positivo y hacerse un tratamiento.

Un vez que se le detecta la infección en la sangre el paciente es derivado al CEMA para seguir con el tratamiento. Ya va del Centro con un turno al servicio de infectología que se lo tramita la médica o la trabajador social.

En el momento que este paciente se lo deriva al CEMA es como que el paciente se pierde porque para retirar la medicación y atenderse con la infectóloga y se lo hace en el CEMA. En el Centro queda aquellas personas que son del Consultorio Amigable y que tiene un cierto vínculo con la médica y que viene por la parte clínica, por una gripe o por le está haciendo mal la medicación.

El Servicio Social hace todo lo que es gestión y asesoramiento acerca de planes sociales, beneficios sociales, programa alimentario de la provincia, tarjeta de alimentos de la municipalidad, se los orientan a cerca de actividades laborales y educativas principalmente de la Oficina de Empleo.

Se trata de articular con el Servicio Social del CEMA para que algunas situaciones seguimientos se haga en conjunto, recién se están acomodando en torno a la cuestión de trabajar con el CEMA.

El 70% de la población que se atiende en el Centro es extranjero, lo que implica que están vulnerables, El no tener documentos hace al extranjero una población vulnerable, la mayoría son chicas trans, con documentación peruana, trabajadoras sexuales, están en una mayor situación de riesgo, de vulnerabilidad en comparación al resto de las otras chicas trans argentinas o chicas trabajadoras sexuales argentinas.

Es una población que ya viene de una situación de mucha discriminación, de mucha soledad, de mucha vulnerabilidad, violencia y pobreza. Vienen a la Argentina sobre todo en búsqueda de un bienestar económico más que nada en las entrevistas ellas así lo dicen, la mayoría vienen por trabajo.

La mayoría manda dinero a su familia, las que logran hacerlo. No tienen el documento argentino, no sabe cómo hacerlo o no tiene el dinero suficiente. No entra en ningún beneficio social por no tener DNI o por no ser Argentina sí se puede ingresar al sistema de salud y medicación antiretroviral está cubierta. Es muy difícil para esas personas conseguir trabajo, además hay toda una barrera cultural que no es fácil romper, la mayoría tiene entre 25 a 40 años.

No menciona haber padecido situaciones de discriminación. En la entrevista con ellas sí, me doy cuenta pero ellas no tienen registro, siente que la violencia, el maltrato, las adicciones es parte del trabajo, de su propia historia. Muchas han padecido situaciones de violencia desde chicas debido a su condición de trans o por su condición de pobreza, la mayoría tienen educación primaria completa y muchas de ellas tienen secundario completo también. Su condición de vulnerabilidad, por ser inmigrante, no pasa por un cuestión de falta de instrucción, porque por lo visto en su país han logrado tenerla.

No transmiten haber vivenciado situación de violencia, no lo expresan, no por temor a decirlo, no lo hacen porque no tienen registro de que tienen el derecho a denunciar, a tener una vida mejor. Creo que pasa por ese lado.

Por eso creo que es fundamental trabajar sobre un proyecto de vida, muchas de ellas su plan o proyecto de vida es estudiar oficio, mencionan mucho querer estudiar alguna carrera vinculada con la belleza, la estética, perfeccionarse, algunas ya son peluqueras y trabajan con sus propias compañeras.

Tienen algún proyecto de estudio, de mejorar su situación laboral, pero cuando se indaga y se profundiza en la entrevista no hablan de querer dejar el trabajo sexual. Es más, tiende a ver lo otro como un extra o al revés. Poder trabajar de peluquera pero como algo secundario y eso es claro porque ellas mismas se lo expresa que el dinero que ganan un día o en una noche no ganan en casi un mes de trabajo.

No es que su trabajo les guste, pero tampoco lo reniega. De esa situación tampoco se siente víctima, dicen “El dinero que gano por noche dónde lo voy a ganar?”.

Cuando se les habla de la posibilidad de tener otra calidad de vida, no lo ven como algo posible. La calidad de vida que tienen es mala, muchas de ellas para poder ejercer la prostitución caen en adicciones. Saben que no tienen una buena calidad de vida, conocen y sabe del riesgo contraer enfermedades de transmisión sexual y muchas veces no se cuidan debido a que los clientes les pagan más para que no usen preservativo incluso, hay clientes que les pagan más para además de tener relaciones sexuales consumir sustancias con ellos.

Hay una gran población con Hepatitis B, tuberculosis más allá del VIH. Incluso muchas ya vienen enfermas de su país de origen. La adherencia al tratamiento es muy escasa, no tienen incorporado el concepto de salud propia, de que ellas merecen estar sanas. No pasa por la falta de acceso a la salud porque pueden ir al CEMA, al consultorio amigable. Tiene que ver con una cuestión de cómo se perciben ellas como persona. La salud no es primordial, si se puede seguir trabajando ya está, cuando algo a ellas les corta poder trabajar ahí es cuando recién piden ayuda en la cuestión de salud.

Puede ser tomado como un obstaculizador que el sistema de salud pública funciona priorizando los turnos a la mañana, no es el caso del Consultorio Amigable que maneja otros horarios justamente porque se contempla esas cuestiones.

Se acuestan tarde a dormir, no llegan a sacarse el turno, en los hospitales como el HIGA no es fácil principalmente en su condición de chica trans. Más allá del sistema de salud son ellas mismas que no tiene el concepto de cuidado

y no se perciben con derecho al acceso a la salud por lo tanto no se apropian de ese derecho.

No tienen una vida social, cuando se les pregunta cómo es un día en sus vidas generalmente la respuesta es. “Trabajar, acostarse muy tarde, comer y volver a acostarse”. Duermen todo el día, se despiertan para comer hacen alguna cosa y ya es hora de prepararse para la noche. Es más, muchas de ellas no salen ni siquiera para comprar una pincha, tiene gente que las vende en sus casa. No las ves habitualmente en el centro, en un restaurant, un café.

La mayoría dicen no tener tiempo libre si bien no dicen abiertamente creo que pasa por sentirse discriminada ellas mismas se auto estigmatizan hay una discriminación del resto pero, también de ellas mismas.

Casi siempre no se ven incluidas en la sociedad, no se ven en otra cosa que no sea la prostitución.

El Trabajo Social puede aportar muchísimo, VIH es una patología que está muy vinculada, íntimamente relacionada con lo social, no hay otra enfermedad que esté tan atravesada por lo social y lo cultural.

Creo que los profesionales de Trabajo Social deben capacitarse mucho en esa temática, si bien uno debe capacitarse en todas las áreas debemos tener suficiente respecto para capacitarnos en lo que es la patología, el contexto de la persona que vive con el virus, el entorno familiar, de amigos, porque no socializan su situación de salud a su entorno ni al menos a su entorno más cercano, el porqué, que pasa en ellos.

Cuáles son sus derechos y acá se relaciona también con los Derechos Humanos de la persona, tenemos que aportar a que todas ellas conozcan sus derechos como personas viviendo con VIH/SIDA. A veces nosotros mismo no sabemos y es difícil acompañar al otro cuando uno no sabe. Sacarnos, despojarnos de todo prejuicio que también es lo más difícil. Porque además de ser profesionales tenemos todo un bagaje cultural.

Me parece que el mayor aporte del Trabajo Social es acompañar al otro en todo ese proceso que es lo de la enfermedad de todos. Sean o no chicas trans, sean o no personas que cuentan con redes de apoyo social.

Esta es una enfermedad con un fuerte componente social, se estigmatiza muchísimo. Dicen que no, pero es mentira. No es lo mismo decir vivo con VIH que decir soy diabético siendo que ambas son enfermedades crónicas, hoy en día que la infección haya accedido en mayor medida a la población heterosexual, hace que todavía haya mucho más prejuicio.

Más allá de que también podemos trabajar en la promoción de la salud y prevención del VIH/Sida promocionando mucho el testeo, actualmente el 40% de la población vive con el virus y no sabe, tenemos una deuda muy grande como sistema público de salud nuestro rol es trabajar acompañando a la población que vive con el virus, acompañar en la adherencia al tratamiento que es lo más difícil.

Creemos que este es nuestro aporte desde este servicio es a lo que más estamos apuntando y siempre trabajando en conjunto con otras organizaciones e instituciones, con los propios usuarios de los servicios. El VIH/SIDA viene de la mano con la drogadicción y necesitamos otras instituciones que aborden tales problemáticas.

Hoy no tenemos demasiadas respuestas pero vamos en camino a eso.

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA DR. JUAN H. JARA

Fecha: 1/10/2013

Localidad: Mar del Plata

Nombre del entrevistado: Lic. Monica Molina

Cargo o Profesión: Trabajadora Social

Horario de la entrevista: 12:12

La institución atendía epidemias y endemias, la epidemia es lo nuevo, no esperado en un momento determinado y las endemias son problemáticas de salud esperable en una comunidad. La institución siempre hizo investigación, docencia y asistencia, la docencia para nutrir la asistencia y la investigación.

El consultorio de HIV nasce en el año 1986 atendiendo la epidemia del HIV, porque nace con característica de epidemia, hasta hoy convertirse en una

endemia, ya que es algo esperado. Los turnos se dieron en alguna época, pero no resultó porque la gente pedía el turno y no concurría al médico. Entonces se fue haciendo por orden de llegada, a veces el médico autorizaba pedir los turnos por teléfono a aquellos pacientes que venían de lejos. Por lo tanto a lo último fue por demanda espontánea y orden de llegada. Acá los servicios siempre funcionaron de 8 a 11 de la mañana, este es un instituto que tiene atención ambulatoria, no tiene internación.

Hace 27 años que el INE atendió personas viviendo con VIH/Sida acá fue donde se empezó a atender a las primeras personas diagnosticadas.

Actualmente se atiende personas con tuberculosis, no atiende personas viviendo con VIH y si está empezando a atender pacientes con Chagas. Los pacientes que viven con VIH/Sida y que se atendía acá fueron derivados al CEMA y al HIGA, la mayoría al CEMA y en ese caso, los de Servicio Social solicita el turno por email y se llama al paciente para comunicarle. Solicitar los turnos en el CEMA puede llegar a ser complicado. Tardan meses para darnos un turno para una derivación, decir que hasta que no le dan el alta en otro lugar la medicación sigue llegando acá. Nunca queda claro cómo se dan el turno en el CEMA, por email, después nos dijeron que por teléfono, a algunos pacientes les dan el turno por teléfono a otros no se le dan por teléfono. Nosotros les damos el primer turno que es el relativo a la derivación y después los pacientes son los que tienen que sacar turno en el CEMA.

Si bien los pacientes tienen la posibilidad de elegir a que institución quiere que se haga el pase, la mayoría elige el CEMA nadie quiere ir al HIGA. Yo creo que tiene relación con que se tiene que reservar para la gente que requiere internación. De hecho en el caso de la atención a pacientes con tuberculosis se está tratando de hacer que esas personas se atiendan en los centros de salud del barrio.

La atención en el INE cambió en enero de 2013 pero ya se viene derivando los pacientes desde el año pasado porque ya se sabía que el Dr Lecho se jubilaba y no iba haber más médicos para atender personas con VIH.

En su comienzo, la característica de los pacientes que se atendían era, en su mayoría, drogodependientes intravenosa, personas que mantenían relaciones

sexuales con drogodependiente intravenosa a su vez siendo también drogodependiente o no, personas que se habían infectado por vía sexual, en relaciones sexuales sin preservativos, había una población homosexual que se empezó a atender pero era menor. Y las mayoría de las personas que se habían contagiado de forma sexual eran mujeres ellas no tenían consciencia de que se podían infectar incluso, las publicidades en su momento afirmaba que solamente las personas que hacían parte del grupo de riesgo se podían contagiar. Se emitió un mensaje muy confuso que no ayudó a prevenir e hizo mucho daño a las mujeres también estaba la iglesia imponiendo su mensaje hablando de fidelidad, de moralidad, se criticaba al preservativo y todo eso atentaba contra la salud de la población, de los jóvenes y no tan jóvenes.

También están la mujer y el hombre que se separa que tampoco se considera en riesgo, no está avisado de lo que pasa en la sexualidad o fuera del matrimonio, también salieron a tener relaciones sin cuidarse y se ha aumentado la cantidad de hombres y mujeres también grandes que se infectan en la adultez, cuando se separa.

De esa manera, en la actualidad las personas con mayor riesgo de infectarse son los heterosexuales que no usan preservativos, los jóvenes, las personas que se separan y vuelven a tener relaciones y no tiene conciencia de la necesidad de cuidarse. Por otro lado está, la población trans principalmente, porque la mayoría ejerce la prostitución y sus clientes muchas veces le paga más para que no use preservativo, también les ofrece más dinero para que consuman droga y en ese contexto es más difícil que hagan uso del preservativo. Lo mismo pasa con las mujeres en situación de prostitución. En caso de los bisexuales que no declaran su orientación sexual, la mantiene en el oculto y también se ven muy expuesto.

El perfil de las personas que se atienden es gente generalmente que no tiene obra social, porque los que tienen se atiende en una clínica privada. En este país en los 50 hubo un decreto que obliga a las instituciones de salud pública a hacerse cargo de las enfermedades infectos transmisibles, o sea todas las que no eran negocios para la parte privada se derivaba a la atención por parte del Estado. Surge en los 90 la ley de obras sociales que obligaba a que se hiciera cargo del VIH.

Con la nueva ley muchos pasaron a atenderse por su obra social, otros no, debido a la cantidad de años que ya se atendían en el INE sin embargo, el retiro de medicación la hacen por su obra social además de todos los estudios. A principio muchos pacientes no habían alcanzado la secundaria debido a los problemas de consumo de drogas y últimamente se ha observado un nivel de escolaridad aún menor. Como ha previsto la OMS, el VIH va ser un problema grave en los países subdesarrollados y en los lugares de mayor enfermedad.

La mayoría de los pacientes que se atienden acá están excluidos del ámbito laboral, sin beneficio social, trabajan en changas, en negro ya que también una gran cantidad están pensionados por tener un diagnóstico de VIH positivo.

Incluido socialmente, laboralmente con empleo calificado yo diría que 20% como mucho, pero insisto que esta población no se atiende acá lo hace en otro lado, a veces los vemos cuando se queda sin obra social. Los pacientes nuestros están pensionados, con pensiones graciabiles y hacen changas. En principio de la epidemia muchos eran artesanos sobre todo por el contacto con las drogas no tenían un empleo formal.

En relación a la adhesión al tratamiento antirretroviral, sigue siendo un tema complejo como es en todas las afecciones crónicas donde hay que hacer un tratamiento de por vida, se habla de una adhesión de 50%, acá un poco menos. Pero, también depende del sistema de salud si, el paciente viene y no lo atiende, no hay turno, el paciente no viene más o viene cada tanto, a veces se cansa, el mayor obstáculos son las drogas incluyendo el alcohol, es muy difícil adherir a un tratamiento de esa característica consumiendo drogas.

Cuando la persona tiene redes de apoyo estable la adherencia aumenta, lo que no es el caso de la mayoría de nuestros pacientes. Por el contrario. Sus familiares y vínculos más cercanos no saben que vive con el virus y que está haciendo tratamiento, toman la medicación de forma oculta. Sugeríamos acompañarlo en que lo pueda compartir su situación de salud a sus familiares y a veces no lográbamos porque tienen miedo, miedo de la exclusión, de la muerte social. Hay personas con más de 20 años de diagnóstico positivo y no lo ha dicho. Un poco más la gente ya lo comparte, todo depende del vínculo previo con la familia, cuando lo hay damos cuenta que lo comparte inmediatamente. Pero, cuando hay conflictos familiares previos, no hay

confianza de que la familia lo va a contener al contrario, lo van a excluir, hay temor. Temor a ser excluido, temor a decírselo a los hijos y lastimarlos, miedo a no contenerlos, a que se angustie. Antes el temor era los hijos decírselos a los padres ahora es al revés miedo de los padres decírselos a los hijos.

Desde el Servicio social se trabajó el compartir el diagnóstico. Tratando de acompañar en esos momentos, nunca vamos a obligar a nadie a decir. Si en caso de parejas y sobre todo cuando hay niños de por medio. Nos ponemos firmes. Algunas personas se los decían a los familiares y después los mandaba para acá, venían, teníamos una entrevista y le hacíamos un seguimiento a familiares acompañando para que no se aleje y que tampoco invada demasiado porque también esté el sobreproteger.

Otras intervenciones que realizamos desde el Servicio Social está relacionado con la gestión de pensiones, gestión para el programa alimentario, grupo de auto ayuda para personas las personas viviendo con VIH/SIDA, para los familiares de los pacientes, curso de voluntario para acompañar a familiares amigos y personas que estaban internados, formamos voluntarios dentro de la comunidad.

Siempre se ha trabajado de forma interdisciplinaria y otras de manera multidisciplinaria se ha hecho de todo un poco en distintas épocas de la epidemia, siempre que pudimos trabajar con otras instituciones pudimos trabajar mejor porque el VIH es una problemática que necesita distintas instituciones no solo distintas disciplinas. Desde una sola institución es difícil lograr. Hemos necesitado trabajar intersectorialmente con la Oficina de Empleo, con la Universidad Tecnológica para que algunos pacientes logren alguna formación.

Creo que el aporte fundamental del Trabajo Social en el abordaje de la problemática VIH/Sida es poder rescatar y fortalecer las redes de apoyo social. El apoyo social sería el conveniente cuando una persona atraviesa esa situación traumática.

Cuando la persona se siente acompañada, contenida, es un colchón importante para poder tolerar mejor e reintegrarse a la sociedad o integrarse porque hay

gente que nunca se ha integrado laboralmente, socialmente, han tenido distintos tipos de conflictos.

El Trabajo Social es fundamental en eso. Informar, ofrecer ayuda a la persona, identificar recursos que tienen y no saben. La integración grupal, creo que es lo que más resultado da. Por supuesto tienen sus limitación, los grupos deben empezar y terminar porque si no se transforma en espacio para la victimización, para quedarse en la queja, en el lamento. Salvo que haya actividades concreta, un grupo operativo, con actividades donde uno comparta su dolor, lo que sea pero, que haya algo para gestar.

Creo importante abrir espacios de referencia ya que hay mucha gente sola, no tiene familiares, gente que se quedó estancada con un diagnóstico de VIH/SIDA. También se puede abordar desde la prevención, hemos trabajado en otras épocas haciendo talleres, en un programa de radio, trabajamos con escuelas públicas y privadas.

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS

Fecha: 1/10/2013

Localidad: Mar del Plata

Nombre del entrevistado: Lic. Lujan Di Marco

Cargo o Profesión: Trabajadora Social

Horario de la entrevista: 17:13

El CEMA es un centro de especialidades médicas ambulatoria de un segundo nivel de atención, al ser un segundo nivel surge para reforzar y complementar todo lo que es la atención a los centros de atención primaria de la salud.

Se brinda atención a especialidades médicas de todos los tipos y son todas ambulatorias. Hay Algunas especialidades que son para adultos y niños y otras solo para niños. Las personas llegan en el CEMA por derivación de diferentes servicios de salud de los barrios, que no solo tienen que derivar, sino que gestionar el turno. La sala pide el turno y el CEMA contesta siempre por referencia y contrareferencia. No hay demanda espontánea y no hay urgencia.

Si hay en la planificación de los turnos, lo que acá denominó pronta respuesta que son turnos solicitados que se tienen que resolver como mucho en 20 días pero no se habla de urgencia.

Urgencia solo en el hospital. Si, cuando hay situaciones complejas que cuando desde el ambulatorio no se puede resolver derivamos al hospital materno o al hospital interzonal que son los mayores lugares de derivación y también, de esos dos lugares pacientes con situaciones que ya no son tan complejas son derivadas para el CEMA. Es como un eslabón intermedio. Antes era de la sala a los hospitales ahora el CEMA un poco vienen ocupar el lugar intermedio, no hay urgencia, no hay guardia todo por consulta programada.

No hay salud mental pensada para este centro de especialidades médicas, no hay psicólogo, ni psiquiatra. Un poco el Servicio Social cuando hay situaciones así, las contiene y tratamos de derivar y articulamos con el centro de salud mental municipal. Nosotras acá somos dos, el servicio se inicia conjuntamente con los otros servicios.

En el primer momento se hizo un trabajo a puertas cerradas, que lo llamaron en vacío y ahí tuvimos una capacitación de gestión por proceso y se planificaron de manera escrita el protocolo de trabajo para todos los servicios. Tuvimos que hacer una misión, objetivos generales, específicos, función, establecer un marco teórico que ha sido sumamente rico para nosotras más allá de cada servicio se establecieron protocolos de trabajos con cada una de las especialidades. Eso, en relación a los servicios dentro de la institución.

Como nos insertamos en la red de servicios municipales de salud hicimos una planificación siempre tomando los servicios sociales de referencia. Esta es una institución de paso, vienen, se consulta y termina la intervención. Hay otras poblaciones que por tener una enfermedad crónica es más cautiva a esta institución y cuando no hay servicio social de referencia nosotras tomamos la posta del seguimiento pero generalmente en situaciones que no son complejas, que no requiere seguimiento la articulación siempre es con el centro de salud de referencia o con el Servicio Social de Desarrollo Social. Específicamente lo que es VIH/SIDA trabajamos conjuntamente con el Servicio de infectología, somos parte del equipo, también lo conforma la psicóloga. La única psicóloga

que tenemos en el CEMA Diana Cucurulo es exclusivamente para pacientes del Servicio de infectología.

Con infectología trabajamos diferentes situaciones, la mayoría de los pacientes son derivados solamente para gestionar recursos y situaciones más complejas que requiere de algún tipo de seguimiento. Ejemplo: si viene un mujer que tiene VIH además está embarazada la derivación se hace siempre al Servicio Social para tener una entrevista en profundidad acompañando durante el proceso de gestación y articular con el hospital maternos infantil cuando nazca él bebe.

Fuera de lo que es VIH también atendemos a personas con tuberculosis, ese tipo de atención se empezó hace poco desde la municipalidad, se centralizo acá en el CEMA después se deriva siempre a la sala. Hasta ahora no ha llegado paciente que tenga VIH y tuberculosis, sabemos que ha llegado al HIGA, esos pacientes son los más vulnerables. Hace un año que trabajamos con personas viviendo con VIH podemos dar características generales, nosotras acá más allá que con infectología trabajamos de una forma particular por la demanda, estamos para todas las especialidades, no tomamos la puesta de ningún servicio en concreto por lo cual atendemos de manera general 20 especialidades que hay acá.

Acá vienen muchas personas derivadas del INE porque allá ya no hacen atención y me parece que la población que vinieron del INE es la población más vulnerable porque más que un primario completo no tienen, con trabajos inestables o informales, muchas veces sin redes familiar lo cual se hace todo muy difícil y con muchísimas dificultades en la adherencia en el tratamiento esa es concretamente la población del INE, que también llegan al Servicio Social solicitando gestión de recurso.

Nosotros tomamos la puesta para acompañar y empezar a trabajar otras cuestiones pero, es muy difícil.

Esta población en particular que ha venido del INE, que son todas personas adultas, tiene registro de que les atraviesan otras problemáticas las cuales hay que trabajar lo que pasa es que hay dificultades personales para poder afrontar y hacerse cargo de otras cosas, me parece que también, es una apreciación personal, han vivido la peor época del VIH donde fueron muy discriminados,

donde la medicación y la tolerancia eran otra, donde el acompañamiento familiar por un diagnóstico de VIH era mucho menor al que tiene las personas más jóvenes ahora.

Hay personas que yo he entrevistado que hace 10 años viven con esa patología y no han podido compartir con nadie su diagnóstico, después acá está llegando una población más joven con diagnóstico reciente o con diagnóstico de hace 6 años.

Me parece que es otra época del VIH, donde hay más información, hay más campaña de prevención, hay más información desde lo vincular, que no te contagias por compartir un mate, gente joven mucha, gente de clase media está llegando ahora y que han podido compartir el diagnóstico por lo menos con la pareja, con los padres y después, como siempre hay situaciones críticas. La mayoría de los que recibimos acá son argentinos.

Desde ese Servicio Social hay situación de chicas trans, pocas, dos extranjeras a una de ellas acompañamos a regularizar su situación legal, que lo logramos. Y después con dos chicas trans argentinas estamos haciendo todo lo que es el cambio de identidad.

No hay un circuito de admisión establecido de manera conjunta como se hace en el Centro de Salud N° 1, no hay obligatoriedad que los pacientes pasen por el Servicio Social. Excepto los de menor edad, los adolescentes y las embarazadas cuando tienen diagnóstico nuevo a parte de infectología pasa por el Servicio Social.

Si tienen alguna necesidad de consultarse con nosotras o bien los deriva los infectólogos o directamente sacan turno acá mismo. Los pacientes con HIV siempre llegan al Servicio Social porque también, hay un conocimiento popular de la tarjeta, de la pensión. Nosotras tratamos de dar otro encuadre.

Otro circuito que se estableció en caso de VIH es que cuando vienen una persona a hacerse una muestra de sangre y su primero resultado es positivo nosotras o los infectólogos se les entrega el resultado, se les entrevista y en seguida se establece el circuito para hacerse la segunda prueba y la muestra de identidad.

Hay poca derivación por falta de adhesión al tratamiento, y cuando las hay son los adultos generalmente. Las derivaciones más específicas que se hace al Servicio Social son por las pensiones y las tarjetas.

Que el medico establezca un acompañamiento desde el Servicio Social por dificultad en el tratamiento es muy difícil. Excepto en situaciones críticas, tenemos dos personas en situación de calle con cero adherencia que siempre aparece cuando hay cualquier otro síntoma de malestar físico. En esa situación sin cada vez que vienen se los derivan al Servicio Social.

Quizás por ser dos personas para una demanda de 20 servicios nos limita mucho, nuestra capacidad de respuesta, profundizar en cada demanda. El servicio de infectología es el servicio donde más atención brindamos principalmente por las embarazadas y los adolescentes, después hay más de 19 servicios con diferentes demandas que a nosotras nos hacen derivaciones.

La capacidad de respuesta para poder absorber todas las demandas termina impidiendo que se profundice en cada una de ella al ser dos profesionales. En relación a la adhesión al tratamiento me ha pasado que los pacientes con más dificultades son los que tienen problemas de salud mental o alguna adicción incluyendo el alcohol, depresiones crónicas no tratadas, personas muy angustiadas a causa de un diagnostico que le cayó y no lo pudo compartir con nadie.

Reciben un diagnóstico y las pautas de redes o de posibilidad laboral son escasas o nulas. Que no puedan avanzar en la inserción laboral y no puedan compartir el diagnostico contribuye a estados de depresión crónicos. En gente relativamente joven cuando no hay problema de adicción hay una buena adherencia al tratamiento con etapas de altos y bajos.

Etapas con muy buena adherencia etapas que abandonan el tratamiento y al tiempo vuelven, que tiene que ver para mí con el desgaste de lo crónico, no es fácil sostener un tratamiento en ninguna enfermedad crónica. Sostener un diagnóstico de VIH así como de diabetes, artritis reumatoide, un hipertenso, también está entrecruzado con los estados emocionales de la persona, hay etapas que lo podéis sostener bien y hay etapas donde tienen más dificultades.

Se observa en la mayoría de los pacientes, que no tienen un proyecto de vida quedan estancado, su objetivo es la pensión y es entendible porque no tienen otro ingreso, pero me parece que la pensión los achata, los más seguro son los 1400,00 de la pensión, dejan de capacitarse. Hay situaciones muy variadas en que lo cotidiano lo sobrelleva bien porque tienen herramientas personales y por ahí personas más adultas que tiene una historia con la enfermedad compleja asociada a algún tipo de adicción donde lo cotidiano se lo hace muy arduo y donde nosotros desde Servicio Social no tenemos otros tipos de soporte para afrontar eso.

Trabajamos a través de entrevistas en profundidad y a partir de eso es como se continúa y si hay Servicio Social de referencia, se comunica con la colega y se lo deriva, se negocia. Dependiendo de la situación vamos viendo que estrategias utilizar, muchas veces hay pacientes que los entrevistamos solos, en otros casos citamos que vengan acompañado de un familiar. En caso del Hospital Materno Infantil y el Hospital Interzonal se hace articulación, negociación.

El Servicio Social del CEMA está planteado para trabajar interinstitucionalmente con los centros de referencia. Yo profesionalmente y personalmente con relación un poco a la adherencia al tratamiento trato de retomar en la entrevista lo que es el proyecto de vida.

Trabajamos siempre con la Oficina Municipal de Empleo, generalmente son personas que tienen mucho miedo a la discriminación, tienen miedo que por tener VIH no las llamen para un puesto de trabajo, o porque bien han tenido una experiencia que le ha pasado eso. Generalmente están en empleos informales que los explota un montón, no se ha capacitado más.

Desde ahí y con el soporte de la Oficina de empleo es que estamos tratando de trabajar el proyecto de vida, capacitación y que puedan verse y buscar otras alternativas de inserción. Eso por un lado, después está la continuidad de los estudios, generalmente cuando hay primario o secundario incompleto tratamos de ver si están interesados en terminarlo, conseguimos algunas becas, siempre por intermedio de la Oficina de Empleo.

El abordaje con los pacientes con VIH es retomar su proyecto de vida. Me parece que es fundamental, El diagnóstico de VIH positivo muchas veces les han truncado todo el proyecto de vida, no han sabido como continuar con ese diagnóstico ahí es cuando se vuelven más vulnerables, se estancan. Creo que les deben dar otra cosa más que no sean una pensión, llamo pensión no contributiva pero es una pensión por discapacidad e invalidez y ellos mismos cuestionan eso. Se sienten rotulados pero, con la dificultad de insertarse laboralmente termina accediendo a trabajos muy precarios. A veces no van buscar porque tienen miedo que a la pensión se la den de baja, creo que les debería dar otra cosa, un subsidio o algo así.

Nosotras, desde nuestra intervención tenemos autonomía pero no la respuesta en relación a los recursos y no solo recursos materiales, de capacitación, espacios de inserción donde puedan encontrar actividades que los dignifique más, no hay otros dispositivos de trabajo, falta más acompañamiento desde salud mental, psiquiatra, psicólogos.

La derivación a salud mental es muy complicada y a una sola psicóloga es muy difícil cubrir toda la demanda son pocos los caso que ella interviene y tampoco pude hacer un buen seguimiento. Derivamos al centro se salud mental municipal pero si la persona llega no sabemos porque no se trabaja de manera conjunta solamente hacemos la derivación.

No hacemos prevención debido a que somos del segundo nivel y esa función está más a cargo del de la APS. Lo que tenemos desde el Servicio Social son dispositivos grupales con pacientes con alguna enfermedad crónica, reumatología, celíacos.

Nosotros diseñamos el Servicio Social en dos momentos, el primero abocado a la asistencia y el segundo en la elaboración de dispositivos de trabajos alternativos, como tenemos un importante caudal de pacientes con artritis reumatoide antes la falta de salud mental y porque creemos que el dispositivo grupal puede facilitar y ser un aspecto positivo en el proceso de tratamiento estamos empezando a trabajar desde ese lugar cuestiones vinculadas con el proceso de enfermedad.

Desde el trabajo social, me parece fundamental que se acompañen a la persona en el proceso de enfermedad, en los diferentes procesos.

VIH es un diagnóstico muy fuerte con un fuerte peso social y es donde nosotras entramos con tapones de punta para informar, acompañar en el momento que ese sienta seguro de socializar su diagnóstico con la red de apoyo social y después trabajar todo lo que es transversal a todo tratamiento crónico.

El psicólogo tiene su campo de intervención, me parece que desde el Trabajo Social el acompañamiento tiene que ver con la contención, facilitar los procesos de tratamientos y abrir espacios de escucha, ofrecerle un espacio de escucha ya es fundamental, para que se sienta contenido, desarrollar lo empático.

HOSPITAL INTERZONAL MATERNO INFANTIL

Fecha: 1/10/2013

Nombre del entrevistado: Lic. Dario Petrillo

Cargo o Profesión: Trabajador Social

Horario de la entrevista: 20:00

Es un Hospital como dice la palabra primeramente es Materno nacen seis mil chicos por año y a su vez especializado en pediatría es un referente no solamente en la ciudad de Mar del Plata sino de 16 partidos dentro de la Región Sanitaria. Es un referente en lo que es pediatría, alta complejidad y embarazo de alto riesgo.

Eso da una mirada y un impacto importante desde la salud pública en la provincia de Buenos Aires en relación a este hospital, el crecimiento que tiene hoy en día el hospital está relacionado principalmente por el índice de los nacimientos que tenemos del 6 a 7 % al año y a su vez en pediatría y lo que es alta complejidad en pediatría.

Cuando hablamos de alta complejidad en pediatría queremos decir, el niño en situación de una enfermedad aguda, el niño en situación de riesgo de vida, el

hospital materno es el único especializado en la ciudad para ese tipo de intervención, no hay a nivel privado en la ciudad para ese tipo de intervención, no hay a nivel privado en lo que es la parte de internación y en lo que es la parte de enfermedades crónicas como es el caso del VIH/SIDA

Otro ejemplo es el servicio de oncología que abarca a la ciudad de Mar del Plata y 16 ciudades. Eso nos dar una dimensión que tiene la salud pública de Mar del Plata.

La accesibilidad se coordina a través de la Atención primaria de la salud, esto está relacionado de acuerdo a las características del chico o de la madre si es un embarazo al octavo mes se deriva al hospital, si es un embarazo de alto riesgo como la madre portadora de VIH/SIDA la mirada es a partir del quinto mes y se hace un trabajo articulado y coordinado con el Servicio de Infectología del CEMA.

Intentamos con eso trabajar todo lo que es adherencia al tratamiento, el 75% de las madres que tenemos que conviven con el virus y que están embarazadas que son aproximadamente 48 al año son mujeres con primero diagnóstico. Por lo tanto, se encuentra embarazada y se ven en la necesidad de tener que afrontar el impacto de un diagnóstico de una enfermedad todavía muy estigmatizante.

Ese abordaje y acompañamiento lo hace la Lic. Ángeles Paz. Somos unos de los hospitales que en la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional que hace aproximadamente 3 o 4 años estamos con cero índice de niños portadores de VIH por transmisión vertical.

Eso nos dar y nos permite ir trabajando mucho con el compromiso y la articulación con el área de la municipalidad para intentar que a esos niños no se transmita el virus. Con respecto a los turnos está relacionado mucho con la articulación con la Atención Primaria de la Salud, hay 36 centros de atención primaria en Mar del Plata y con otros hospitales locales, abarcamos de San Clemente del Tuyu, hasta Necochea y después nos abrimos, salimos del Partido de la Costa abarcamos hasta Ayacucho, Balcarce, Lobería y venimos englobando todo lo que sigue.

Todas esas localidades tienen hospitales municipales de mediana complejidad entonces se articula los turnos, cuando está la necesidad de derivación se deriva, cuando hay una necesidad de consultorio externo se deriva la mismo.

Volviendo a lo que es la accesibilidad está también relacionado por algunas especialidades que hoy en día está colapsada neurología es una de esas pero, no es la cuestión de que el sistema no permite que el paciente llegue sino que, es por una cuestión de recurso tienen que organizar otro tipo de estrategia dentro de lo que es algunas especialidades y algunas enfermedades puntualmente, que ahora está saliendo.

Este hospital es materno infantil trabajamos con la madre embarazada que convive con el virus, este es un proceso que hacemos de articulación con la gente del CEMA , si trabaja mucho en esta etapa que es un periodo muy corto, cuando la mama es diagnosticada en el tercer mes del embarazo cuando por los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) se pide el Elisa que es el método de diagnóstico del VIH al aparecer el resultado positivo, eso comúnmente tendría que ser informado por la gente del centro de salud por diferente razones quien lo informa son los infectólogos del CEMA.

Es decir, que el paciente va encaminado que alguien le va decir algo que puede llegar a impactar en ese periodo ya estamos pasando al cuarto, quinto mes entonces, nos tenemos que apurar a la toma de conciencia primeramente en la madre, trabajar impacto que genera el diagnóstico y esa mochila que empieza pesar sobre ella en relación a eso que es el VIH relacionado principalmente con lo que es la estigmatización que tiene esa enfermedad, enfermedad crónica por supuesto. Tenemos un periodo muy corto para garantizar la adherencia al tratamiento.

Por supuesto toda la madre de por si por una concepción bilógica apunta a la protección de su hijo entonces, lo que se intenta es que con el ejemplo, con la experiencia que tiene el hospital hacerla comprender que si ella se adecua a ese tratamiento se va garantizar de que ella no transmita el virus a su hijo.

Ese es un periodo muy corto donde tiene que ver mucha cuestiones primeramente de la adherencia al tratamiento, muchas veces encontramos que la adherencia está muy relacionado con quien la acompañan.

Muchas veces no las acompañan las parejas, tenemos ahí un problema que siempre nos ha impactado mucho que la madre venga sola. Más sola viene cuando tiene el diagnóstico de VIH positivo.

Se intenta vincular al padre, pero a veces está y otras veces no está. Hay que trabajar muchas veces con sus referentes cercanos, sus pares, su familia. Lo que pasa es que siempre te encuentras que de por sí cuando la persona se entera del diagnóstico primeramente lo toma como un acto muy privado y principalmente lo oculta.

Lo que nosotros tenemos que trabajar desde diferentes disciplinas sea médico, trabajador social, o psicólogo desde la subjetividad del paciente es la información, porque es elemental la información para poder correr lo estigmatizante que tiene hoy en día la enfermedad.

Más allá de que por suerte en los medios de comunicación se trabaja mucho desde que el SIDA ya no es muerte, el VIH es un virus, es una enfermedad crónica que es tratable pero cuando te toca y te impacta todo lo que recibiste de afuera no te queda lo bueno, te queda lo estigmatizante, te queda la muerte, te queda el porque me contagié y todo lo demás.

Más allá de que actualmente, en relación al contagio el 95% es por transmisión sexual. Eso nos da indicios que frenar eso es a través de la información, que es una responsabilidad de los profesionales que actúan y que están interviniendo dentro de lo que es el equipo de VIH. Intentar correr lo estigmatizante y que esa mamá pueda interpretar esa información que vos le das y pueda ir transitando y adhiriendo a ese tratamiento e ir corriendo esa mochila que tiene o esa cuestión de lo que dicen del afuera en relación al VIH

Ese es el trabajo más importante que todos los profesionales tenemos que tener, incluso el trabajador social. La información te cambia el eje de la intervención con el paciente. Principalmente para la toma de consciencia y para garantizar una mejor adhesión al tratamiento, un tratamiento de por vida pero que en esa etapa es crucial. Ese tratamiento es lo que va garantizar que su hijo no nazca con el virus.

Después de eso el chico cuando nasce tiene un seguimiento en el hospital hasta completar un año y después se los deriva al consultorio del niño sano y a

la madre se la deriva en este caso al CEMA. Así es el escenario que nosotros tenemos.

La intervención es muy corta, muy poco tiempo y donde tienes que tener mucha claridad hacia dónde vas. Se puede dar cuestiones de accesibilidad, se puede dar cuestiones de falta de adherencia y que eso muchas veces se representa por la falta de toma de conciencia de la madre de esa problemática de salud que tiene y todo eso atraviesa la intervención del trabajo social como disciplina.

Se entrecruza cuestiones de adicciones, la mayor dificultad que nosotros y nosotras tenemos es que la mamá está sola, y el trabajo que se intenta hacer es empezar a tirar redes para que ella misma se sienta acompañada por sus pares.

Tenemos 62 chicos que convive con el virus, eso es mucho más complicado. Por suerte hoy en día lo que está demostrando es un buen trabajo que hay en relación con a la transmisión vertical cada vez tenemos chicos más grandes y menos chicos chicos viviendo con VIH, los que venimos ya de hace muchísimo tiempo trabajando con esa enfermedad hemos vivido todo el proceso y hoy estamos viviendo una realidad que por suerte los planteamientos son otros.

Nos estamos planteando como equipo de salud las intervenciones de una manera diferente. El equipo está formado por el pediatra, una trabajadora social, una psicóloga, un bioquímico y un representante de las personas que viven con el virus que es de la Red de Personas viviendo con VIH/Sida.

El primero tiempo es accesibilidad y adherencia al tratamiento y hay tenemos diferentes cuestiones, no podemos tener en cuenta la accesibilidad y la adherencia si no conocemos la historia socio familiar, la cotidianeidad de esa familia que convive con el virus. Siempre que hablamos de un chico que vive con el virus hay un adulto que también vive con el virus. Salvo en algunas cuestiones cuando el papa y la madre murieron.

Tenemos aproximadamente 30% de los chicos a cargos de sus abuelos y ellos juegan un papel muy importante en la adherencia. La mejor adherencia que hemos tenido está representando por las abuelas más allá de que lo que es accesibilidad y adherencia al tratamiento está relacionado a la calidad de vida.

Entre otros abordajes que hacemos, está el poder garantizar a través de algunos recursos que se puede generar través del derecho que tiene esa persona. Intentamos viabilizar la pensión como un punto de salida.

Hoy en día aproximadamente todos los niños tienen una pensión después se dar otros factores que están relacionados con la familia, que están representadas por la pobreza, su cotidianeidad es pobre desde ahí se fortalece algunas cuestiones desde una vivienda del plan federal, desde el apoyo alimentario que hubo algunas veces y desde diferentes etapas. No se puede hablar de buena adherencia cuando el chico está mal alimentado, hay muchos puntos en el cual se intenta fortalecer algunas cuestiones en algunas familias que tiene que ver con una mejor calidad de vida.

Creo en la singularidad de las familias, cada familia tienen apellido y diferentes nombres, yo los identifico a todos y se con quien hablo y eso te permite intervenir de manera diferente y no hay modelos estandarizados, cada familia tiene un fotografía de su cotidianeidad de su experiencia de vida, de su experiencia de convivir con una enfermedad crónica nosotros como profesionales tenemos que atravesar eso y ver con que herramienta vamos a manejarnos para garantizar en el chico una mejor accesibilidad y adherencia al tratamiento.

El promedio de edad de esos chicos está relacionado por como vienen atravesando la enfermedad ahora esta entre los 10 y 13 años hasta los 15 se los atiende en el materno. Los chicos están 14 años dentro del hospital, son parte de la institución, por eso no me manejo con turno. Mi criterio es puertas abiertas. Después de la accesibilidad y el tratamiento lo otro que nos atraviesa y que es eje de nuestra intervención es el develamiento.

Es un punto muy importante, está relacionado con el crecimiento del chico y con las preguntas que él hace de porque estoy tomando eso, ahí se acompaña a la madre y la familia, se trabaja mucho con los padres de a poco con las herramientas que les damos nosotros vamos charlando, animando a los padre a que hable con el chico, una vez que lo hacen, vamos acompañando nosotros para garantizar también algunas cuestiones siempre dentro de la edad y del desarrollo intelectual.

A partir del 5 años de edad hay mecanismos para informar el chico que es lo que tiene y a los 12 años también tratamos de reforzar en el chico esa información en ese período se requiere mucho de la psicología. En ese momento hay un conflicto muy grande con el preadolescente, hay diferentes etapas de la responsabilidad de la mamá. La que acompaña al turno, que está todo el día con él. La mamá, la abuela u otro referente. Tenemos muy buena adherencia en esa etapa pero, después cuando el chico empieza a conocer lo que tiene atraviesa a la pre adolescencia.

Es una fase en que el adolescente de por sí suele tener conflictos además se suma la problemática del VIH y es justamente ahí donde se empieza a tener fallas gravísimas en la adherencia. El chico al tener autonomía en el manejo de su propia enfermedad no toma la medicación vuelve a como se tuviera 4 años de edad.

Tenemos una dificultad muy grave en esta enfermedad, hay pocos esquemas, llamamos esquemas a los antiretrovirales entonces se empieza a fallar los diferentes esquemas, nos quedamos sin esquema ha pasado con dos chicos. Eso es un problema porque empieza a tener la carga viral elevada y empieza a atravesar otros tipos de enfermedades, el desafío que todas las disciplinas, incluso el Trabajo Social tiene es intentar innovar en nuevas formas de intervención para estas cuestiones y estas problemáticas que está atravesando esos preadolescentes y adolescentes en el Materno, en el CEMA y el HIGA.

Otros motivos de la falla de la adherencia también, tiene que ver con el cansancio de la ingesta de medicamento, la rebeldía de la edad, rebeldía hacia la enfermedad misma, el no tener autonomía o no animarse a socializar con sus amigos lo que ellos tienen, el proyecto de vida dentro de la edad que tiene, esas situaciones favorecen a que haya falla en la adherencia.

Los aportes que puede dar el Trabajo Social como disciplina para abordar esa problemática creo que primeramente es tener claridad. Dentro de esa enfermedad crónica hay determinados puntos que hoy en día se plantea diferentes desafíos para las diferentes disciplina, desafíos de generar intervenciones innovadoras, el papel de cada uno va depender del compromiso y de las ganas que le ponga uno en esa enfermedad.

Lo importante de la enfermedad como proceso es poder verla desde una mirada integral por eso lo importante es no ver al paciente solamente con su problemática clínica de salud sino tener un enfoque mucho más amplio, mucho más integral, ese es el eje y es lo que te va a generar intervenciones mucho más adaptadas a la realidad.

Hemos tenido limitaciones, por suerte el proceso de la enfermedad cambió a lo largo de esos años, pasamos de una enfermedad que hace 10 años atrás acompañábamos a los pacientes a morir a una enfermedad crónica cuyo eje de nuestra intervención es fortalecer la red de apoyo, mirar la calidad de vida, el vincular es muy importante para nosotros, es vital, es lo que a vos te permite que esa persona pueda mostrarse su cotidianeidad, caso contrario no la ves o ves solamente lo que queréis, ves algo que no te sirve.

He tenido frustración desde la muerte de un chico y es importante también, desde ahí poder intervenir, de los equívocos sí la muerte de un chico nos causa mucha frustración pero, se hace necesario mirar y plantear desde un plano objetivo para replantearnos los posicionamientos y no permitir que vuelva a pasar.

El aporte más interesante y más importante que se da es el acompañamiento al niño, a la madre y a toda su familia en las diferentes etapas que nos dan una fotografía del desarrollo del chico, primero la accesibilidad, la adherencia al tratamiento, después las cuestiones relacionadas con el develamiento y después el proceso preadolescente que está relacionado con el desarrollo en la mujer desde la sexualidad y en el chico también.

Además la autonomía y lo que genera esa autonomía y ese conocimiento de sí mismo, de saber que tiene una enfermedad crónica, el impacto que genera en esos adolescentes.

Son tres momentos los que hoy en día engloba esa problemática de salud y todas esas situaciones que uno se fue planteando en distintos momentos tienen la intervención del Trabajo Social.

El acompañar te queda corto en la intervención, el acompañar es ideológico y esto está relacionado con lo nuestro, porque el acompañar, tiene que haber un momento de pararte vos como disciplina y como trabajo profesional porque si

uno acompaña pero, no genera el aporte que es necesario para ese acompañamiento, estas acompañando desde un papel que no es activo. A una persona la puedes acompañar desde la mano pero, como haces como un par y como y cuando haces como profesional de Trabajo Social, cómo te identificas como trabajador, trabajadora social. Esto es central, empezar a problematizar desde el campo de salud es decir donde me paro, donde intervengo.

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS

Fecha: 7/10/2013

Localidad: Mar del Plata

Nombre del entrevistado: Lic. Gabriela Re

Cargo o Profesión: Trabajadora Social

Horario de la entrevista: 9:32

Este es un hospital general de agudos de alta complejidad donde los pacientes en realidad deberían venir cuando requieren de una atención de alta complejidad, en este momento atendemos lo que es alta complejidad pero también tenemos consultorios externos y en el caso de paciente con VIH específicamente eligen atenderse en hospital y en el CEMA sobre todo porque son los dos lugares que atiende a esa problemática ya que en el INE ya no hace a pacientes viviendo con VIH.

A los pacientes con VIH nuestra atención se divide en tres aspectos, lo que es el consultorio externo, lo que es la internación y lo que es la demanda espontánea que nos llega a nosotros por el Servicio Social.

El Servicio Social atiende de lunes a viernes en el horario de la mañana y de la tarde. Hay médicos atendiendo en los consultorios externos de lunes a viernes.

Dentro del equipo también hay una enfermera, la secretaria del servicio de infectología que es la encargada de atender a todos los paciente cuando llegan y hacerles la receta, también está la psicóloga trabajando con el equipo y en este momento hay una Lic. en Trabajo Social de la residencia de pos grado de Servicio Social y el Lic. Chávez también trabajador social que está empezando

a hacer parte del equipo. Trabajamos también con el voluntariado de infectología y llevamos a cabo un proyecto en común con Almacenes culturales que pertenecen a cultura de la municipalidad donde se trabaja los aspectos de la adherencia de los pacientes con otra mirada que no sea la mirada medica sino la mirada de las potencialidades que una persona pueda tener porque sabemos que esa enfermedad atraviesa la vida de las personas que no es solamente un diagnóstico, por eso estamos tratando de trabajar con otras disciplinas de sumar lo que es el servicio de infectologia y a lo que es el modelo medico hegemónico que es bastante duro de romper.

Ellos desde su visión de médicos, trabaja interdisciplinariamente para nosotras trabajadoras sociales con otra mirada de lo interdisciplinario consideramos que no se trabaja interdisciplinariamente. Sino que es la suma de saberes, nada más.

Igual, con esa fractura que trabajamos a diario podemos hacer bastantes cosas, podemos trabajar de acuerdo a nuestras decisiones y podemos sostenerla más allá de las discusiones que podemos llegar a tener cuando hay una intervención médica pero también hay una intervención social y el paciente debe quedar internado por la cuestión de la totalidad de su diagnóstico.

Hay una autonomía para intervenir y hay limitaciones a veces desde los médicos por su formación médica pero hay una postura nuestra de no aceptar estas limitaciones, cuando no las aceptamos las limitaciones por ahí las podemos manejar sobre todo no es por nada pero el hecho de que yo tenga 22 años trabajando con ellos tengo mayor libertad para tomar decisiones que a veces para quien recién empieza o está empezando es más difícil.

El estar mucho tiempo en el Servicio Social y haber elaborado proyectos dentro del servicio también me facilita tomar una postura de ceder en algunas cosas, otras de sentar y discutir las pero hay otras cosas que son indiscutibles.

En general son pacientes que vienen con dificultades económicas, tenemos un poco de todo. Como ese es un lugar de internación de agudos, también tenemos pacientes que su problemática no es económica sino social, si nos quedamos solo en la problemática económica, es poco lo que podemos hacer nosotros desde nuestro trabajo.

Creemos que nosotros como trabajadores sociales podemos intervenir en los pacientes que tienen problemáticas económicas, familiares, laborales. Porque tiene mucha gente que está trabajando pero tiene miedo de decir las cosas por temor a ser despedida.

Por eso lo que hacemos desde el Servicio Social es brindar asesoramiento sobre esto, a perder el temor a que sepan que ellos deben ser respetados, que hay un secreto médico, que no es necesario que el lugar donde trabajan sepan de su enfermedad, que si lo tienen que saber, tiene que saber el médico en un sobre cerrado, le damos la seguridad que van pedir algo en su obra social algo que les corresponde y que no tengan temor de perder el empleo porque mucha gente deja el tratamiento o no lo hace por temor a blanquear esto en la obras sociales

La ley de VIH/SIDA nos permite dar la medicación a todos aquellos pacientes que no tienen obra social el que tiene deberán pedírselo a su obra social. Es todo un trabajo pero, no es un trabajo de solo hacer una receta y mandarlo a pedir, es todo un trabajo de reconocimiento del paciente de su autoestima de que se lo merece, de que no debe ser discriminado por eso y de que pedir a la obra social no tiene nada que ver con lo laboral, eso por un lado.

Por otro lado, trabajar con pacientes que tienen conflictivas familiares, que tienen por hay situaciones de problemáticas realmente económica. Hay un montón de cursos, de proyectos que pueden armar, hablarle de la pensión, pero, bueno, también intentamos trabajar desde la capacidad, hoy el VIH es una enfermedad crónica con la cual se puede vivir.

También entendemos que si bien a los médicos les cuesta llenar un formulario para pensión porque dicen que el paciente con VIH/SIDA no tienen una discapacidad nosotros, que trabajamos con ellos sabemos lo que significa vivir con VIH/SIDA, sabemos que significa tomar una medicación de por vida, sabemos los efectos colaterales que eso tiene y lo que a ellos les cuesta incluirse en la vida cotidiana.

A veces a ellos la pensión les permite tener un proyecto no va salvar obviamente su situación económica pero de alguna manera tiene un ingreso

para poder mantenerse y con alguna changa o alguna otra cosa que hacen porque no pueden ingresar al sistema formal de trabajo.

Dentro de las pensiones tratamos de orientarlos en las dos pensiones que tenemos que son las pensiones no contributiva que tienen el PROFE y las pensiones de IPS que a veces consideramos que los que realmente tienen un problema económico le conviene acceder a la pensión que tiene PROFE pero aquellos que tiene un problema económico pero no es un determinante, preferimos y recomendamos que tengan la pensión de IPS porque tienen IOMA y consideramos para el paciente tener un obra social es bueno.

Lo que intentamos es generar redes por eso que con cultura de la municipalidad, con la Oficina de empleo hemos articulado para el desarrollo de talleres hay cursos que ellos se han inscripto y lo está haciendo, tratamos de que ellos puedan volver a la vida laboral activa.

Cuando se entera del diagnóstico lo primero que ven es la pensión. Para nosotros la pensión es un instrumento para abrir un abanico de posibilidad, lo último es la pensión. Lo que pasa es que es difícil convivir con VIH, es difícil la toma de medicación es difícil un montón.

La medicación que los ayuda a prolongar su expectativa lo salvó. Sí los salvó de la muerte pero los pone en un lucha diaria que es la de vivir.

Antes los acompañábamos a morir ahora los acompañamos a vivir y el desafío de acompañarlos a vivir es que en el camino te encuentras con más cosas difíciles. Igualmente, uno puede decir que esta es una de las enfermedades que más acceso ha tenido a distintos recurso.

Este es un hospital público que se tratan las diferentes patologías y no hay tantas enfermedades que tenga tantos recursos como es el VIH. Hay una respuesta del Estado, por la lucha que han hecho las entidades no gubernamentales entre ellos la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA y activista que han trabajado para eso.

El Estado responde con una ley, responde con la medicación, con los estudios, con el programa alimentario y cada vez se va consiguiendo más cosas. Estos beneficios no tienen cualquier paciente ni cualquiera enfermedad.

Nos encontramos con que al no ser el VIH una enfermedad con discapacidad no se accede a un certificado de discapacidad para obtener la pensión. De algún lado también tenemos que trabajar con la capacidad que nos queda y con la posibilidad de elaborar proyectos de vida no es fácil pero el camino está.

Hay pacientes que no hace el tratamiento. En ese momento tenemos dos grupos de personas internadas, la gente que se interna de reciente diagnóstico que en los últimos tiempos ha sido bastante alarmante.

Tenemos de 2 a 3 diagnóstico por semana. Es gente de recién diagnóstico pero hace mucho que tiene la enfermedad o a lo mejor no pero que cae internado por otra cosa y se diagnostica el VIH. Ese es un grupo de personas que nos alarma porque es importante.

De haber tenido un periodo donde se diagnosticaba menos y ahora hay mucha gente internada con reciente diagnóstico gente que ya se lo imaginaba y gente que no lo tenía pensado y después están aquellos que vienen en muy mala condiciones porque lo sabía y no ha hecho el tratamiento y llegan en muy mal estado.

Es el desafío que tenemos todos porque que el paciente no adhiera al tratamiento es un fracaso terapéutico para los médicos, para los trabajadores sociales, para los psicólogos y para los pacientes mismo. El interrogante es porque no hay adherencia. Porque son malos y no toman la medicación? No. Porque no hay medicación? No. Porque hay dificultades en la vida? Sí.

Ahora que somos unos más trabajando en infectología lo que empezamos a hacer es profundizar más el tema de la adherencia. Pero, no la adherencia de si el paciente deja o no deja de tomar la medicación. Sino que cosas pasan en la vida de esa persona para no tomar la medicación.

Desde el consultorio de Servicio social empezamos a citar los pacientes a los martes a principio empezamos con los pacientes de reciente diagnóstico y los paciente de recientes diagnósticos pero que estaban internados y fueron dados de alta. Les damos un turno, tiene 45 minutos de entrevista, sacan el turno en la ventanilla.

No como en general suele pasar que primero ven al médico y después ven a los trabajadores en el pasillo sin un espacio de charla porque es mucha la

gente que pasa por acá entonces ese día el paciente concurre se escribe en la historia clínica sobre el paciente y en el encuentro con el médico este sabe sobre la vida del paciente más allá del diagnóstico.

El médico cuando abre la historia sabe que le pasó a ese paciente más allá de tomar o no la medicación a nosotros si no tenemos acceso a la historia clínica no podemos escribir nada tenemos un montón de encuestas archivadas que solo sirven a nosotros pero los médicos no tiene acceso. Cuando están internados escribimos diariamente en las historias clínicas nuestra intervención.

El tema es cuando se va, verlos en los pasillos, en la ventanilla no se puede conocer mucho acerca de ese paciente por eso empezamos esa nueva modalidad y descubrimos que al paciente le gusta que los citemos, que le demos un turno y que le demos su espacio. Cuando es necesario lo vemos dentro de los 15 días, si es necesario lo vemos al mes, lo vemos a los dos meses o dejamos el espacio abierto para que venga cuando necesiten.

Vamos haciendo la intervención de acuerdo a la necesidad del paciente. En relación a los pacientes adolescente estamos intentando trabajar con un camino diferente. Los pacientes vienen derivados del HIEMI, nos comunicamos con los colegas, con los médicos del hospital materno, le sacamos turno al paciente. De acuerdo a las características que nos cuentan hacemos una entrevista anterior desde el Servicio Social y en el día que el paciente tiene el turno viene acompañado por su médico y el trabajador social.

Entonces es como que lo entregas al paciente es una manera de que el paciente se sienta seguro. Ya que pasa de un lugar que es súper cuidado y que ha transitado durante varios años a un lugar como es este hospital, que tiene una otra estructura.

Tratamos de darles los turnos desde el Servicio Social y los trabajadores sociales más los agentes de culturas estamos armando un taller con los adolescentes en que les brindaremos un espacio para que puedan escribir acerca de su historia, para mejorar la comunicación, que sea más fluida armamos un Facebook es una manera de ampliar los canales de comunicación.

Es difícil la adherencia en los adolescentes. Son chicos que vienen con muchos años de tratamiento y de medicación, con muchas cosas que tienen que ver

con lo que es una enfermedad crónica y con muchas cosas que tiene que ver con la adolescencia, estamos aprendiendo a trabajar con ellos, porque nos cambia todo, nos cambia el lenguaje, nos cambia la manera de ver las cosas y no es fácil además es el momento en que ellos empiezan a tener sus relaciones sexuales y hasta ahora no han contado su diagnóstico y no saben como contar principalmente cuando son relaciones esporádicas y cuando son relaciones que realmente quieren y que pueden apostar aunque sean muy jóvenes.

Es todo un desafío trabajar con los adolescentes es donde también más flaqueamos por todo lo que vengo diciendo. Tampoco es fácil lograr la adhesión por lo tanto lo que hacemos es generar el espacio, tome o no tome la medicación, que puedan venir igual, hay pacientes que hace meses que no toma la medicación pero seguimos apostando en otras cosas, con otros proyectos que se vayan enganchando para que en algún momento podamos trabajar el tema de la adherencia.

Cuanto a las personas trans que viven con VIH/SIDA últimamente hemos tenido muchas internaciones, llegan en muy mala condición física, tienen muchos meses de internación, es muy difícil la reinserción con sus pares, porque están cuando ellas están bien y están cuando ella se mueren. En el medio, hay un brecha en que no hay nadie.

Estamos nosotras y no hay otra cosa. Es uno de los grande problemas que tenemos en el Servicio de infectología, cuando ellos decide que la paciente debe estar de alta y para nosotras el paciente está en situación de calle, de vulnerabilidad y para tener un peso, tiene que volver a ejercer la prostitución.

Es todo un camino donde nos encontramos con la nada. Hay un montón de derechos adquiridos, varias instituciones que trabaja por la igualdad pero acá cuando las personas están mal, no aparece nadie.

Cuenta con una escasa red familiar porque la mayoría son de Perú, Argentinas hay muy pocas en esa condición de tanta vulnerabilidad. La municipalidad nos dar un subsidio para vivienda de 800,00 pesos pero, cuando tratan de alquilar por su condición de persona trans una vivienda que podría llegar a valer 1.000,00 les cobran 2.000,00. En relación a la adherencia también resulta muy

complicada, son pacientes que en general se internan por un diagnóstico de tuberculosis. Tratamos de concientizar a cerca de la importancia de la adherencia sin embargo respetamos sus decisiones lo complejo es cuando se trata de la tuberculosis porque pone en riesgo a tercereo.

Tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa de denuncia penal el no cumplir el tratamiento pero, es todo un circulo porque si el juez ordena que la persona se quede internada 9 meses en el hospital para garantizar que haga el tratamiento tendremos una cama ocupada cuando hay una persona en la guardia muy grave, los medico diciéndote que ese paciente no tiene que está acá. Tenemos no muchos casos pero son todos muy difíciles.

Pienso que el aporte del Trabajo Social en el abordaje de la problemática del VIH/Sida está relacionado con el acompañar a esas personas en ese camino y en el desafío que es vivir, respetando y aceptando lo que ellos deciden para sus vidas en lo posible, si pensamos que sus vidas podría llegar a ser diferente, trabajar para que lo entienda pero, siempre respetando la persona en lo que ellos decidan.

El aporte del Trabajo Social es todo eso que vamos haciendo acompañándolo con su familia, con sus pares, creando un espacio dentro del hospital donde pueda venir y tratar de ver como los podemos ayudar, conectarlos con los voluntarios que son pares y que muchas veces al enterarse de un diagnostico sufre un impacto y hablar con un par, alguien que le pasa lo mismo que le pasa a él muchas veces es lo más eficaz en la intervención.

El saberse correr, saber que ni siempre seremos nosotros los que podemos ayudar al que está en frente nuestro, lo que si podemos dar son las armas. Es el voluntario, es el acompañante terapéutico, es la psicóloga, el médico, asesóremeles, son modalidades de trabajo que por adoptarlas no dejamos de ser más trabajadores sociales, creo que esa flexibilidad de cabeza, nos dar la facultad, la práctica, el trabajo, trabajar sin recurso, esa flexibilidad de que algo siempre se puede hacer solo la tenemos nosotras, los trabajadores sociales como creo que no la tienen nadie, otras disciplinas podrán tener otras cosas pero esto de podernos corrernos y decir a vos te conviene hablar con un voluntario no hace mi trabajo menos importante.

Otro aporte es seguir entendiendo que esa es una enfermedad social, que ya no es una enfermedad médica, porque si vos te cuidas de eso no te morís pero, sigue siendo una enfermedad difícil, una enfermedad que discrimina y a pesar de que todos siguen creyendo de que los medicamentos son una panacea, te crea dificultades en la vida, nos es fácil tomar pastillas todos los días de tu vida, que te caen mal, te hacen mal o que te producen distintas cosas.

El acompañar desde nuestra profesión es poder entender que el otro no siempre necesita lo que nosotros podemos o queremos dar. Poder entender eso significa córrete del lugar del fracaso. Porque si el otro no hace lo que nosotros pensamos que tiene que hacer uno siente que fracasó. Si entendemos que el otro hace lo que él quiere y puede hacer, la sensación de fracaso no existe.