

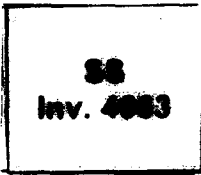
2008

Prevención en transmisión vertical de vih/sida : sistematización de práctica en HIEMI, año 2005

Caballero, Adrián Esteban

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/442>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Carrera: Lic. En Servicio Social

PREVENCIÓN EN TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH/SIDA
SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA EN HIEMI- AÑO 2005-

Autores:

Caballero, Adrián Esteban

Karqui, Ana Valeria

Tesis de Grado

-2008-

Biblioteca C.F.C.S. y S.S.	
Inventario	top
4003	/
vol	1
Universidad N	de Mar del Plata

26 SEP 2012

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a nuestro director de Tesis Lic. Darío Petrillo, quien fue quien brindó su tiempo, dedicación, saber y orientación en la realización de la presente Tesis de Grado.

Caballero A. – Karqui A.

Quiero expresarme brevemente, dando las gracias a Dios, a los amigos de la vida que me han orientado y contenido en los momentos más difíciles, como también a mi familia que me ha acompañado en todo el proceso de estudio, destacando a mis padres y hermanos que están presentes en mi corazón. **MUCHAS GRACIAS.**

Adrián Caballero

Personalmente, agradezco a mis amigas de la vida, a mi “grupet” de la facu; ambos grupos orientadores en mis estudios y mi vida privada.

A mi familia, y a mi mamá por sobre todo, quien fue la guía de mi camino, quien me escuchó, quien me apoyó y empujó a seguir adelante pese a todos los obstáculos existentes.

También a todas las personas que me rodearon durante todo este tiempo, difícilmente de mencionar en éstas breves líneas.

Gracias Dios, Gracias Mà, Gracias a todos...**MUCHAS GRACIAS.**

Ana Valeria Karqui

ÍNDICE:

Introducción.....	4
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
Contextualización y reconstrucción de la práctica.....	7

Marco Contextual

Las reformas del Estado.....	11
Políticas de salud y resultado de salud.....	19
Política económica y política social.....	21

Marco Teórico

La institución.....	24
El campo de la salud.....	25
Evolución Histórica del concepto de salud.....	27
Definición.....	29
Trabajo Social y Cuestión Social VIH/sida.....	30
Perspectiva teórico-conceptual Especificidad de la intervención profesional del trabajador social.....	33
Sida en su Dimensión Social.....	36
Articulación sujeto-estructura social.....	37
La dimensión familiar.....	38
Concepto de familia.....	39
Los diferentes tipos de familia.....	40
Estructura familiar y ciclo de vida familiar.....	41
La función familiar.....	43

Descripción de la Práctica. Elaboración del discurso descriptivo

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.....	46
Trabajo Social en la Institución.....	48
Metodología de Intervención.....	50
Inserción.....	51

Diagnóstico.....	54
Planificación.....	58
Caso N°1.....	60
Caso N°2.....	62
Interpretación crítica de la práctica reconstruida.....	64
Conclusión.....	65
Anexo.....	66
Bibliografía.....	68

INTRODUCCIÓN

En el año 2005 se realizó la práctica institucional de 5 años de la asignatura Supervisión de la carrera de Lic. En Servicio Social de la facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social con una carga horaria de 20 horas semanales. Esta experiencia institucional hospitalaria brindó a la formación de pregrado y como futuro Trabajador Social, las herramientas e instrumentos que hacen a la intervención de la profesión en el campo de la salud, especialmente con mujeres embarazadas portadoras del virus de VIH/sida.

A fin de dar a conocer y mejorar esta experiencia a través del entender e interpretar lo acontecido, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso, se ha decidido por emplear una herramienta metodológica que nos permite no solo ordenar y clasificar los datos e informaciones, sino que nos permite ir más allá. Se trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto económico social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte.

La técnica utilizada es la de **SISTEMATIZACIÓN**, ya que ésta, nos permite realizar un proceso de recuperación, tematización y apropiación de la práctica mencionada, relacionando los componentes teóricos-prácticos y permitiéndonos como alumnos de pre-grado comprender y explicar lo ocurrido.

La presente Sistematización, fue realizada por un alumno, participante activo en la práctica en el Servicio Social del Hiemi en el año 2005, y por otro, interesado en sistematizar ésta práctica concreta, actuando el primero, como informante fundamental en la reproducción de la práctica vivida, apoyando los contactos con personas claves para la reconstrucción de la práctica.

JUSTIFICACION

El presente trabajo posee como principal fin realizar la sistematización de la práctica realizada en el Hospital Materno Infantil durante el año 2005.

La unidad de análisis a sistematizar es en relación a la prevención de la transmisión vertical de VIH/sida en la institución mencionada dirigida a las madres embarazadas a partir del quinto mes de gestión.

El motivo por el cual se decide sistematizar la práctica institucional del Servicio Social con relación a la problemática planteada, es poder transmitir el importante aporte que brinda nuestra disciplina en el campo de la salud materno infantil en especial a esta enfermedad crónica. Clave es problematizar esta compleja enfermedad para poder resignificar las prácticas institucionales mejorando la articulación y coordinación de las diferentes disciplinas que integran el equipo de salud, logrando intervenciones sistemáticas preventivas integradoras que favorezcan la reducción de la transmisión vertical y la calidad de vida de las familias viviendo con VIH/sida.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Sistematizar la experiencia llevada a cabo como práctica de pregrado de la Lic. En Servicio Social en el programa VIH/sida del HIEMI, durante el año 2005.

Objetivos específicos:

- Analizar las acciones del programa VIH/sida del Servicio Social del Hiemi;
- Evaluar la demanda y atención realizada desde el Servicio Social en el programa durante el año 2005;
- Revisar y analizar específicamente los casos en donde se realizaron acciones de seguimiento;
- Analizar el trabajo realizado con otros profesionales de otras disciplinas y reflexionar sobre la inserción del servicio Social en el equipo interdisciplinario.

CONTEXTUALIZACION Y RECONSTRUCCION DE LA PRÁCTICA:

MARCO CONTEXTUAL

Partimos de citar que la cuestión social se expresa con mayor claridad en el marco de constitución de sistema capitalista. A partir de la cuestión social se entiende como la expresión de la relación contradictoria entre capital-trabajo. Esta relación constituye el núcleo central de un proceso que se explicita en la forma de organización económica, social, y política que afecta a la clase trabajadora de sus procesos de reproducción biológica y social, así como los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo.¹

A partir de lo anterior se observa en la actualidad, transformaciones que inciden fundamentalmente en el trabajo y la protección social.

Desde esta perspectiva acordamos con Castells, cuando dice que “el nudo de la cuestión social, es la fragmentación del soporte salarial, si le damos a este termino soporte, un valor bastante fuerte, es decir, mas allá de ser una fuente simple de ingresos, beneficios, era un zócalo de inestabilidad que había permitido esta vulnerabilidad de las masas”...había posibilitado vivir al día, manejar el presente y anticipar el futuro de un modo progresista y de hecho es lo que se denominó como progreso social.²

Posteriormente, para garantizar la ganancia del capital, se produjeron alteraciones en el sistema de trabajo, consolidándose un proceso de precarización laboral, desempleo estructural, exclusión; incrementando diferencias y desigualdades entre países y entre poblaciones al interior de una misma sociedad.

Paralelamente, se evidencia el quiebre del paradigma asegurador desde el cual el Estado providencia brindaba garantías sociales a través de seguros obligatorios que cubrían los principales riesgos de la vida (enfermedad, invalidez, desocupación, jubilación, etc).

La cuestión social con relación a la protección social, no es solamente un problema individual ni moral, es un problema que tiene que ver con la distribución de la riqueza y la equidad, como aspectos fundamentales de los derechos sociales y ciudadanos.

¹ Pagaza, Margarita Rozas. “Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social”. Pág. 45. Editorial Espacio. Buenos Aires 1998.

² Ídem Pág. 46

Al quebrarse la sincronía entre trabajo y protección social, se producen transformaciones que alteran las condiciones materiales de existencia, las posibilidades laborales, los vínculos familiares y comunitarios, la constitución de las subjetividades.

“...Lo social ya no puede aprenderse en términos de riesgo. Los fenómenos de exclusión de desempleo de larga duración, desgraciadamente, definen a menudo Estados estables. En materia social, el concepto central es hoy en día, mucho más el de precariedad o vulnerabilidad que el de riesgo. Los antiguos instrumentos de gestión de lo social, están al mismo tiempo desfasados...”³

En relación al sida podemos ver el cambio del concepto de riesgo individual a vulnerabilidad social; entendiendo que si bien todo ser humano es biológicamente susceptible a infectarse, intervienen otros factores como la desigualdad, los prejuicios, las injusticias sociales, la discriminación social, la opresión, la violencia, que aceleran la epidemia.

A su vez, al considerar que el trabajo, es una de las principales actividades en la organización de la cotidianeidad de los sujetos y sus grupos familiares, es el alto el impacto de la inestabilidad laboral y la incertidumbre sobre los ingresos; haciendo más vulnerable a la población, con escaso margen para ser frente a situaciones de enfermedad, menor accesibilidad a instituciones de salud y mayor valoración de otros bienes considerados básicos.

Diversos estudios muestran mayor vulnerabilidad a enfermar de sida en grupos deprimidos socio económicamente (por la ansiedad, depresiones, menor esperanza en el futuro y reducción de mecanismo de defensa), en niveles educativos bajos (por menor control personal y apoyo social), y en población con mayor índice de desarrollo humano (considerando expectativa de vida al nacer, alfabetización, educación formal e ingresos).

De lo anterior se desprende el comportamiento sexual no es suficiente para dar cuenta de las diferencias en la seroprevalencia. La vulnerabilidad se asocia a la desigualdad social, el estigma, la dificultad para negociar prácticas de sexo seguro por cuestiones de género y poder, la imposibilidad de acceder

³ Rosanvallón, Pierre.” La Nueva cuestión Social”. Repensar el Estado Providencia. Pág. 27,28 y 29. Ed. Manantial, Buenos Aires. 1995.

a servicio de salud, el establecimiento de otras prioridades en condiciones de vida precaria.

Respecto del quiebre de la protección social, se cuestiona "la validez del concepto de derecho social, sustituyéndolo por el deber moral. La asistencia social desde esta perspectiva ha dejado de obedecer a un derecho de los desposeídos, para constituirse en un deber moral de aquellos que están en condiciones materiales de ayuda. A los pobres, ni justicia, ni compensación por la injusticia: a lo sumo en el mejor de los casos, piedad. Con ello se clausuran los espacios de pactos y negociación, propio de los derechos sociales.

Dos estrategias básicas definen hoy la posesión del Estado frente a la cuestión social: eficiencia y focalización.

A- la eficiencia: reclama adecuación entre fines y medios...sostiene que la eficiencia de la gestión estatal aumentará si se adecuan las demandas sociales a los escasos recursos existentes, o que es lo mismo, si se hacen razonables las demandas: el patrón de razonabilidad está dado por lo que el Estado está dispuesto hacer circular en materia de recurso un problema netamente político- cual es la decisión de la asignación de recursos- es presentado al conjunto de la sociedad como un mero problema técnico de adecuación entre fines y medios.

B- la estrategia de la focalización se refiere tanto a las necesidades a satisfacer, como a los sujetos a entender la focalización de las necesidades. La focalización de los sujetos tiende a centrar las intervenciones redistributivas del Estado sobre los sectores más necesitados de la población, esto es sobre los más pobres. Ambas focalizaciones, suponen clasificaciones cuya arbitrariedad resultan mucho más peligrosas, tratándose de hombres concretos con necesidades concretas.⁴

⁴ Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales-UBA-"Trabajo Social Hoy". Experiencia de Campo e Intervenciones Profesionales. Ed. Espacio. Buenos Aires. Pág. 357, 358. Año 2002.

LAS REFORMAS DEL ESTADO

Reforma del Estado y Recursos Humanos⁵

El mito de la salud involucra una serie de situaciones paradójicas, al menos, guiadas por una lógica particular. Estas situaciones fueron determinando el cambio de los roles del Estado y expresan algunas de las debilidades de los sistemas de salud en la actualidad.

No fue el avance de la ciencia médica, sino el surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, lo que impulsó la incorporación del Estado a la cuestión de salud.

La intervención del Estado en la salud, fue impulsada por las epidemias y grandes catástrofes, tanto naturales (sequías, inundaciones, terremotos) como humanas (guerras, revoluciones, etc). De hecho, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las Campañas del Desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Estudios económicos demostraron que cada peso adicional gastado por el Estado en bienes públicos de salud, tales como acciones preventivas, reducen los riesgos interdependientes de enfermar y, morir y aumentan la viabilidad y competencia de los mercados. Por otro lado, el progreso técnico de la medicina facilita pero no garantiza, de por sí, el progreso de la salud de la población. Más aún, pueden coexistir mercados de salud muy desarrollados con alta incorporación de tecnología médica y resultados de salud relativamente malos.

Las acciones del Estado antiguo se orientaban más a cuidar la salud mientras que, en el Estado moderno, las acciones se inclinan más hacia la enfermedad.

La historia de la salud pública nos muestra que los modelos centrados en la curación son relativamente recientes. El Estado tradicional centraba su intervención en salud en aspectos preventivos y, especialmente, en la regulación del medio ambiente y los estilos de vida.

Esto constituye una paradoja, porque hoy criticamos a los sistemas por su excesiva orientación a la atención médica en desmedro de acciones mucho

⁵ Cirianni, Maluca. Conferencias en las Jornadas Bonaerenses de Técnicos en Salud. 1997.

más efectivas como las relacionadas con la prevención, los estilos de vida y el ambiente.

Pero aquel modelo higienista de intervención del Estado estaba más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y, sobre todo, a sus ejércitos era fundamental. De hecho, la figura del sanitarista es anterior a la del médico como profesional liberal que vende servicios. Aun en este siglo, los grandes sanitaristas, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta "policía médica" constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales.

Hacia fines del siglo pasado, esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial, más preocupado por la atención médica que por la población enferma. Aunque aquella resultaba más afectiva en el mantenimiento de la salud, era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad. Bismarck demostró que la expansión de la asistencia médica constituye un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando introduce en 1881 el Seguro Social, pretendía tanto aplacar a los socialistas (comandados por el ilustre médico patólogo Rudolf Virchow) como alcanzar la potencia industrial de Inglaterra y Francia. El canciller prusiano había observado médicos que les permitiesen acortar la convalecencia y disminuir, así su ausentismo laboral.

Luego de la crisis del 29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza, entonces, la expansión de los servicios de salud asociados a la ampliación de los derechos del ciudadano. En Argentina, hasta 1943, la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico, con

la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que, en 1949, se transformó Ministerio.

El tipo de intervención estatal que caracterizó a las sociedades capitalistas durante buena parte de este siglo, a partir del largo periodo de expansión económica que va desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial hasta la crisis de los precios del petróleo de mediados de los 70, expresó una particular articulación entre el capital y el trabajo que dio lugar a un conjunto de políticas públicas con una orientación distributiva y protectora del sector asalariado.

El conflicto social pudo ser enmarcado en un consenso básico entre el capital y el trabajo, consenso que aseguraba beneficios a ambas partes a través de la acción mediadora y rectora del Estado.

Las características principales de este tipo de intervención fueron:

Desde el punto de vista económico:

- el Estado asumía una importante función como regulador de la economía; era visualizado como una instancia de compensación, equilibrio y alivio de las ineficiencias de los ciclos de mercado.
- El Estado asumía, además un rol como productor de algunos sectores de la economía considerados estratégicos: siderurgia, petróleo, petroquímica, servicios públicos, entre otros.

Desde el punto de vista social:

Ya desde principios de siglo, los sistemas de seguridad social en los capitalismos europeos se basaron en políticas de bienestar cuya premisa apuntaba a generalizar la provisión de la revisión al conjunto de los asalariados. Así, el acceso a un trabajo no solo garantizaba un salario sino también una serie de prestaciones sociales orientadas a la satisfacción de las necesidades básicas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la política económica se orientó al pleno empleo y el Estado comenzó a extender la provisión de servicios sociales, particularmente los de salud, con un criterio universal al conjunto de la ciudadanía.

El Estado aparecía como garante de un nivel mínimo de certidumbre económica y calidad de vida para todos los habitantes que, en su carácter de ciudadanos, eran concebidos como sujetos de derechos socialmente sancionados.

Pero, la sustitución de importaciones, las políticas sociales y la puesta en marcha de procesos de mayor participación popular-un conjunto de políticas que tuvo vigencia desde mitad de siglo- no alcanzó sus metas.

La sustitución de importaciones no logro la expansión de la productividad requerida como para hacerse auto sostenido. El Estado de Bienestar no generó mecanismo sólidos de autofinanciamiento y fue asediado, desde dentro, por procesos inflacionarios inéditos y una continuada apelación al endeudamiento que culminó en la explosión de la deuda externa. Los procesos de democratización fueron interrumpidos por sangrientos golpes militares.

En nuestro país, la particularidad fue que la crisis de la deuda y los consecuentes desequilibrios fiscales crearon las condiciones para que, desde los años ochenta, se impusiera la implementación de planes de estabilización y reforma estructural de brutal intensidad.

En este marco, además, se impuso la lógica del pensamiento único como límite impuesto a la diversidad y a la racionalidad, convirtiéndose en autoritario y justificando el- llamado- ajuste estructural, con las inevitables consecuencias, en un marco de mutación y crecimiento económico coetáneo del estancamiento y de la degradación social.

Como consecuencia inevitable que obliga a una resignación semejante a la de un desastre natural, creciente cantidad de población queda excluida: millones de niños y jóvenes viven y mueren en condiciones infrahumanas.

La estructura que preside la reforma en América Latina esta caracterizada por el dominio del consenso del vínculo automático y unidireccional entre crecimiento económico y desarrollo social.

En esta concepción, le corresponde al mercado la asignación de recursos de capital, la definición de su ritmo y modo de expansión, y a la forma de distribución de sus frutos.

La política y lo público quedan excluidos de la definición del modo y ritmo de crecimiento, y es innecesaria su presencia en la distribución de los frutos del crecimiento. De esta manera, la economía del mercado se repliega a

la vida privada, se produce una ruptura del espacio público, se realiza una destrucción del otro se deslegitima el espacio colectivo común.

La crisis de la deuda como desencadenante de la primera generación de políticas de Reforma, esta expresada en el Consenso de Washington, que consiste en diez principios de política económica que pueden ser agrupados en tres conjuntos de recomendaciones políticas.

Reforma Macroeconómicas, incluyendo disciplina fiscal:

- Racionalización y control del gasto publico;
- Reforma fiscal;
- Liberación Financiera.

Reformas del régimen de comercio exterior:

- Liberación de las importaciones y reducción de los aranceles que permanecen;
- Eliminación de subsidios a industrias no competitivas;
- Liberación de la tasa de cambio o alineación en una banda competitiva (convertibilidad).

Promoción del desarrollo del sector privado:

- Privatizaciones;
- Desregulaciones;
- Garantías a los derechos de propiedad (ley de patentes);
- Atracción de inversiones financieras directas.

Uno de los ejes principales de estos planes estuvo puesto en la reestructuración del Estado y la redefinición de las obligaciones públicas. Hoy asistimos a la reducción del espacio público. Intereses sectoriales e individuales ocupan el espacio de lo colectivo.

En conclusión, las políticas socio económicas neoliberales apuntan a restablecer el equilibrio de las cuentas fiscales, reinsertando en el ámbito del mercado gran parte de las actividades "públicas" a través de procesos de desregulación, privatización y descentralización. Simultáneamente, se flexibilizan las condiciones de trabajo y se acota al Estado en su carácter de proveedor de bienes y servicios sociales.

Hay una declinación de la política y, el paradigma que género la primera fase de la Reforma, ha creado un gran vacío de entendimiento. Este paradigma que postula la inexorabilidad del progreso, la sociedad civil entendida por los intereses particulares como agentes de transformación, la racionalidad del mercado como universal optimización de recursos, la tecnología como energía motivadora del avance social, no ha mostrado evidencias de certidumbres y ha generado un proceso de exclusión de unos y descompromiso de otros.

De esta forma, observamos una profunda transformación del aparato institucional del Estado:

- Su achicamiento como productor y regulador de los mercados (política de privatizaciones y desregulaciones), y modificación de la relación entre el Estado y el Sistema productivo. Se verifica una expansión de la lógica del mercado en la producción de bienes y servicios.
- El Estado no solo es más pequeño sino también más débil. Además de disminuir las capacidades técnicas y jurídicas del sector público, hay una pérdida en términos de eficacia, en los sistemas de prestaciones de bienes y servicios públicos.
- Como contracara de la descentralización, se observa un debilitamiento del Estado central. Y la incapacidad de los Estados provinciales y municipales para afrontar con sus recursos la magnitud de la nueva y creciente demanda.
- La deslegitimación sistémica de las instituciones públicas, en cuanto al desempeño de las tareas específicas.
- En el campo de los recursos humanos en salud, la agudización de un fenómeno que ya venía produciéndose, que consiste en la cada vez mayor "baja visibilidad" de los trabajadores, situación funcional al hecho de que el proceso de asignación de recursos ha sido abandonado a la mano invisible del mercado- de trabajo en este caso-.

Tanto la inclusión incompleta o marginal en el mercado de trabajo, como la exclusión directa de este, sumadas a las transformaciones en las reglas de juego de las relaciones laborales, producen un claro deterioro en las condiciones materiales de la vida de los sectores populares y en la cultura social. Este deterioro se manifiesta en fenómenos que, si bien no son nuevos,

aparecen en esta etapa con una inusitada y desafiante intensidad: la pobreza y la marginación social.

Estos cambios en las pautas productivas, la revolución tecnológica, las transformaciones y debilitamiento del Estado, producen profundos cambios culturales que se traducen en la forma de vivir, de morir, de enfermarse y de curar.

Por otro lado, la globalización en el interior de las sociedades Nacionales licuo vehículos de integración social, y elimina las tendencias al intercambio cultural y a la tolerancia entre tradiciones y culturas diferentes.

En el proceso de globalización contemporáneo al proceso de Reforma, el Estado se ha desarticulado y ha perdido sus funciones; está asediado, desde el exterior, por la demanda de los compromisos asumidos a costa de pertenecer al escenario internacional. Eficiencia. Excelencia. Privatización, productividad, gerencia, palabras que atraviesan al sujeto, despojándolo, exponiéndolo sin pudor en la pasarela de la simulación del primer mundo.

En este marco de marginación- exclusión de grandes grupos de personas que ya no tienen cabida en el nuevo modelo, se acentúan las antinomias como irreductibles, se condena a los adictos, a los portadores y enfermos con Sida, a los pobres.

El cambio del modelo instituido exige de nuevas ideas, de nuevas prácticas; no renovadas sino nuevas, a la altura de la subjetividad de nuestra época.

Es posible que nos detengamos a pensar sobre las posibilidades de intervención sobre grupos y comunidades, no para promover acciones normatizantes sino propiciadoras del verdadero protagonismo, en oposición a la obediencia debida; propiciadoras de la ruptura del vínculo- real o imaginario- de servidumbre.

Es necesario detenerse a mirar, a pensar y producir teorías y prácticas eficaces y comprometidas. A revisarnos decididamente para estar a la altura de nuestro tiempo.

Cuando se desarrollan los Derechos Sociales y se amplía la cobertura de salud, hay mayor tendencia a "curar" que a "prevenir". Todos sabemos que es mejor prevenir que curar. Las acciones preventivas son mucho más efectivas, con relación a su costo, que las curativas.

Aunque existen evidencias empíricas de la alta efectividad del gasto en prevención en salud, su efecto contencional del gasto es relativo.

La efectividad de las políticas sanitarias implica un aumento de la esperanza de vida. Este, a su vez, implica alteraciones en el perfil de la demanda de servicios. Comienzan a adquirir mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas y otros procedimientos que resultan mucho más costosos. Por lo tanto, aunque la prevención mejore sensiblemente los resultados sanitarios, puede repercutir en un aumento de los costos totales del sistema a mediano plazo.

Por este motivo, no puede afirmarse con certeza y a largo plazo que los sistemas de salud que destinan sin más recursos a la prevención resulten más baratos.

Los países más capitalistas buscan sistemas de salud socialistas; mientras que en los países más pobres, el mercado tiene mayor peso.

En términos mundiales, la distancia entre la vida saludable de ricos ha tendido a aumentar. Esto no significa que el aumento de la cobertura y el avance tecnológico no hayan mejorado la esperanza de vida al nacer, no la calidad de vida de los más pobres. De hecho como se ha mencionado, las mismas han aumentado durante las últimas décadas en todos los continentes. Sin embargo, la calidad de las camadas superiores de la sociedad para aprovechar los nuevos recursos de salud es siempre muy superior a la de los pobres.

Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud han tenido a concentrarse solamente en el acceso a los servicios. Es decir, se han preocupado para que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para cada uno de sus habitantes.

Las causas del aumento de las inequidades están relacionadas con las causas del aumento de la pobreza. Un condicionante de ambas es el aumento de la población, que se concentra en las camadas más pobres, los que sufren más enfermedades, los que enfrentan más dificultades. En Argentina, esta tendencia es muy clara, y la pobreza se convierte en un fenómeno joven y femenino. Por ejemplo, un tercio de los partos de los hospitales públicos del conurbano bonaerense corresponden a mujeres menores de 18 años. Entre los nuevos pobres, una gran parte de los jefes de familia son madres

adolescentes. Quiere decir que la pobreza aumenta al mismo ritmo que el crecimiento demográfico y afecta a los más débiles dentro de la sociedad. Se trata de una discusión muy complicada en la que se plantean aspectos éticos y religiosos.

En decir, la lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud. La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental, porque los excluidos de la producción y el consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado.

Pero, un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad anteriores a la asistencia médica, tales como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación. Aún en sistemas de salud equitativos, los resultados de salud tienden a mantener las desigualdades sociales que caracterizan a la sociedad.

Los trabajadores de la salud no pueden resolver por sí solos una compleja situación que es también responsabilidad de los políticos, economistas y de la sociedad en su conjunto. En otras palabras, la equidad en salud es condición necesaria pero no suficiente para la justicia social.

Política de salud y resultados de salud

Muchas veces las políticas y estrategias de salud buscan preservar más la salud del capital que las personas. Otras, las acciones son demasiado sensibles a las preferencias de las personas.

En conclusión, cuando la prioridad es la salud de la gente, cuando lo que se busca es agregarle más vida a los años, la mayoría de las políticas de salud no pasan por el sistema de atención médica. Formular políticas de salud que generen mejores resultados de salud requiere una concepción integral y compleja de la política sanitaria.

Uno de los aspectos donde América Latina evidencia más su atraso en materia de políticas, es en la persistencia en pretender resolver los problemas de manera aislada. Así, la salud es sólo problema del Ministro de Salud, la

educación del Ministerio de Educación. A su vez, no debe considerarse a la Argentina como un todo, sino como la suma de un conjunto de realidades regionales muy disímiles.

Se puede mejorar mucho la salud de los argentinos sin grandes gastos. Hace falta una estrategia integral, intersectorial y adecuada a las particularidades y necesidades regionales.

Las funciones o roles del Estado asume con respecto a las salud de la población involucran básicamente dos grandes dimensiones. Por un lado, cada sistema de salud representa una determinada forma (o conjunto de formas) de intervención del Estado sobre el mercado. Gran parte de las acciones de salud se traducen en la provisión de bienes y servicios que pueden ser realizados por uno, el otro o la combinación de ambos.

Por otro lado, cada sistema de salud privilegia una definición de ciudadanía y establece cuáles son los derechos y obligaciones en relación con la salud.

Es indudable que los fuertes vínculos entre el Estado y la sociedad se han debilitado en los últimos años. Parte del poder del Estado y los partidos políticos ha sido fagocitado. Hacia arriba, como consecuencia de la transnacionalización y los nuevos espacios supranacionales. También hacia abajo han tenido hemorragias intensas, producto del mayor crecimiento de las sociedades y de sus ciudadanos y la aparición de nuevos agrupamientos sociales. Sus funciones de planificación central han sufrido debilitamientos intensivos. La mayoría de ellos los está compensando incrementando su poder de regulación.

El Estado regulador está reemplazando al estado planificador. Este Estado es más humilde, no es autosuficiente, busca nuevas formas de proteger los intereses colectivos, combinando todos los recursos públicos, sociales y privados en forma de red.

Política económica y política social

Es necesario, ante todo, destacar que los éxitos (o fracasos) en materia de desarrollo social dependen de una pluralidad de factores que trascienden a las políticas sociales. Estas tienen un papel limitado, pese a que sea usual que se les atribuya la responsabilidad exclusiva en la superación de la pobreza o en la mejora de las condiciones de vida de la población.⁶

Es claro que la pobreza no puede ser superada sólo con políticas sociales, aun cuando debe reconocerse la importancia que ellas tienen, incluso, para asegurar el crecimiento económico.

Es evidente que, si no hay una buena política económica que mantenga los equilibrios macro, controle la inflación y genere condiciones para el crecimiento, resulte imposible mitigar la pobreza y aumentar la cantidad de bienes y servicios disponibles para que las personas puedan satisfacer sus necesidades.

No puede negarse, asimismo, que la reducción de la pobreza deriva fundamentalmente del crecimiento económico, por cuanto la mayor inversión se traduce en la generación de empleos que permiten a las personas acceder a un salario y, por esa vía, satisfacer automáticamente sus necesidades. Todo esto permite decir que una buena política económica es una condición necesaria, pero no suficiente para que haya desarrollo social.

La política social tiene que jugar un papel que es insustituible y que no es llevado a cabo por la política económica.

La política social cumple tres funciones:

1. inversión en capital humano.
2. compensación social.
3. integración social.

La primera-inversión en capital humano- es imprescindible en la nueva situación económica mundial, ya que no es posible que un país sea competitivo-por lo menos de manera sostenida- apoyado exclusivamente en el aprovechamiento de mano de obra barata, abundante y mal entrenada. Este tipo de política social es un prerrequisito fundamental del crecimiento

⁶ Rolando Franco. Institucionalidad social para la superación de la pobreza y promoción de la equidad. Ponencia. 1998.

económico. No habrá crecimiento económico auto sostenido en el largo plazo si no se invierte en educación y salud, entre otras áreas, para que la población esté en condiciones de utilizar las nuevas tecnologías, de volverse más productiva, y de aprovechar las oportunidades que un crecimiento sostenido irá creando.

La segunda especie de política social-compensación social-es típica de los periodos de crisis o de ajuste, cuando se vuelve imprescindible realizar acciones que atiendan a los que sufren los costos sociales, lo que debe hacerse tanto por razones políticas, como económicas. Pero no solo es necesaria la compensación social en tales casos, sino que ese tipo de política social es imprescindible incluso en aquellas situaciones en que existe crecimiento económico estable. Y ello porque siempre habrá personas carentes de las condiciones mínimas para aprovechar las oportunidades de empleo que genera el adecuado funcionamiento de la economía.

Finalmente, la política social también tiene que contribuir a la integración social.

El PNUD ha retomado recientemente, bajo el concepto de la seguridad humana, esta problemática. Muchos estudios de la región muestran que enormes segmentos de la población, incluso en países “económicamente exitosos”, viven la modernización productiva con profundo temor, como generadora de incertidumbre y como destructora de ciertos anclajes sociales que terminan provocando procesos de desintegración social.

Es obvio que este conjunto de problemas no se solucionan sólo con “buena política económica”. Incluso puede afirmarse que ellos se agravan con el éxito económico y deben ser manejados a través de políticas específicas.

Por lo tanto, podría decirse que:

1. No puede haber desarrollo social sostenido en el tiempo sin una buena política económica.
2. La política social es un prerequisite básico para el crecimiento económico.

El logro de los objetivos del desarrollo social, definidos de la manera que sea (aumento de la igualdad de oportunidades, elevación de la equidad, mejora de las condiciones de vida de las personas, etc.)

Va exigir un entendimiento entre autoridad económica y la autoridad social, en el caso que se logre constituirlos.

Sólo a través de él será posible lograr una combinación de la política económica y de la política social, para que ambas persigan, simultáneamente, el crecimiento económico y la equidad.

MARCO TEORICO:

LA INSTITUCION

La administración es una disciplina científica y técnica que se encarga del estudio del funcionamiento de las organizaciones. Las explica, estudia, predice su comportamiento, es un proceso complejo unificado, dinámico de control, planificación y gestión.

Esto se da dentro de una estructura de programas y proyectos planificados por la propia organización que los lleva adelante. Organizaciones que se encuentran situadas dentro de un contexto, un lugar y momento histórico determinado que influye, modifica al propio accionar profesional, a la organización y a los usuarios de los servicios prestados por éstas.

Los cuales entretienen entre sí representaciones sociales, valores positivos y negativos respecto de los programas, de las instituciones; que influenciarán no solo en el cumplimiento o no de los objetivos de la misma sino también en el agrado de respuesta que la institución pueda dar a la población usuaria como esta la organización.

Schmenson define a la organización como "...un sistema sociotécnico integrado y deliberadamente constituido para realizar un proyecto tendiente a la satisfacción de sus miembros y de la población o audiencia externa que le otorga sentido. Esta organización está inserta en un contexto socioeconómico y político en el que guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación..." (1993)

A grandes rasgos se puede delimitar la presencia de cuatro escuelas que desde diversos enfoques trataron de trabajar sobre las definiciones de lo que es una organización como así también de que tarea deberían desempeñar, funciones, estructura. Estas son por un lado la Escuela Clásica con sus mayores referentes Fayol y Taylor que plantea el trabajo del hombre análogo al de una máquina, ubicado en primer lugar en grados de importancia.

Diseñan al organigrama como instrumento en el cual volcar la estructura organizativa.

Elton Mayo es el referente de la Escuela de Relaciones Humanas que plantea una fuerte crítica al modelo clásico, repiensa al hombre en situación de

trabajo, de su necesidad de pertenencia, a la supervisión en las organizaciones más flexibles. La Escuela neoclásica repiensa los pensamientos de la clásica y profundiza algunos conceptos.

En cada ámbito institucional son establecidas diversas relaciones donde quien es el poseedor de poder adjudicado por la posesión de recursos (materiales, sociales) marcan una diferencia que deja establecidas vinculaciones intrainstitucional en no pie de igualdad. Por lo que será común observar grupo de poder que por medio de sus intervenciones buscarán al seguir manteniendo el mismo sin permitir que otros puedan proponer cambios en los estatutos reglamentarios o en las formas de intervención.

Cada cuerpo de profesionales tendrá adjudicado un rol y funciones desde los cuales tendrán mayor o menor incidencia en lo que se refiere a cambios al interior de la organización, como así también la flexibilidad de sus intervenciones.

Foucault plantea que las instituciones son aquellas corporaciones que trabajan, actúan e intervienen en mayor o menor grado con el fin de buscar y hacer primar una verdad absoluta que es la que da cuerpo y constituye la base sobre la que fue cimentada la misma.

Organizaciones donde el poder está centralizado en pocas manos y los espacios de reflexión institucional han sido y son cerrados.

Algunas harán predominar por medio de sus acciones dispositivos diferentes de control social, tratando de mantener el orden establecido ya que este principio es la fuente y origen según el autor de las instituciones.

Por ejemplo, en el ámbito de la salud las instituciones médicas asistenciales ya sean salas de atención primaria como hospitales es un común denominador cuerpos de profesionales médicos llevando a cabo intervenciones desde los paradigmas del Modelo médico donde los pacientes son "pacientes" y tienen tiempo y obligatoriedad de esperar, son vistos y tratados como objetos sin sentimientos ni pensamientos, fragmentados en dos partes que parecieran no tener relación entre sí: la mente y el cuerpo.

EL CAMPO DE LA SALUD

Este es uno de los campos de mayor y más antigua implementación del Trabajo social. Se basa en las premisas de las relaciones entre salud y los factores sociales.⁷

La práctica social esta condicionada por las relaciones de Estado y Sociedad Civil.

La formación profesional depende de una progresiva acción del estado en la regulación de la vida social, esto es cuando toma a su cargo enfrentar las manifestaciones de la cuestiona social.

Para señalar dos matices o filosóficas fundacionales del Trabajo Social, por un lado una matriz de base doctrinaria fundamentada en los conceptos de persona humana y moral cristiana, por el otro, una matriz de base racionalista y laica, ligada al movimiento de los médicos higienistas, cercanos al liberalismo y al positivismo, apuntaban a una regulación desde lo publico, interviniendo en forma preventiva y educativa. Ambas matrices pretenden la armonización y el control de los conflictos sociales.

Esta raíz ideológica del Trabajo Social marca profundas huellas conservadoras, que persisten hasta la actualidad.

Dentro del campo de Trabajo Social en relación con la salud, y en especial desde la práctica, se reproducen en parte las discusiones actuales acerca de los modelos de intervención en salud.

- Por un lado existe una puja entre dos concepciones, una podríamos denominarla sectorial y la otra integral. La primera plantea su accionar especialmente o específicamente, dentro del campo de salud, es decir secundaria a las problemáticas de tipo social o estructural que conforman desde nuestro punto de vista la totalidad de la cuestión sanitaria.
- La segunda, justamente, plantea lo opuesto, o sea entiende a la salud como Emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas desde lo teórico como en la práctica. Así esta aproximación a lo social, entendiendo la consulta, la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud, como emergente

⁷ Carballeda A., Barberena M.” Trabajo Social, Política Social y Salud”.

se una situación mucho más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral.

A partir de la concepción integral de la salud, se van derivando las funciones de los Trabajadores Sociales en este campo de actuación, señalamos las más significativas:

* atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan a la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.

* promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex-pacientes, grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.

*participar de los equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria, donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.

*participar de los equipos de trabajo del área socio- sanitaria promoviendo la formación de programas de medicina y salud comunitaria.

*rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.

*reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.

Cualquiera se la actividad o tarea específica dentro de esta campo, el Trabajo Social en salud pretende proporcionar a los individuos cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Partiendo del supuesto que no hay recuperación si la persona no hacen algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.

EVOLUCION HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud, como construcción histórica, ha ido evolucionando y se ha enriquecido de diferentes perspectivas teóricas. Desde esta perspectiva, estos conceptos están atravesados por desarrollo del capitalismo, posibilitando la realización del mismo.

Durante el siglo XX, y hasta nuestros días, la salud era considerada en contra posición con el concepto de enfermedad, componiendo un binomio Salud- enfermedad. Se era sano si no se estaba enfermo.

Mediada la década del 40, la OMS define a la salud como el “complejo de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Milton Terry entrada la década del 50, criticando el carácter utópico de esta definición, define a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de enfermedad”. “...pasa de un concepto estático de salud a uno dinámico; y establece el concepto continuo Proceso Salud- enfermedad...”⁸

En los años 70, surge el Movimiento de Salud Comunitaria, integrando al concepto de salud una mirada holística, haciendo hincapié en la integración del equipo de salud en la comunidad.

En 1985, la carta de Ottawa define la salud como “la salud es el resultado de las condiciones de: alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de salud. Este concepto se centra en la idea de participación comunitaria en los sistemas de salud, haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud.

En la segunda posguerra, ante la emergencia de diferentes problemáticas sociales, se incorporan las Ciencias Sociales al campo de la salud tratando de dar respuestas y afrontar las demandas del momento. Esto se expandió a partir de las instituciones del estado de Bienestar, quienes incorporaron gran parte de científicos sociales al campo sanitario (Hermida, 2005)

Según Beatriz Castellanos⁹, encontramos tres posiciones que coexisten en la actualidad referidas a la salud:

- concepción bilogicista- mecanicista: que define a la Salud como ausencia de enfermedad. Existe bienestar o malestar ligado a aspectos físicos orgánicos funcionales.
- Concepción ecologista-dinámica: define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo a la ausencia de enfermedad. (OMS) vinculando el bienestar a aspectos psicosociales sumados a los biológicos.

⁸ Castañeda Gilbero. “La salud y sus determinantes”. dto. de Salud Pública. Apunte de Cátedra. Noviembre de 2003.

⁹ Castellanos Beatriz. “La intervención de redes naturales: el modelo clínico” en Di Carlo y Equipo “La perspectiva de Redes Naturales: un modelo de Trabajo para el Servicio Social”. Ed Humanitas. 1998.

- Concepción histórica- procesal: entendiendo a la Salud como proceso histórico social. Relacionando el bienestar con la calidad de vida, incorporando e integrando a los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, axiológicos, culturales y sociales.

DEFINICION:

La salud es considerada en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma.¹⁰

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir que se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

En otros términos, es necesario reconocer que:

- Las prácticas de atención de la salud se asientan, de modo consciente o inconsciente, en determinados supuestos sobre que es la salud y suponen opciones a cerca de los modos de recuperarla;
- Las formas de organización de las instituciones de salud reflejan, de modo explícito o implícito, una concepción acerca de la salud y de sus formas de intervención;
- Toda práctica de salud produce efectos en las poblaciones y en los individuos, algunos explícitamente buscados, otros muchas veces ni siquiera previstos o deseados.

La OMS definió a la salud como “el perfecto estado de bienestar físico, mental, y social, y la posibilidad para cualquier persona de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual”, desarrollando así el carácter potencial del bienestar presenta en todos los seres humano.

¹⁰ “La salud y los determinantes del proceso salud- enfermedad. Pobreza y condiciones de vida”.
Posgrado en Salud Social y Comunitarias.

TRABAJO SOCIAL Y LA CUESTION SOCIAL VIH/SIDA

El objeto de intervención se construye desde la reproducción de la vida social de los sujetos explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como necesidades y carencias, en la medida que existan distintas problemáticas que expresan los actores sociales, dichas problemática, son las expresiones de necesidades sociales.¹¹

Las necesidades no solo son carencias, sino potencialidades humanas individuales y colectivas que se plasman en proyecto de vida.

La construcción del objeto de intervención desde el campo problemático se toma como eje orientador de la problemática profesional el concepto de derechos humanos, derecho a la vida, a la inserción, a no ser discriminado.

Así mismo, como eje a partir del cual las problemáticas que plantea la actual cuestión social; el tema de la equidad, la solidaridad y la ciudadanía.

En relación al sida podemos ver el concepto de vulnerabilidad social; entendiéndolo que si bien todo ser humano es biológicamente susceptible a infectarse, interviene otros factores como la desigualdad, los prejuicios, las injusticias sociales, la discriminación, la opresión, la violencia que acelera la epidemia; son más susceptibles de enfermar de sida grupos deprimidos socioeconómicamente (por la ansiedad, depresiones, menor esperanza al futuro y reducción de mecanismos de defensa), niveles educativos bajos, y la población en bajo índice de desarrollo humano considerando expectativa de vida al nacer, alfabetización, educación formal e ingreso.

Según Castells, la población susceptible de necesita intervenciones sociales “esta no solamente amenaza por la insuficiencia de sus recursos arteriales como también fragilidad de su tejido relacional, no solamente en vías de pauperización sino en proceso de desafiliación, o sea en ruptura de vínculo social. Al final del proceso la precariedad económica se torna privación, la fragilidad relacional aislamiento. Son dos caras de una misma condición.

Robert Castel ubica tres zonas de acuerdo a las posiciones laborales y la inscripción en las redes de sociabilidad sociofamiliar.

- Zona de integración (trabajos seguro e integración sólida)

¹¹ Consejo profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA- “Trabajo Social de Hoy”. Experiencias de campo e intervenciones profesionales. Año 2002. Pág. 360

- Zona de vulnerabilidad (trabajo precario y fragilidad relacional)
- Zona de desafiliación (no trabaja y aislamiento social)

La dinámica de los procesos de marginación, roles de sociabilidad se agudiza en los sujetos que viven con VIH, ya que algunos factores sociales y aspectos psicológicos de la enfermedad la ubican en una situación de mayor vulnerabilidad ante la secuencia de las redes de sociabilidad.

- Factores sociales: temores al contagio, rechazo social, discriminación laboral y educativa, estigmatización.
- Factores psicológicos: miedo a la muerte (real y social al portar un estigma) miedo al sufrimiento y deterioro físico y psíquico, sentimiento de vergüenza, automarginación y aislamiento, temor al futuro.

La metodología de la intervención como proceso que construye y reconstruye el desarrollo de la práctica profesional. En cada intervención se articula las tres dimensiones de la profesión (asistencia, organización, educación) favoreciendo al acceso de la población a los recursos, al saber sobre ella misma y al poder de decisión.

La intervención se desarrolla en diferentes niveles, entrevistas de pacientes y familias, a fin de reconstruir la historia familiar y los procesos que condujeron a la pérdida o deterioro de soportes relacionales con respecto a la familia se realiza un comportamiento en el tratamiento, desculpabilidad, y facilitando información sobre la enfermedad. Como también formas de cuidados y prevención. La familia es un espacio complejo donde realizamos nuestras más profundas experiencias humanas, intimidad, y pasión, identidad e individual, conexión con el pasado y la creencia sobre el futuro, sostenido por los mas profundos sentimientos humanos que tienen su fuente en la familia, lo mejor (amor, compasión, crecimiento) y lo peor (destrucción intencionada, violencia).

Tipos de familias

- Familias aglutinadas
- Familias uniformas

- Familias aisladas

En el Sida lo único nuevo es el virus del VIH, ya que las enfermedades que las componen son preexistentes en la historia humana, así las variables de expresión de sexualidad humana, consumo de drogas, falta de bioseguridad en las instituciones de salud, la carencia de políticas coherentes, tendientes a construir una cultura de prevención en la población general. Podemos resaltar algunos indicadores en la salud pública, saturación del sistema hospitalario, alto porcentaje de la población con dificultades de accesibilidad o sin accesibilidad a los servicios de Salud, alto índice de mortabilidad prevenible, mala distribución de los recursos existentes entre otros.¹²

Estela Grassi hace hincapié en que las políticas compensatorias y de asistencia, eficientes, eficaces y amplias que son inmediatamente necesarias, frente a la realidad inaceptable. Pero no puede convertirse a la asistencia en el eje de la política social de un proyecto político de integración. Por definición, la asistencia no atiende prioritariamente las potencialidades productivas y creativas del sujeto, en tanto es un salvataje frente a situaciones que ponen a este en condiciones de fragilidad. Sin transformaciones culturales y socio-económicas sustantivas.

Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud han tenido a concentrarse solamente en el acceso a los servicios. Es decir, se han preocupado para que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para cada uno de sus habitantes.

Las causas del aumento de las inequidades están relacionadas con las causas del aumento de la pobreza. Un condicionante de ambas es el aumento de la población, que se concentra en las camadas más pobres, los que sufren más enfermedades, los que enfrentan más dificultades. En Argentina, esta tendencia es muy clara, y la pobreza se convierte en un fenómeno joven y femenino. Por ejemplo, un tercio de los partos de los hospitales públicos del conurbano bonaerense corresponden a mujeres menores de 18 años. Entre los nuevos pobres, una gran parte de los jefes de familia son madres adolescentes. Quiere decir que la pobreza aumenta al mismo ritmo que el

¹² Cahn Pedro, citado en Kornblit, Ana Lía: El Sida este entre nosotros...Ed Corregidor. Buenos Aires. 1997. Pág. 11

crecimiento demográfico y afecto a los más débiles dentro de la sociedad. Se trata de una discusión muy complicada en la que se plantean aspectos éticos y religiosos.

En conclusión, la lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud. La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental, porque los excluidos de la producción y el consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado.

Pero, un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad anteriores a la asistencia médica, tales como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación. Aun en sistemas de salud equitativos, los resultados de salud tienden a mantener las desigualdades sociales que caracterizan a la sociedad.

Los trabajadores de la salud no pueden resolver por sí solos una compleja situación que es también responsabilidad de los políticos, economistas y de la sociedad en su conjunto. En otras palabras, la equidad en salud es condición necesaria pero no suficiente para la justicia social.

Perspectiva Teórico-Conceptual

Especificidad de la intervención Profesional del Trabajador Social

“...Afirmar que la institución Servicio Social es producto o reflejo de la realidad social más abarcante, expresa sólo un ángulo de la cuestión, considerándola aisladamente. Por otro lado reducir el análisis de los elementos constituidos internos- que supuestamente, caracterizan a la profesión, dándole un perfil más específico, su objeto, objetivos, procedimientos y técnicas de actuación, etc.-significa extraer, artificialmente, el Servicio Social de las

condiciones y relaciones sociales que le dan inteligibilidad y en los cuales se torna posible y necesario. Significa privilegiar la visión localista e histórica que permea muchos análisis institucionales. La tentativa de superación de esas orientaciones metodológicas implicó considerar que la aprehensión del significado histórico de la profesión sólo es develada en su inserción en la sociedad, pues ella se afirma como institución peculiar en y a partir de la división social del trabajo. Como la profesión sólo existe en condiciones y relaciones sociales históricamente determinadas, es a partir de la comprensión de estas determinaciones históricas que se podrá alcanzar el significado social de ese tipo de especialización del trabajo colectivo(social, mas allá de la apariencia en que se presenta en su propio discurso, y al mismo tiempo, procurar detectar como viene contribuyendo, de manera peculiar, a la continuidad contradictoria de las relaciones sociales, o sea, del conjunto de la sociedad...”¹³

El Servicio Social sólo puede afirmarse como práctica institucionalizada y legitimada en la sociedad al responder a necesidades sociales derivadas de la práctica histórica de las clases sociales en la producción y reproducción de los medios de vida y de trabajo de forma socialmente determinada.

A partir de lo anterior, y siguiendo a Margarita Rozas Pagazzas, el concepto de campo problemático permite responder al sobre que se interviene en Trabajo Social articulando la cuestión social hoy con la relación problematizada entre sujeto y necesidad.

La cuestión social produce efectos en la reproducción de la vida de los sujetos que se manifiestan en forma problemática, constituyendo el escenario actual de la intervención profesional, así el campo problemático deviene una construcción del pensamiento producto de la relación entre necesidades de los sujetos y la distribución de recursos denominados servicios sociales, siendo de la relación sujeto-necesidad la expresión particular de la cuestión social, a partir de la cual se construye el objeto de intervención profesional.

Por ello, el objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como necesidades y carencias y que de esta

¹³ Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. “Trabajo Social Hoy”. Ed Espacio. Año 2002. Pág. 359

forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no. Decimos objetos de intervención en la medida en que existen distintas problemáticas que expresan los actores sociales, expresiones de relaciones sociales y tienen ubicación histórica, por lo tanto, son elaboraciones del pensamiento, que no se encuentran solamente en la circunstancia del dato empírico.

La relación sujeto necesidad en el marco de la actual cuestión social impone una ruptura con las viejas formas de pensar y operar, así como generación de búsquedas novedosas de equidad, solidaridad, ciudadanía, repensar el lugar de lo social, la constitución de subjetividades, las mediaciones con las nuevas condiciones de reproducción social (material y simbólica).

Nora Aquín plantea un lugar específico para el Trabajo Social en dos momentos de la política de necesidades:

- 1- La lucha por establecer o negar el estatuto público de una necesidad, por validarla como asunto de legítima preocupación política.
- 2-La lucha por la interpretación de la necesidad, por definirla y determinar con que satisfacerla.

Las necesidades no son sólo carencias, sino potencialidades humanas individuales y colectivas que se plasman en proyectos de vida. Manfred Max Neff clasifica las necesidades según categorías existenciales (ser, tener, hacer y estar) y según categorías axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad), proponiendo como satisfactores sinérgicos aquellos que al satisfacer una necesidad contribuyendo simultáneamente a la satisfacción de otras.

En este marco, desde la especificidad profesional se impone reconocer las necesidades sentidas por los sujetos indagando la significación que les atribuyen desde el saber cotidiano, la forma en que las vivencian desde su cotidianeidad y las posibles soluciones pensadas, contextualizándolas a fin de vincularlas a otras necesidades, planificando estrategias de intervención según los perfiles de la población, que incluyan su acceso:

- *A los recursos
- * A saber sobre ella misma,
- *Al poder de decisión

Esta perspectiva crítica aporta una nueva direccionalidad a la intervención, potencializando posibilidades y recursos, desnaturalizando las

circunstancias de reproducción y reconstruyendo identidades y prácticas sociales colectivas.

Sida en su dimensión social

Como se dijo anteriormente, en el sida lo único nuevo es el virus VIH, ya que todos los demás componentes son preexistentes en la historia de la humanidad. Así, las variedades de expresión de la sexualidad humana, el consumo de drogas, la falta de bioseguridad en las instituciones de salud, la carencia de políticas coherentes tendientes a construir una cultura de prevención en la población general, la discriminación, las vergüenzas de nuestros sistemas carcelarios, configuran una lista solamente parcial e incompleta de aquellos condicionantes.

Las propuestas de abordaje ante la problemática se rigen por tres modelos bien diferenciados¹⁴:

-El modelo médico es el que prevalece en nuestra sociedad, con un discurso que vincula muerte y enfermedad. El énfasis en la muerte provoca una actitud de resignación y considera a los afectados como “muertos civiles”, con el consecuente desconocimiento de los derechos humanos. Brinda un mensaje autoritario, desde una posición de poder, suponiendo la aceptación pasiva y acrítica de las indicaciones.

La prevención se basa en el miedo y la culpa, y la propuesta asistencial es solamente farmacéutica.

-El modelo jurídico sostiene un discurso desde la trasgresión. Al asociar el contagio con el orden normativo-moral, estructura relaciones que marginan y estigmatizan distinguiendo entre víctimas inocentes y culpable. Se transforma un diagnóstico médico en diagnóstico moral, estableciendo un juicio sobre las personas. Se reaniman antiguas representaciones sobre las enfermedades como castigos divinos o por una trasgresión de reglas. Se propone identificar a los efectos para aislarlos, provocando dos situaciones peligrosas: el desamparo de

¹⁴ Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. “Trabajo Social Hoy”. Ed Espacio. Año 2002. Pág. 361 y 362

las personas afectadas y la falsa sensación de seguridad en la población general que conduce a no tomar medidas de cuidado.

-EL modelo totalizador o liberador habla desde la vida, la esperanza y la solidaridad. Concibe al sida como revelador social que muestra situaciones de injusticia y exclusión preexistentes, pudiendo convertirse en herramienta transformadora de esa realidad. Se propone educar desde la libertad, desterrando el miedo y propiciando la construcción de proyectos de vida. Sostiene el pluralismo social y cultural respetándolas opciones personales, favorece la autonomía brindando información para proteger conductas sin plantear el cambio de estilos de vida y escalas de valores; preserva la intimidad, garantizando la confidencialidad como derecho. La propuesta asistencial considera al afectado como totalidad, abordando la unidad de cuerpo y afectos, el entorno social y familiar, la historia de las personas.

Las relaciones sociales actúan como determinantes del proceso de salud-enfermedad-atención, constituyendo un mapa de vulnerabilidades diferentes entre las presentaciones construidas socialmente y las situaciones singulares.

El sida obliga, así, a interrogarse sobre estos temas, la sexualidad, las condiciones socio-económicas, el placer, el riesgo, la política, la economía, las tensiones entre público y privado, el cuerpo, la atención de la propia salud, los vínculos, los deseos, la accesibilidad a los servicios sanitarios, las decisiones respecto de la maternidad, las pasiones, la drogadicción endovenosa, las situaciones de violencia, los diversos estilos de pareja, los trabajadores del sexo, el control social, los derechos humanos, la ética.

Articulación sujeto-estructura social

Postulamos la existencia de un fenómeno de doble inscripción. Este concepto freudiano remite a la existencia de diversas instancias en el aparato psíquico (consciente, preconsciente, inconsciente), donde se puede saber una cosa en un lado y no saberla en otro. Cuando una persona tiene información pero la misma queda fuera de disponibilidad para la acción, es porque en las instituciones concretas las categorías que intervienen para organizar el problema son diferentes a las que recorta el modelo cognitivo-racional., se esta rigiendo

por dimensiones que no conocemos, pero que corresponden a la verdad del sujeto.

Desde esta perspectiva, los fenómenos sociales tendrían valor de verdad o posibilidad de incidir en la subjetividad en la medida en que sean significados por las personas. La pregunta es ¿cómo interjuega la realidad psíquica con la realidad material, social o compartida?

Pichón-Riviere plantea una concepción de sujeto como ser complejo y la esencia social del psiquismo en tanto existe una relación dialéctica y fundante entre orden social e histórico y subjetividad.

Propone "... una concepción de sujeto que lo caracteriza como ser de necesidades, que solo se satisfacen socialmente, en relaciones que determinan. El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es sujeto producido en una praxis, se constituye en y por una actividad transformadora de sí y de la realidad es tanto configurado y determinado en una red relacional, es sujeto producido, emergente de procesos sociales, instituciones, vinculares. A la vez, en tanto ser necesidades, es por ello sujeto de la praxis, el del conocimiento. Hace a su esencia ser el productor de su vida material, lo que lo define como sujeto de la historia, las relaciones sociales, no tiene respecto a los procesos psíquicos una relación secundaria, azarosa, y de exterioridad, sino de interioridad en el interjuego sujeto-mundo lo externo se hace interno, y este a su vez se transforma en su opuesto ya que lo interno se externaliza..."¹⁵

Siguiendo a Anthony Giddens en su teoría de la estructuración y praxis social, estructura y acción se relacionan cada vez que los seres humanos hacen su propia historia. En la producción y reproducción de la sociedad, los agentes sociales como potencialidad- no siempre ejercida- la capacidad transformativa.

La dimensión familiar

El hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupaciones sociales. En la medida en que las sociedades se hacen más complejas y requieren nuevas habilidades, se diferencian las estructuras sociales.

¹⁵ Pampliega de Quiroga Ana: "Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo". Ed. Cinco, Buenos Aires. Pág. 12 y 13.

En la mayoría de las culturas la familia se ha caracterizado por ser patriarcal:

- en el tipo que describe el antiguo testamento, los jefes de los clanes podían tener varias esposas, en lo que respecta a las mujeres eran de condición relativamente baja.
- en la Antigua Roma, no se practicaba la poligamia y la mujer disfrutaba de mejores condiciones. La familia romana era extensa y el patriarca tenía mucha autoridad, como por ejemplo matar a sus propios hijos.
- en la Europa medieval la familia se regía por las prácticas de la Iglesia Católica Romana y el feudalismo se caracterizaba por tener una familia extensa y dominada por el hombre.¹⁶

La revolución industrial generó grandes cambios en la estructura familiar, la industrialización y la urbanización trajeron consigo la desintegración de los Estados feudales e impulsaron una profunda transformación de los modos de vida y del trabajo. Muchas personas abandonaron el campo y acudieron a la ciudad para trabajar en las fábricas. Este proceso llevó a la disolución de numerosas familias extensas. Así el régimen patriarcal fue cediendo terreno lentamente a una mayor igualdad de sexos. La unidad relevante fue el individuo y no la familia. Se puede observar como la familia ha sufrido y sigue sufriendo diversos cambios a lo largo de la historia, vinculados a los cambios de la sociedad.

En la actualidad, en países dependientes como el nuestro coexisten diferentes modalidades de organización y funcionamiento de sus miembros.

Concepto de familia

La familia debe ser entendida como “ una unidad bio-psico-social con leyes y dinámicas propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones, variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que la rodea”..

¹⁶ Eroles Carlos. “Trabajo Social y Familia”. Editorial Espacio. Año 2003.

La familia es un grupo primario donde sus integrantes se interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorecen a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración.

En la base de lo planteado por Minuchin, la familia es considerada como la matriz de la identidad. Esto es sabido a que en los procesos precoces de socialización, las familias moldean la conducta del niño y el sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por el sentido de pertenencia a una familia específica.

Los diferentes tipos de familia

Actualmente el modelo familiar se encuentra en una constante transformación. No se puede hablar de un solo modelo de familia como tampoco de un solo sistema de valores. Sin embargo la sociedad democrática tiene que promover un modelo de familia, donde las relaciones entre sus miembros estén basadas en el respeto mutuo, el dialogo y la participación.

- familia como vínculo jurídico y/o religioso: por razones formales o por condiciones religiosas la pareja solemniza su unión.
- familia consensual o de hecho: se considera que la pareja mantiene un vínculo estable, pero que no ha establecido una unión solemne.
- familia nuclear: este tipo, se da dos generaciones “padres e hijos” viven juntos. Constituyen estructuras adecuadas para las sociedades urbanizadas.
- familia amplio o extensa: en ella da la convivencia de tres generaciones y /o la presencia de oros familiares convivientes.
- familia ampliada modificada: si bien no hay convivencia, las relaciones entre los miembros tiene un comportamiento clínico.
- familia monoparental: esta formada por el o los hijos y por solamente el padre o madre, como cabeza de la familia.
- familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de los hijos de distintas uniones: es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido experiencias matrimoniales anteriores.

- familia separada: padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos.
- grupos familiares de crianza: se incluyen a situaciones particulares como la adopción, nietos a cargo de abuelos, etc.
- familiarización de amigos: se reconoce una relación estrecha a los que son entrañablemente amigos.
- uniones libres carentes de estabilidad y formalidad: a juicio del autor no debe ser considerada como relaciones vinculares familiares.

Estructura familiar

Se entiende por estructura familiar al “conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los miembros de una familia” entonces la familia es un subsistema que opera a través de un conjunto invisible de demandas funcionales. La repetición de estas demandas establecen pautas acerca de cómo, cuando y con quien relacionarse regulando la conducta de los miembros.

La familia debe responder a cambios internos y externos, manteniéndose como marco de referencia de sus miembros.

En base a lo planteado por Minuchin, el sistema familiar desempeña sus funciones por subsistemas. Los individuos son los subsistemas en el interior de una familia. Los límites de un subsistemas están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. La función de estos límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites deben ser claros.

El ciclo de vida familiar

Toda familia instituye sus propias reglas de funcionamiento que pueden variar según el momento histórico que esta pasando por su ciclo vital esta determinado por un hecho crítico, frente al cual la familia siente la necesidad de revisar sus modalidades de funcionamiento.

Para describir las etapas por las cuales atraviesa la familia se toma como referencia a lo planteado por la lic. Beatriz Valssachi:

- **formación de la pareja:** el hecho crítico lo constituye el matrimonio o la convivencia estable de una pareja, cada uno de los miembros de la pareja proviene de diferentes familias, con sus propias reglas y modelos comunicativos. este periodo se caracteriza por la definición de la frontera de la sociedad conyugal, desde la estipulación de reglas hasta el proceso de separación de las familias de origen.
- **la familia con niños:** el hecho crítico consiste en el nacimiento del hijo. Cambian las reglas internas y externas. los miembros de la pareja pasan a ser padres. Surgen problemas de orden organizativo: opciones respecto del trabajo de la madre, etc. implica también la definición de rol de abuelos en la primera generación, que dependerá del nivel de independencia logrado en la primera etapa. los abuelos deben aceptar el rol de padres asumidos por sus propios hijos y respetar las distintas previamente establecidas.
- **la familia con adolescentes:** el hecho crítico es la adolescencia de los hijos. como no existe una señal clara que marque el paso de la niñez a la vida adulta, se hace necesario que la familia flexibilice sus fronteras para facilitar la paulatina desvinculación de los hijos. en esta etapa se produce un mayor compromiso en la pareja en vista de la partida de los hijos y un acercamiento a la primera generación que esta envejeciendo.
- **la familia trampolín:** el hecho crítico es el partido del hogar de los hijos. es el momento de la incorporación de yernos y nueras a una nueva realidad familiar, en la cual los roles son diferentes. se cubre la distancia generacional entre padres e hijos que se reconocen como hombres y mujeres adultos con un mundo interior.
- **familia en edad avanzada:** los hechos críticos son la jubilación, la enfermedad y la muerte. la jubilación de uno de los cónyuges impone la necesidad de renegociar reglas internas, redefinir deberes y espacios individuales. por otro lado el jubilado se plantea sus objetivos vitales con la dificultad resultante de organizarse para el tiempo libre. Además surge la necesidad de apoyo ligado al estado de salud, que puede sufrir un

deterioro progresivo. La capacidad para prestar apoyo a los padres ancianos esta vinculada a la calidad de la relación establecida en las frases precedentes.

La función familiar

Los roles dentro del seno familiar se fueron diferenciando. Esto se produce cuando se separa el hogar del lugar de trabajo.

El padre era el encargado de ser el sostén económico del hogar y la madre de brindar sostén afectivo a la familia. Entonces las funciones familiares estaban regidas a una cuestión de género.

En la actualidad estas funciones fueron replanteadas, a raíz de insatisfacción que sentía la mujer al estar excluida del ámbito público. Además el desarrollo científico le permitió una planificación del tamaño de la familia y una simplificación de las tareas domésticas. Esto permitió a la mujer insertarse en el ámbito público y no estar solamente relegada a las tareas domésticas y al hombre tener un vínculo más cercano y afectivo con sus hijos.

Estas funciones, entonces pueden ser ejercidas por cualquier miembro de la familia, aunque mayoritariamente siguen estando ejercidas por la madre, el padre y el hijo respectivamente.

Siguiendo las consideraciones de Eroles, las funciones se caracterizan por:

- función materna: esta función se origina por los deseos de tener un hijo. es la encargada de las conductas nutricionales. permite que el primer contacto con el mundo exterior se de en un clima continente que permita al infante desarrollar la confianza básica necesaria para vivenciar el mundo como acogedor.
- función paterna: es el reconocimiento de hijo por medio de la asignación del nombre, reconociendo así su paternidad. valora más la realización personal que el éxito.
- función filial: conecta a la familia con el futuro. cuestiona lo establecido y busca romper las estructuras antiguas. el futuro que irrumpe en la familia trayendo nuevas ideas, visiones, muchas veces queriendo romper la anterior.

La realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros. Esta intersubjetividad establece una señalada diferencia entre la vida cotidiana y otras realidades de las que tengo conciencia.

La vida cotidiana se divide en sectores, unos que se aprehenden por rutina y otros que se presentan problemas de diversas clases.

En tanto las rutinas de la vida cotidiana prosigan sin interrupción, serán aprehendidas como no problemáticas., hasta que su continuidad es interrumpida por la aparición de un problema.

Debido a su capacidad de trascender el aquí y ahora, el lenguaje tiende puentes entre diferentes zonas dentro de la realidad de la vida cotidiana y las integra en un todo significativo. El lenguaje construye entonces enormes edificios de representación simbólica que parecen dominar la realidad de la vida cotidiana como gigantescas presencias de otro mundo. De esta manera, el simbolismo y el lenguaje simbólico llegan a ser constituyentes esenciales de la realidad de la vida cotidiana y de la aprehensión que tiene de esta realidad del sentido común.

**DESCRIPCION DE LA PRÁCTICA.
ELABORACION DEL DISCURSO DESCRIPTIVO**

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

“DON VICTORIO TETAMANTI”

El hospital se encuentra enmarcado en la organización y gestión hospitalaria, el mismo es un proyecto de administración, enfocado en los resultados (desde 1997). El proyecto determina que el factor limitante para la absorción de la demanda en un hospital es la “cama de hospitalización”, centrándose en lo que a su entender, son los dos problemas emergentes del hospital público hoy: la escasez de camas y un mejor aprovechamiento de las mismas.

El Hiemi adhiere a lo denominado por el modelo “cuidados progresivos del paciente”. Esta modalidad es una forma de organizar los servicios hospitalarios; según las necesidades de los pacientes de manera que reciban la atención de acuerdo a su necesidad en el monto y en el paciente de manera que reciban la atención de acuerdo a su necesidad en el momento y en el área del hospital más apropiado para su cuadro clínico (patologías).

Como institución de la salud se articula con las Unidades Sanitarias Municipales (atención primaria de la salud), con el INAREPS (rehabilitación) y el INE (docencia e investigación), para su cuadro clínico.

Objetivos institucionales:

Desde un enfoque integral de la salud, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y referencia dentro de la zona, el HIEMI tiene como objetivos:

- Brindar asistencia, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud a niños de 0 a 15 años y mujeres embarazadas a partir del octavo mes y/o embarazos de alto riesgo.
- Realizar prevenciones secundarias.
- Participar en la formación de profesionales de grado y pre- grado, de las carreras de Medicina, Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología Y Servicio Social.

En referencia al primer objetivo el nivel de atención del Hiemi se organiza de acuerdo a las diferentes áreas de atención de salud:

- Neonatología: asiste al recién nacido hasta el mes de vida, abarcando unidad de internación y consultorio externo.
- Pediatría: brinda atención en internación, guardia y consultorios externos, abarcando diferentes especializaciones.
- Obstetricia: atiende a las mujeres embarazadas, partos normales, cesáreas y embarazos de alto riesgo desde consultorios externos, guardia y salas de internación.

Las funciones de la institución:

- Función de asistencia, diagnóstico y tratamiento del enfermo.
- Función sanitaria de esclarecimiento de los cuadros que más gravitan sobre cifras de morbi-mortalidad, por enfermedades transmisibles y sociales.
- Función social, recuperativa sobre el enfermo y de apoyo económico, al mismo y a su grupo familiar.
- Función cultural, formadora de hábitos higiénicos e integradora de conceptos básicos sobre las enfermedades.
- Función de investigación, aplicada al progreso de la medicina.

Área de influencia:

El Hiemi se encuentra ubicada en la ciudad de Mar del Plata cabecera del Partido de General Pueyrredón, integrando éste la Región Sanitaria Octava. Esta Región ocupa la zona sudeste de la Provincia de Buenos Aires, la misma está compuesta por 16 partidos: Ayacucho, Balcarce, General Alvarado, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, La costa, Lobería, Maipú, Mar chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil Y Villa Gesell, abarcando un total de 45.564 km/cuadrados.

Población asistida:

El Hiemi recibe constantemente derivaciones, para atención especial y de alta complejidad, de los Hospitales Municipales y Unidades Sanitarias de las diferentes Localidades anteriormente mencionadas. Así mismo, atiende a la población de la ciudad de Mar del Plata, por derivación de los Centros de Atención primaria de la salud Municipales, o bien por demanda en la guardia o consultorios externos del mismo Hospital.

La gran mayoría de la población que se atiende en esta institución proviene de familias con situación laboral inestable, realiza changas, cirujeo, son beneficiarios de planes sociales, otros son desempleados, no cuentan con obra social, esta situación trae aparejada una deteriorada capacidad de consumo de estas familias, en donde la mitad de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza e incluso algunos en estado de indigencia.

Esta crisis económica que se encuentra atravesando el país, incide directamente en la capacidad de acceder a una vivienda digna y a una adecuada alimentación, generando un deterioro en la calidad de vida.

TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN

El Servicio Social en la institución hospitalaria desempeña un rol de servicios, basando su intervención en una visión integral del hombre, sujeto de su propia vida y salud, desde un concepto de salud integral, no limitándose a los aspectos médicos y asistenciales

Desde el Servicio Social en el abordaje del proceso salud- enfermedad como fenómeno histórico social, obliga a explicar de que manera la social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva, es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

Desde el Servicio Social se toma contacto con el paciente y con su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la comunicación y cooperación, procurando brindarles contención en el proceso de internación.

Se procura fortalecer su red vincular intra y extra hospitalaria, orientando a los padres con respecto a los recursos institucionales (comedor, residencia para madres), guiándolos en la forma más dinámica y operativa de proceder en cada caso particular.

Desde sus orígenes el Trabajo Social se construye interviniendo en forma relevante dentro del campo de la salud. La inserción del Trabajo Social en este campo abarca tres niveles de atención:

- 1° nivel: se conoce tradicionalmente como primer nivel de atención, aquel destinado a cumplir con las funciones de prevención y promoción de la salud. Estas actividades se llevan adelante en los denominados: Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Centros periféricos, salas de Primeros Auxilios, dispensarios, etc.
- 2° nivel: clásicamente se denomina segundo nivel de atención en salud a la asistencia en hospitales generales. Allí desde el Servicio Social, la intervención del Trabajo social, se vincula con la problemática de los pacientes internados que concurren a consultar al hospital. En algunos servicios se trabaja dentro de los programas específicos como: maternidad adolescente, infección por VIH, Tuberculosis, o desde diferentes servicios que existen dentro de cada hospital.

En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo que se denomina referencia y contra referencia, dentro del área definida que generalmente es llamada programática

Existen dos formas en que los casos llegan al HIEMI

- 1- A través de los Centros de Salud: es aquí donde la madre embarazada, solicita un turno con el obstetra. En este encuentro, el profesional obtiene información acerca de los meses de embarazo y de análisis realizados previamente; de todas maneras se realiza una nueva

extracción de sangre a fin de detectar el virus del VIH y/u otra enfermedad venérea.

Cuando se le informa a la persona el resultado positivo, ésta sufre un shock emocional, presenta negación, indiferencia, culpabilidad, etc. Quien le informa acerca del VIH, le explica a la madre la importancia de la derivación al hospital, donde comenzara un tratamiento en su quinto mes de embarazo, que permitirá la prevención del paso del virus de la madre al hijo.

2- *Demanda espontánea:* la madre embarazada se presenta ante el Hiemi en forma espontánea. Inmediatamente se realiza el test de Elisa junto a un test suplementario (Western Blot) que confirma el resultado, positivo o negativo. De ser negativo la mamá continúa un tratamiento normalmente en el mismo hospital.

De ser positivo inmediatamente se realiza una entrevista médica, llevada adelante por el obstetra y una entrevista social, llevada adelante por el Servicio Social del Hiemi. En la entrevista médica se acuerda un nuevo encuentro y la frecuencia con el que se realizará el mismo (generalmente son de aprox. 15 días). Se articula luego, con el Servicio Social del Hiemi.

Metodología de intervención

Entendemos a la metodología de intervención en Trabajo Social como un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del Trabajo Social con el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establecen la intervención profesional. En esa dirección las perspectivas teóricas y la metodología permiten recrear permanentemente el objeto de intervención y, al mismo tiempo, resignificará el contexto de las prácticas de los actores sociales: nada está definitivamente establecido.

No existe una determinación normativa que opere a manera de regla de ordenamiento de lo empírico, por lo tanto una metodología de intervención ayuda a comprender la relación particular entre contexto y acción. Este aspecto permite rescatar la capacidad transformadora de los actores sociales y, por otro

lado, es central para definir el lugar del sujeto en la intervención profesional. La viabilidad de una metodología de intervención está garantizada en la medida en que hay una comprensión rigurosa no solo de la problemática del objeto de intervención sino también del movimiento particular de los actores, de la interpretación correcta de sus necesidades, intereses y aspiraciones.

“En nuestra perspectiva esta presente la relación dialéctica entre estructura como proceso de interrelación e interacción por ello es imposible someter dicho proceso a una metodología, etapista y lineal”¹⁷

El Servicio Social del Hiemi adhiere a la metodología de Margarita Rozas Pagazza, el mismo consta de tres momentos que se desarrollan en los casos particulares de la siguiente forma:

INSERCIÓN:

El primer momento de intervención se llama inserción que es definido como un primer acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de sus necesidades. El significado metodológico de este momento consiste en iniciar el conocimiento de dicho contexto particular, a fin de establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de dicho ubicación.¹⁸

El proceso de ubicación, significa situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional, que son los sujetos con sus demandas y la racionalidad que le dan a dicha demanda.

Para llevar adelante este momento del proceso metodológico, el Servicio Social del Hiemi utiliza como técnica la entrevista. La calidad de la interacción y las capacidades técnicas del entrevistador permiten obtener información necesaria para luego hacer un análisis de la situación. La particularidad de la entrevista se produce en cada caso a intervenir.

El saber específico del Trabajo Social como profesión implica, conocer e interpretar que los actores generan un proceso particular de interrelación e interacción alrededor de sus necesidades. Este es el aspecto central en el cual

¹⁷ Pagaza Margarita R. “Una perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social”. Ed. Espacio. Año 1998. Pág. 76

¹⁸ Ídem Pág. 77

se constituye el campo problemático de la intervención. Este proceso de interacción entre actores permite un primer conocimiento de la institución, el barrio y los sujetos sociales como instancia de relaciones sociales que expresan diversas racionalidades e intereses.

Las modalidades de las de entrevistas utilizadas son¹⁹:

-Entrevista con cuestionario (estructurada) se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y a través de una lista de preguntas establecidas con anterioridad (cuestionario) de acuerdo al tema o asunto que se pretende conocer. Las preguntas son siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos a todas las personas, manteniendo las pautas y códigos para posterior planificación de las respuestas. El modelo de la encuesta utilizada por el Trabajador Social durante la entrevista es el siguiente:

EMBARAZO DE ALTO RIESGO	
SERVICIO SOCIAL	
PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:	Nº DE HISTORIA CLÍNICA:
DOMICILIO:	TELEFONO:
	OBRA SOCIAL:
EMBARAZO ACTUAL	
CENTRO DE SALUD:	Nº DE CONTROLES:
DERIVACIÓN AL HIEMI:	
ENFERMEDAD ACTUAL:	
DIAGNOSTICO:	EMBARAZO ACTUAL:

¹⁹ Cáceres, L y Oblitas B. "Entrevista en Trabajo Social". Ed. Espacio. Ciudad Autónoma de Bs. As. Año 2004. Pág. 39

LUGAR DE ATENCIÓN:

HIGA

INE

CENTRO DE SALUD:

Otra de las modalidades de entrevista es la entrevista de grupo llevada adelante con la mujer embarazada con VIH y su familia; esta entrevista permite alcanzar niveles de comprensión sobre la problemática existente. Esta técnica se aplica, cuando es posible que el grupo realice una amplia interacción entre sus miembros y para desarrollar una observación profunda del intercambio de opiniones y comportamiento de los mismos. La utilidad de esta entrevista es la de formar ideas sobre algún problema y situación en este caso en relación a la mujer embarazada con VIH y a la prevención de la transmisión vertical, y para la toma de decisiones.

Otra modalidad de entrevista es la entrevista individual a fondo llevada adelante junto a la madre embarazada caracterizada por una extensa indagación y preguntas abiertas. Esta es una entrevista no estructurada que deja mayor libertad a la iniciativa del entrevistado y el entrevistador.

El conocimiento del diagnóstico de VIH, genera incertidumbre sobre el inicio del deterioro físico, la posibilidad de negativizarse, la reacción de la familia, las futuras relaciones sexuales, la decisión de tener hijos o no tenerlos.

En este proceso, luego de la reacción inicial (miedo, sensación de soledad, pérdida de control, negación, enojo, depresión). Tiene lugar el cuestionamiento y la elaboración que pueden conducir a la aceptación y enfrentamiento de la enfermedad.

Este momento constituye la única posibilidad de desarrollar pautas de cuidado y de atención, por lo cual se impone profundizar el trabajo en las fases previas para destrabar los obstáculos al tratamiento: personales, familiares, económicos, institucionales.

En este sentido, desde la intervención profesional, se indaga acerca de posicionamientos singular de cada sujeto a partir de su posición social y los organizadores subjetivos del problema (miedos, organización de lo peligroso y lo protegido, forma de apropiarse de la información, actitudes, creencias, mitos).

Luego de las primeras entrevistas de información, orientación y apertura del espacio, se busca la aceptación de la enfermedad, desarticulando SIDA=MUERTE y se propicia la elaboración de proyecto de vida.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. En su tarea socializadora, la familia cumple con la trascendente función de preservar y transmitir los valores y las tradiciones del pueblo sirviendo de enlace a las generaciones.

En una sociedad de proceso de constante cambio y afectadas significativamente por situaciones críticas, la familia recibe fuertes impactos que la afectan en su estabilidad y en su seguridad y determinan también una adaptación a nuevos contextos socio-culturales.

A partir de esta visión y de los principios esenciales de igualdad de oportunidades y justicia social, merecen una consideración especial los sectores sociales y los grupos familiares vulnerables por su condición de marginados o por su fragilidad para enfrentar las situaciones de crisis, carencia, enfermedad o discapacidad, particularmente en lo que se refiere a la satisfacción de las necesidades sociales.

DIAGNOSTICO

El proceso de conocimiento adquirido durante la inserción, nos posibilita tener elementos empíricos que necesitan ser analizados en la perspectiva de visualizar mejor el campo problemático, sobre el cual se precisaran los objetivos de la intervención.²⁰

En términos generales, el diagnóstico se refiere a saber las causas de un problema para luego solucionarlos.

Se sabe que no puede haber acción transformadora sin conocimiento de aquello que se pretende transformar. El conocimiento se justifica en la medida que sirve a la acción. De aquí desprendemos el principal objetivo del diagnóstico.

²⁰ Pagaza Margarita R. "Una perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. Año 1998. Pág. 81

El diagnóstico elaborado por el profesional debe aportar:

- una caracterización de la unidad de trabajo tanto en su dimensión interna como con relación al contexto global.
- Una identificación de los principales problemas existentes y sus relaciones.
- Una jerarquización de los problemas de acuerdo con criterios determinados.
- Un estudio en profundidad de los problemas que el Trabajador Social va a abordar.
- Un pronóstico del desarrollo que tendrá la situación si no se interviene con relación a estos problemas.

El seguimiento permitirá redefinir mejor el **SOBRE QUE, EL PARA QUE, Y EL COMO** y con quienes se debe desarrollar la intervención profesional.

El diagnóstico nos permite precisar el conocimiento de las problemáticas, facilitar a los profesionales acciones de planificación pertinentes y posibles con relación a dicho campo problemático; también combina dos actividades que consisten en ordenar la información obtenida, relacionándola con otras informaciones y relacionar desde las categorías de análisis referidas a la problemática central; es decir, saber comprender y explicar el desarrollo histórico y actual, sus interrelaciones, sus causas y consecuencias. En este proceso deben estar presentes aspectos del contexto, tanto coyunturales como estructurales.

Para llevar adelante este proceso, se debe tener en cuenta, los referentes aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, relacionado con la problemática a tratar; el análisis de las necesidades, el reordenamiento de los datos, el afianzamiento de los ejes centrales, que darán orientación a la acción profesional.

La construcción del objeto de intervención, facilita la elaboración de una planificación estratégica orientada a un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad. Esta realidad es considerada compleja en la medida que los actores interactúan a través de distintas racionalidades y auto referencias explicativas.

La planificación permite ordenar las acciones de esos distintos actores en función de objetivos específicos que orientan el desarrollo del ejercicio profesional y donde la participación de los actores a partir de un proceso real de elaboración y toma de decisiones, determina la viabilidad de la misma.

Se debe tener en cuenta el concepto de vida cotidiana, ya que "...se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene significado subjetivo de un mundo coherente..."²¹ El mundo de la vida cotidiana no solo se da por establecido. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones y que esta sustentado como real por estos. Tratar de clarificar los fundamentos del conocimiento de la vida cotidiana a saber, las objetivaciones de los procesos sujetos por medio de los cuales se construye el mundo ínter subjetivo del sentido común.

Desde el punto de vista del profesional aporta elementos de análisis que le dan fundamento a la intervención y posibilita soluciones respecto a la problematización de ésta relación.

En este sentido el saber de la vida cotidiana posibilita determinar a través del lenguaje y la comunicación el lugar que los hechos tienen en su vida particular y generalizarlos a través de la transmisión. En consecuencia es muy importante para el Trabajador Social saber escuchar, comunicarse y registrar como los sujetos reproducen, generalizan y transmiten los hechos de su vida.

Un espacio para ello es la familia. Los sujetos y las mismas son sujetos participes en la elaboración de estrategias. Desde nuestra perspectiva la intervención con familia no solo permite conocer solo la integración material de las familias en su medio, sino también su integración simbólica. Consideramos, que se trata de un proceso dialéctico en el que se inicia un proceso de investigación donde se analiza:

- la organización familiar;
- los conflictos;
- las contradicciones;
- los aspectos sanos;
- los problemas;

²¹ Berger, P y Luckmann. "La Construcción Social de la Realidad". Cap. 1. Año 1994

-las situaciones de crisis y ruptura, para descubrir, explicar y predecir los posibles efectos de las estrategias seleccionadas, que deberán ser ordenadas para su posterior reflexión crítica.

En este proceso de investigación se identifican los recursos vinculares de los miembros de la familia, los momentos que pudieron superar conflictos, la posibilidad de cambios en la forma de interacción y la interrelación que se pueda dar con los fenómenos de la trama social, ya que lo relacional es determinante en la producción y reproducción de cualquier realidad, y en el caso que nos ocupa para el desarrollo de la enfermedad.

La cuestión social es concepto fundamental para poder situar el sentido de la intervención profesional. Analizar las dimensiones que hacen a la cuestión social hoy permite al Trabajador Social un punto de partida importante para visualizar desde otro lugar la intervención. El saber profesional se enriquece con las tareas de investigación, planificación, educación social y administración de recursos.

El Trabajador Social como profesión compromete su acción en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los cuales trabaja. Ello implica la satisfacción de las necesidades básicas y necesidades de identidad (pertenencia, participación, igualdad, desarrollo de capacidades), pero fundamentalmente cambia en una práctica reiterativa y conservadora a una práctica crítica y de posibilidades reales y la canalización de posibles soluciones, respecto a las necesidades que enfrentan los sujetos, definiendo a las necesidades como el estado de un individuo con respecto a los medios necesarios y útiles a su existencia o a su desarrollo.

El concepto de VIH/sida es un problema de todos, que no puede separarse de los comportamientos individuales y colectivos, influidos por numerosos factores sociales y culturales, ligados especialmente a la discriminación social, a la falta de respeto por los Derechos Humanos y a la dignidad de las personas, a la diversidad de prácticas de sexualidad.

Para muchos la infección por VIH ha significado la pérdida e incapacidad de conseguir empleo o un freno en su carrera profesional. En algunos casos hay pérdida de apoyo y del afecto de familiares y amigos, que puede deberse a las alteraciones en su aspecto externo, en las dificultades mentales que produce la enfermedad.

Sabemos que las vías de transmisión del virus son tres:

- transmisión sexual;
- transmisión sanguínea y
- transmisión madre e hijo: las mujeres infectadas pueden transmitir el virus a sus hijos mientras están en el vientre, en el parto o en la lactancia. Es esta última a la que se le pretende dar mayor hincapié en el presente trabajo.

Se tiene en cuenta para esto la predisposición de la persona para el inicio del tratamiento y la familia como principal institución para la contención de la persona.

PLANIFICACION:

"...Es impensable separar las acciones relacionadas a la inserción y el diagnóstico con los procesos de planificación, porque unos implican a los otros como aspectos de un solo proceso..."²²

Existe una direccionalidad en la acción, dada por una comprensión teórica del objeto de intervención.

El significado que se adquiere esta sustentado en una concepción de la planificación estratégica.

La planificación estratégica esta orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad.

La planificación relacionada a la concepción del campo problemático y relacionada a un proceso metodológico, es aquella que teniendo en cuenta dicha complejidad, cumple funciones practicas, con la posibilidad de convertirse en instrumento inútil, cuya validez social no esta sustentada en una racionalidad instrumental, sino en la eficacia de la solución a las demandas que los actores sociales presentan.

Metodológicamente se puede decir que las demandas de estos actores entendidas como expresión de necesidades, constituyen el aspecto fundante

²² Pagaza Margarita R. "Una perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. Año 1998. Pág. 89

del objeto de intervención profesional, en el cual la planificación permite ordenar las acciones de esos distintos actores en función de objetivos específicos, que orientan el desarrollo del ejercicio profesional donde la participación de los actores a partir de un proceso real de elaboración y toma de decisiones, determina la viabilidad de la misma.

Cabe señalar que la planificación se va modificando permanentemente en la medida que el proceso sigue los condicionamientos de una realidad en la que los actores complejizan la operatividad técnica de un proyecto, por lo tanto, es necesario evaluar frecuentemente, las condiciones de esa operatividad.

En cada intervención se articulan las tres dimensiones de la profesión (asistencia, organización, educación) favoreciendo al acceso de la población a los recursos, al saber sobre ella misma y al poder de decisión.

En el transcurso del año 2005, en todo el proceso de la práctica, el Trabajador Social se ve enfrentado a una realidad dinámica de los escenarios de intervención:

- accesibilidad al sistema de atención;
- adherencia y continuidad del tratamiento;
- enfermedad y embarazo, VIH/sida y la fuerte carga de estigma y culpa;
- vínculo madre- hijo y su impacto:
- La importancia de los lazos sociales, de la familia y la referencia de sus pares.

Podemos decir que la construcción del objeto de intervención, es una construcción como un proceso teórico práctico en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que permite recrear dichos conceptos en la realidad social. Por lo tanto realidad y conceptos se relacionan dialécticamente como construcción de un saber especializado y mediados por una metodología.

Desde esta postura, rescatamos el sentido de praxis como compromiso de los actores (sujeto, institución y profesional) con las realizaciones prácticas de los intereses, demandas y proyectos de dichos actores, donde la dimensión transformativa de esos actores constituye el eje central del significado social de la disciplina.

CASO 1:

Mujer embarazada de 20 años de edad, acompañada de su pareja, proveniente de la localidad de San Bernardo. Se presenta ante el consultorio de embarazo de alto riesgo, manifestando que se encuentra en su 2° mes de embarazo. El Servicio de Obstetricia se encuentra a cargo del Dr. Moscardi, quién deriva la situación al Profesional Trabajador Social que se encuentra en el equipo de salud de VIH/SIDA.

La paciente es citada al Servicio Social a fin de dar a conocer y clarificar los pasos a seguir. En la entrevista inicial el Trabajador Social indaga sobre su estado de ánimo en cuanto a su embarazo, como esta conformado su grupo familiar, quienes la contienen en estas circunstancias y también se indaga sobre el impacto del diagnóstico recibido.

La paciente expone que se encuentra acompañada de su pareja y sus padres.

El Trabajador Social comienza a abordar el problema por medio de la contención, donde explica que la intervención sobre ella va estar dirigida a prevenir la transmisión vertical madre/hijo, es un proceso que en muy corto tiempo, se va describiendo las diferentes etapas, para luego trabajar en profundidad sobre cada una de ellas.

- Tratamiento A.R.V
- Cesárea
- Suspensión de la lactancia
- tratamiento A.R.V (tratamiento de 6 semanas del recién nacido)

En esta primera entrevista se realiza un acercamiento de la realidad social e económica de la paciente, se procede a elaborar un diagnóstico preliminar de la paciente, que se evalúa contenida por la red familiar (pareja, padre, madre y abuelos).

No presentando inconvenientes económicos para llevar adelante los controles de su embarazo, garantizando en este primer momento la accesibilidad al tratamiento.

En diversas entrevistas se mantiene contacto con su pareja y familiares de la paciente, haciendo hincapié en los métodos de prevención de contagio,

en la contención y el sostén que deben brindarle a la embarazada para colaborar en la continuidad de su tratamiento. Considerando que el fortalecimiento de los lazos familiares, es un elemento fundamental para hacer efectiva la accesibilidad y adherencia al mismo.

Con referencia al embarazo adolescente, sumado a la compleja problemática del VIH/ SIDA, es de vital importancia en este proceso de intervención fortalecer los lazos familiares.

En el HIEMI en el año 2005, de 36 mujeres embarazadas con VIH/ sida, el 23 % corresponde a menores de edad, la experiencia en el trabajo con la misma llevo al equipo de salud a reforzar estas intervenciones.

En el quinto mes de embarazo se inicia la toma de medicamentos para la prevención vertical de la transmisión del virus al feto. Se continúa la concientización en el modo de parto y en la suspensión de la lactancia, como procesos principales en la prevención de la transmisión vertical.

En el 9° mes, la paciente da a luz por cesárea programada, se suspende la lactancia y por seis semanas se le suministra medicación al recién nacido permaneciendo en sala de alto riesgo por este tiempo donde el bebé es inmunizado. Se comprueba nuevamente que la transmisión vertical por parto planificado evita el contagio un 90 %°. Es de importancia destacar en esta etapa las expectativas de la madre con referencia al resultado sereológico de su hijo.

Se continúa con el control del niño por consultorio externo de neonatología a cargo de la Dra. Echeverría por un año, y luego desde el Hiemi es derivado al Centro de Salud más cercano a su domicilio.

En cuanto a la madre del recién nacido se coordina con el Centro de Salud N° 1 o H.IG.A para la continuación del tratamiento.

CASO 2:

AC de 23 años de edad, oriunda de la ciudad de Mar del Plata, se hace presente en el Consultorio Externo del Hospital Materno Infantil a fin de dar inicio al control de su quinto mes de embarazo.

La persona mencionada, ya posee historia clínica en el Hiemi, en la cual consta que posee VIH/Sida; por lo que se lleva adelante los estudios correspondientes con el objetivo de verificar la carga viral correspondiente.

Se articula con el Servicio Social del hospital, a fin de que este inicie su intervención. Es aquí donde se comienza a recolectar datos acerca de su situación personal, familiar, económica y situación social en general.

Se arriba a un diagnóstico preliminar, en el que predomina un escaso ingreso económico y una situación de soledad en relación al cuidado de sus niños (cabe mencionar que la persona es madre de una niña con VIH/Sida y de otro menor con cefalea)

En cuanto a su situación social, padece una fuerte discriminación por parte de la sociedad e incluso de su madre.

Teniendo en cuenta este análisis y el derecho que posee AC de adquirir un tratamiento médico, para evitar la transmisión de VIH a su hijo, se inicia la intervención garantizando la accesibilidad de AC al tratamiento, a través de la toma de medicamentos correspondientes y gestionando desde el HIEMI el dinero necesario para que pueda asistir a los controles necesarios.

Es a través de estos últimos que se fue afianzando el vínculo con la paciente y se observa una adherencia al tratamiento, conforme a lo esperado.

Paralelo al tratamiento, por su discapacidad y por no acceder a un trabajo remunerado, se gestionan bolsas de alimentos.

Es en el octavo mes de embarazo, donde AC vivencia un obstáculo en su tratamiento: su hija de 6 años de edad es internada en sala moderados "B" con un cuadro clínico de diarrea prolongada y desnutrición severa. Durante este periodo, AC cuida de sus niños en la sala de internación, ya que considera no poseer familiares en quien dejar al cuidado su hijo menor. En esos días, la menor solicita la presencia de su padrastro.

Luego de contactarlo, se mantiene entrevista abierta con este último, en la cual el mismo, se compromete a cuidar de los niños. Días después, el Sr. Fue apresado por tenencias de drogas.

Evaluando la presente situación sociofamiliar, el Trabajador Social, decide elaborar un informe al Tribunal de Menores N° 2 en la cual se expresa la situación crónica de la menor y de la mamá embarazada, ambas en situación de vulnerabilidad.

Paralelo a ello el Servicio Social se contacta con el hermano de AC. Quien manifiesta que con anterioridad ha tenido al cuidado a su sobrina, solo que AC luego no lo ha permitido por considerar que ella debe hacerlo. Muestra voluntad para retomar nuevamente el contacto con su sobrina y el cuidado de la misma.

Durante este periodo se aspiró al fortalecimiento de los lazos familiares, manteniendo entrevistas con madre y hermano de AC

La paciente AC es citada por el Tribunal de Menores, por la notificación del Servicio Social anteriormente mencionada.

AC no se presenta la Tribunal. Se fuga del hospital con sus niños y con su octavo mes de embarazo.

Días después se hace presente ante el Servicio Social alegando que Personal del Tribunal de Menores ha concurrido a su domicilio a fin de quitarle la guarda de la menor.

A la semana, el Tribunal decide que la menor quedara con su progenitora, con el compromiso asumido de que sus niños accedan a los derechos fundamentales como la educación, la salud y la vivienda.

En el mes de octubre del mismo año, AC se interna, previamente haber programado la cesárea y da a luz a su tercer hijo, el cual recibe un tratamiento de 6 semanas.

Durante dicha internación se trabajo cuestiones tales como, la suspensión de la lactancia, ya que AC insistía en querer darle el pecho al recién nacido.

Se coordina con el Servicio de Infectología del HIGA para que AC continúe con su tratamiento por VIH. Se realiza seguimiento con el Servicio de Neonatología del Bebé por un año.

Al confirmarse que se puede prevenir la Transmisión del virus de VIH, se deriva al niño al centro de Salud de la zona.

INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA RECONSTRUÍDA

Se intenta una aproximación a la especificidad de la intervención profesional desde el Trabajo Social ante la problemática del VIH articulando sujeto estructura social, a fin de descentrar la mirada de los microanálisis que pierden de vista la cotidianidad de los sujetos y de los estudios que se centran en ellos ignorando las condiciones concretas en que se desarrolla su existencia.

El complejo HIV/sida, es un problema de salud de todos, que no se puede separar de los comportamientos individuales y colectivos, influidos por numerosos factores sociales y culturales, ligados especialmente a la discriminación social, a la falta de respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas, a la diversidad de prácticas de sexualidad.

En la actualidad el VIH/sida se caracteriza por ser más joven y más femenino. A partir de los años 90, se origina un cambio de patrón de la vía de transmisión, dando como resultado que la población más sensible sea la sexualmente activa y principalmente la población heterosexual. La vulnerabilidad de la mujer ante esta situación se acentúa cada día más. Se ha reconocido que la transmisión madre-hijo (transmisión vertical), es el modo de adquirir el VIH en la totalidad de los niños que se atiende por dicha enfermedad.

La mujer embarazada, al informarle de su enfermedad se aísla, tiene temor a lo que le puede pasar, esta situación se agudiza cuando son solteras o madres a cargo de un hogar. Es necesario visualizar aspectos relacionados a la cuestión familiar, teniendo en cuenta el impacto que genera la enfermedad sobre ella y sus vínculos.

La intervención se desarrolla en diferentes niveles a pacientes y familias, a fin de reconstruir la historia familiar y los procesos que condujeron a la pérdida o deterioro de soportes relacionales, esta construcción del objeto de intervención desde el campo problemático se toma como eje orientador de la

práctica profesional del concepto de derechos humanos, derecho a la vida, a la inserción, a no ser discriminado.

En cada intervención se articulan las tres dimensiones de la profesión (asistencia, organización, educación) favoreciendo al acceso de la población a los recursos, al saber sobre ella misma y al poder de decisión.

En el transcurso de la práctica, en todo el proceso, el Trabajador Social se ve enfrentado a una realidad dinámica de los escenarios de intervención: - accesibilidad al sistema de atención, -adherencia y continuidad al tratamiento,- enfermedad y embarazo,-VIH/sida y la fuerte carga de estigma y culpa,-vinculo madre-hijo y su impacto, -la importancia de los lazos sociales, de la familia y la referencia de sus pares.

CONCLUSIÓN:

Consideramos, que si el Programa Provincial de VIH, se lleva adelante como lo determina el equipo de salud, con el acompañamiento y orientación fundamental del Trabajador Social, con el apoyo de los familiares de la mamá embarazada y con la motivación de la misma, arroja los resultados esperados: el bebé nace y luego, con los medicamentos específicos, el bebé es inmunizado del retrovirus.

Creemos que es fundamental reivindicar el ámbito del diálogo con las familias, la posibilidad de vehiculizar la información, tomándolo como un elemento integrador para la toma de decisiones libres y autónomas de las personas que lo integran, fortaleciendo la adherencia, atenuando el estigma social que rodea al VIH evitando que el tema se guarde en el silencio dentro de la familia, para profundizar así los lazos familiares.

En relación a los objetivos planteados creemos que la demanda que ingresa al Servicio Social (específicamente en relación a este Programa) es atendida en su totalidad. Solo que es verdad, que la falta de recurso humano, impide un seguimiento de los casos, luego del nacimiento del el bebé.

El propósito de este trabajo es poder transmitir el importante aporte que brinda nuestra disciplina al campo de la salud Materno Infantil y en especial a esta enfermedad crónica.

Verificamos en la práctica una tendencia a la fragmentación, superposición de criterios, un escaso aprovechamiento de los recursos disponibles y voluntarismo. Es clave profundizar esta compleja enfermedad para resignificar las prácticas institucionales, mejorando la articulación y coordinación de las diferentes disciplinas que integran el equipo de salud, logrando intervenciones sistemáticas, preventivas e integradoras que favorezcan la reducción de la transmisión vertical y la calidad de vida de las familias viviendo con VIH/sida.

ANEXO

Programa de lucha contra los retrovirus del humano: VIH-SIDA y ETS

¿Qué es el programa provincial de VIH-Sida? ¿A quién está dirigido?

El Programa Provincial de Prevención de VIH-Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) se ocupa de reducir la incidencia del VIH/Sida y ETS y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/Sida. En materia de prevención está dirigido a toda la población bonaerense y se ocupa del control de la distribución de los medicamentos antirretrovirales (a cargo del Estado nacional) a las personas que conviven con esa enfermedad en territorio bonaerense y carecen de cobertura de obra social.

¿Qué cobertura brinda?

- Control de la distribución de medicamentos antirretrovirales
- Distribución de drogas para el tratamiento de infecciones oportunistas y otras ETS
- Cobertura del diagnóstico de la infección por el VIH y ETS
- Distribución del Programa de Asistencia Alimentaria para pacientes Inmunodeprimidos

- Acciones de promoción y prevención
- Distribución de insumos preservativos y gel lubricante para la adopción de prácticas sexuales más seguras.
- Reducción de la discriminación relacionada al VIH-Sida
- Fortalecimiento de asociaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la problemática.

¿Cómo se accede al programa?

En todos los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires y unidades sanitarias con trabajo en la temática, puede accederse a una atención integral del complejo del VIH-Sida y ETS, comprendiéndose: serología para VIH y ETS, diagnóstico, consejería, atención médica, tratamientos, seguimiento, entrega de insumos (PAAI-Preservativos- material de prevención y promoción).

Información básica sobre la enfermedad

El sida es una enfermedad infecciosa que ataca al sistema inmunológico. Sida significa Síndrome (un conjunto de síntomas) de Inmunodeficiencia (que ataca al sistema inmunológico) Adquirida (no es hereditaria, sino causada por un virus). Es provocado por el virus que VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

El HIV se encuentra en todos los líquidos orgánicos de la persona infectada: sangre, semen, saliva, lágrimas, leche, calostro, orina, secreciones vaginales y en el líquido preseminal. Pero sólo en la sangre, el líquido preseminal, el semen, fluidos vaginales y la leche materna presentan una concentración suficiente como para producir la transmisión. La provincia de Buenos Aires

concentra la mitad de la epidemia en el país con 4642 casos notificados de infecciones por VIH y 8859 casos Sida.

El 69 por ciento de los casos tuvieron como vía de transmisión las relaciones sexuales sin preservativo (en un 40 por ciento en parejas heterosexuales). Otras de las vías de transmisión del virus son la sanguínea, mayormente por el uso de drogas intravenosas, y la que se da de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA:

* Antonio Sandoval Avila. Propuesta metodología para Sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.2005.

* Pampliega de Quiroga, Ana. Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo. Ed. Cinco, Buenos Aires.

* Barg Liliana. Los vínculos familiares, reflexiones desde la práctica profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2003.

* Leticia Cáceres C. Beatriz Oblitas B. Lucila Parra P. La entrevista en trabajo social. Editorial espacio. 2004.

* Rozas Pagaza, Margarita. Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires. 1998.

- La intervención Profesional en relación con la cuestión social. Espacio editorial. Buenos Aires. 2001.

* Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales – UBA. Trabajo Social Hoy, Experiencias de Campo e Intervenciones Profesionales. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2002.

* Carballada, Barberena M. "Trabajo Social, Política Social y Social".Ed. Espacio. Buenos Aires.

* Berger P. y Luckman "La construcción Social de la Realidad". Cáp. N° 1 año 1994.

* Cirianni Maluca. Conferencias en las Jornadas Bonaerenses en técnicas en salud. Año 1997.

* Rolando Franco. Institucionalidad Social para la Superación de la pobreza y Promoción de la equidad. Ponencia año 1998.

* Eroles Carlos. Trabajo Social y Familia. Editorial Espacio. Año 2003.

* Cahn Pedro, citado en komblit Ana Lía: El Sida entre nosotros. Ed. Corregidor. Buenos Aires. Año 1997.

* Documento del programa provincial de VIH/SIDA/ETS de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de salud, subsecretaria de coordinación y atención de la salud. Año 2005.

* Ficha del servicio social del hospital materno infantil. Trabajo social en el campo de salud pública. Mar del Plata. Año 2005

* Castañeda. La salud y sus determinantes. Dto. de salud publica. Apunte de Cátedra. Noviembre de 2003

* Castellano Beatriz. La intervención de redes naturales, "Modelo Clínico" en Dicarlo y Equipo "La Perspectiva de Redes Naturales" un modelo de trabajo para el Servicio Social". Ed. humanitas. 1998

* La salud y los Determinantes del proceso salud enfermedad." pobreza y condiciones de vida." Postgrado de Salud Social y Comunitarias"

* Estela Grassi. Políticas y Problemas sociales en la Sociedad Neoliberal. La otra década infame (1). Buenos Aires. Ed Espacio. Año 2003

* María Eugenia Hermida. Ficha de cátedra de Supervisión en Servicio Social. El Trabajo Social y la Salud/ Enfermedad. Año 2005