

2010

Aspectos que movilizan a las personas con diagnóstico de hiv a la elección del centro de atención de la salud

Landivar, Ana Clara

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/497>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

SS
Inv. 4055



TESTIS DE GRADO

Alumna: Landivar Ana Clara
Directora: Lic. Re María Gabriela
Codirectora: Lic. Álvarez María Cristina

Año 2010

< TÍTULO:



"Aspectos que movilizan a las personas con diagnóstico de hiv a la elección del centro de atención de la salud".

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
4055	/
ol	Copias: 1
rsidad N	al de Mar del Plata

26 SEP 2012

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia que me acompañó en este proceso de formación, por brindarme contención y entusiasmo a lo largo de estos años de aprendizaje y que hoy llega a su fin, para dar paso a lo que viene que espero sea el crecimiento como profesional. A mis amigas con quienes comparto ideas, sueños, aspiraciones, y están incondicionalmente en las buenas como en las malas. A todos aquellos que supieron comprender cuando no podía asistir a un evento porque debía estudiar, que ayudaron a aliviar la tristeza cuando me iba mal en un examen, que demostraron alegría y me llenaron de palabras de elogio en los éxitos y aciertos. A todos ellos, muchas gracias.

Quiero dar un especial agradecimiento a las profesionales que guiaron el trabajo:

- A la directora Lic. Re María Gabriela, por su amplio conocimiento y experiencia en la temática, que permitió profundizar los aspectos prácticos de este trabajo.
- A la Codirectora Lic. Álvarez María Cristina, por su apoyo brindando material de estudio y referencia, y su experiencia como docente facilitó los aspectos teóricos y metodológicos del trabajo.
A las dos por la dedicación, predisposición y paciencia que me brindaron durante este proceso.
- A los pacientes que colaboraron desinteresadamente, por medio de las entrevistas, brindando su tiempo y experiencias de vida.

Contenido

FUNDAMENTACIÓN.....	7
OBJETIVOS GENERALES.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	10
CAPITULO I: CONCEPTOS RELATIVOS A LA SALUD.....	11
BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN.....	11
<i>Conceptualización Mágica</i>	11
<i>Conceptualización Religiosa</i>	12
<i>Conceptualización Médica</i>	12
EL PROCESO DE SALUD/ ENFERMEDAD/ ATENCIÓN EN LA ACTUALIDAD	14
ASPECTOS CENTRALES DEL CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA, Y SUS FUNCIONES	15
BREVE RESEÑA DEL SURGIMIENTO DE LA IDEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	16
DEFINIENDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	17
CAPITULO II: APROXIMACION AL CONCEPTO DE POLÍTICA, POLITICA PÚBLICA, DE SALUD Y SISTEMA DE SALUD ACTUAL.....	19
DEFINICIÓN DE POLÍTICA, PÚBLICA Y DE SALUD.....	19
SISTEMA DE SALUD ACTUAL.....	20
CAPITULO III: GENERALIDADES SOBRE EL HIV/SIDA.....	23
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL VIH/SIDA	23
¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SIDA?.....	24
CARACTERÍSTICAS DEL VIH/SIDA.....	26
<i>Mecanismos de Transmisión</i>	27
<i>Formas de detección y tratamiento de la infección de hiv/sida</i>	28
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA A NIVEL MUNDIAL EN EL SIGLO XXI	32
SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH/SIDA EN LA ARGENTINA.....	33
LEGISLACIÓN VIGENTE EN LA ARGENTINA.....	34
CAPITULO IV: CONCEPTOS EN RELACIÓN A LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL	36
LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL	36
UNA MIRADA DENTRO DEL CAMPO DE LA SALUD DESDE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	38
LA ENFERMEDAD CRÓNICA, Y EL CONCEPTO DE PACIENTE EN LA INTERVENCIÓN	41

<i>Enfermedad crónica</i>	41
<i>Concepto de paciente</i>	43
CAPITULO V: REPRESENTACIONES SOCIALES	45
BREVE DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO DE REPRESENTACIONES SOCIALES	45
CONSTRUCCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	46
<i>El fondo cultural</i>	46
<i>La objetivación</i>	47
<i>El proceso de Anclaje</i>	49
CAPITULO VI: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO VIH/SIDA	51
SEGUNDA PARTE: MARCO CONTEXTUAL	53
CAPITULO VII: CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIH/SIDA, REGIÓN SANITARIA VIII Y HOSPITAL INTERZONAL “DR. OSCAR ALENDE”	54
BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL Y PROVINCIAL DE VIH/SIDA.....	54
CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. OSCAR ALENDE”	59
<i>El Servicio Social</i>	60
<i>Objetivos Específicos del Servicio Social</i>	61
<i>Servicios cubiertos</i>	61
<i>Programas</i>	61
<i>Características, funciones y desempeño del Servicio de Infectología</i>	62
<i>El trabajador social intenta dentro del Servicio de Infectología</i>	64
TERCERA PARTE: MARCO METODOLÓGICO	66
CAPITULO VII: ASPECTOS METODOLOGICOS	67
FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.....	67
<i>Universo de Estudio</i>	68
<i>Unidad de Análisis</i>	68
<i>Técnicas de recolección de datos</i>	68
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	69
A. <i>Características de la población objetivo</i>	71
B. <i>Recursos de las localidades de procedencia de la población objetivo</i>	73
C. <i>Criterios para la elección del centro de atención</i>	76
D. <i>Representación Social del portador de VIH/SIDA</i>	80
E. <i>Tratamientos asignados y niveles de cumplimiento al mismo</i>	87
CUARTA PARTE: CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS	92
CONCLUSIÓN	93

PROPUESTA	98
BIBLIOGRAFÍA.....	100
ANEXO.....	103
INSTRUMENTO UTILIZADO PARA EL DESARROLLO DE LAS ENTREVISTAS A LOS PACIENTES.....	103
LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798	105

Introducción

El siguiente trabajo exploratorio-descriptivo surge de la práctica institucional de pre-grado en el campo de salud, en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" (HIGA¹). La misma se realizó en el Servicio de Infectología, en el periodo de Abril - Diciembre 2008.

La práctica de pre-grado se enmarca en los lineamientos establecidos por la cátedra de Supervisión de la Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

A continuación se detallan las distintas partes que organizan el trabajo:

La *primera parte*, presenta distintos aspectos teóricos que permiten fundamentar la complejidad de la situación a investigar. Para poder alcanzar este momento se realizó una intensa lectura y selección bibliográfica acorde a los objetivos establecidos.

El marco contextual, se ve reflejado en la *segunda parte* del trabajo en donde se profundiza sobre el contexto en el cual se desarrolla el objeto de estudio, para alcanzar una mejor comprensión del mismo.

En la *tercera parte*, se detallan las diferentes instancias metodológicas que se llevaron a cabo para el logro de los objetivos formulados: fundamentación sobre la elección de la metodología de trabajo, trabajo de campo, análisis de los datos.

Por último, se exponen las conclusiones a las que se han arribado y una propuesta inherente a las necesidades de la población que se atiende en el Servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende".

¹ De aquí en adelante cuando se haga referencia al Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" se mencionará HIGA.

Fundamentación

El presente trabajo surge a través de la concurrencia al Servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende", en el período de Abril-Diciembre del 2008.

En la práctica de pre grado, a través del trabajo cotidiano en el Servicio de Infectología se observó, que el mismo presenta un 12 por ciento de población que pertenece a localidades de la zona de influencia de La Región Sanitaria VIII entre las cuales se encuentran Ayacucho, Balcarce, General Madariaga, General Alvarado, General Lavalle, Maipú, Lobería, Pinamar, Tandil, Partido de Mar Chiquita, Villa Gesell y Partido de La Costa en General.

Este porcentaje resulta significativo, ya que en algunas de estas localidades la población cuenta con Servicio de Infectología y un equipo de trabajo especializado en dicha temática.

Es a raíz de esta observación, que surgió como inquietud indagar los motivos por los cuales personas con diagnóstico de vih, que residen distantes geográficamente de la ciudad de Mar del Plata, y que teniendo centros de atención en su lugar de origen, eligen el HIGA como centro de atención para recibir su tratamiento.

Es por esto que se decidió profundizar sobre la elección del centro de atención de la salud que realizan las personas con vih, porque deciden atenderse en un determinado lugar, siendo que a veces las elecciones del paciente presentan mayores obstáculos e inconvenientes que beneficios en el desempeño de su vida cotidiana, viéndose afectado el tratamiento del paciente.

Suele ocurrir que la persona cuando elige el centro de atención no evalúa que no va a poder sostener el tratamiento por los costos que implica la concurrencia a los seguimientos que la patología impone, el paciente debe organizar el traslado a otra ciudad, donde muchas veces la persona no cuenta con el dinero para los pasajes, la estadía y así mismo la alimentación diaria.

Al mismo tiempo, se decidió indagar sobre la representación social que atraviesa la subjetividad de los pacientes que pertenecen a este porcentaje significativo de la población. Sabemos que a lo largo de la historia la aparición del vih se asocio a distintas prácticas y/o conductas, que hacen a la representación social de la enfermedad.

Estas representaciones sociales que existen, en su mayoría negativas, hacen difícil la adopción de estrategias de cuidado de la salud, relegando a las personas con vih a un rol pasivo a la hora de mejorar su calidad de vida.

A raíz de esto surge como interrogante, ¿Qué ocurre en las localidades pequeñas con esta representación social?, ¿esta representación social afecta a los portadores de vih a realizar sus tratamientos fuera de la localidad de origen?, ¿impide llevar a cabo los controles necesarios?, ¿todo esto genera falta de adherencia al tratamiento y dificultades para establecer relaciones sociales?

Estos son los supuestos que considero como causales para que estas personas con diagnóstico de vih, que viven en localidades pequeñas decidan atenderse fuera de su lugar de residencia, debido a que les resulta más difícil vivir con esta "enfermedad social" que con las manifestaciones clínicas de la infección por el vih.

Es por lo dicho que manifiesto que la elección del centro de atención de la salud va a estar mediada por la representación social que tiene la enfermedad y esta representación social va a impactar en la adopción de conductas saludables.

A partir de los resultados del presente trabajo, tengo como propósito brindar una propuesta inherente a las necesidades de la población que se atiende en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende".

Para llevar a cabo el trabajo se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivos Generales

- Indagar los motivos por los cuales personas con diagnóstico de HIV que residen distante geográficamente a la ciudad de Mar del Plata deciden atenderse en el Servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos de dicha ciudad.
- Observar la relación entre “representación social y adherencia al tratamiento” de las personas con HIV que residen en zonas aledañas y reciben tratamiento en el Servicio de Infectología del HIGA.

Objetivos Específicos

- Analizar las características personales de los pacientes con HIV que concurren al Servicio de Infectología del HIGA en el período de Abril-Diciembre del 2008.
- Analizar las características y recursos existentes de las zonas de procedencia de la población objetivo.
- Conocer la representación social que la población objetivo tiene sobre la enfermedad.
- Indagar sobre la existencia de criterios para la elección del centro de atención.
- Determinar el tratamiento asignado y los niveles de cumplimiento al mismo.



PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

CAPITULO I: CONCEPTOS RELATIVOS A LA SALUD

Breve recorrido histórico de la evolución del proceso Salud/Enfermedad/Atención

Antes de definir el concepto del proceso salud/enfermedad/atención que se maneja actualmente, es conveniente hacer una revisión rápida a las tendencias históricas que ha enfrentado el problema de la conceptualización. La forma como el ser humano pudo ir construyendo los conceptos necesarios para entender o para explicarse la salud, la enfermedad y la atención.

En los párrafos posteriores se abordara brevemente el proceso de salud/enfermedad/atención durante las etapas primitivas del pensamiento mágico, pensamiento religioso y algunos momentos de gran influencia del pensamiento médico.

Conceptualización Mágica

Este periodo de la evolución del concepto de salud se asocia con una etapa primitiva del pensamiento humano, el pensamiento mágico, como la principal herramienta explicativa de la realidad, de las alteraciones del funcionamiento del cuerpo.

Así se denomina como concepto de salud imperante en esta primera etapa al concepto mágico, el hombre acudía a la magia para explicarse la realidad de su entorno, con ella buscaba, así mismo, dominar los fenómenos de la naturaleza para su beneficio y seguridad.

Es en este momento cuando el hombre considera que esos estados de alteración o "enfermedad", de causa no reconocible, provienen de la acción de otras fuerzas de la naturaleza cuyos espíritus compiten con él, agrediéndolo y causándole daño, por esto necesita crear mecanismos que le permitan contrarrestar esas fuerzas malignas o invocar, en su apoyo, otras que le sean favorables, lo hace generalmente mediante procedimientos también mágicos que en cada cultura adoptan símbolos y rituales propios y específicos, muy característicos de cada una.

Entre los personajes mágicos surgen los médicos brujos, quienes se encargaban de la atención, conocidos genéricamente como shamanes. Estos además de cumplir funciones de liderazgo social y espiritual en sus comunidades, se convirtieron en especialistas en la conducción de rituales de sanación o curación, enfrentando sus poderes con aquellos de las fuerzas de la naturaleza causantes del mal y la enfermedad.

Conceptualización Religiosa

En un periodo posterior, aparece la religión, otra forma de pensamiento superior, sobrenatural, creador, tan poderoso que puede dominar a todas las fuerzas de la naturaleza, especialmente la vida del ser humano y todas sus relaciones cósmicas, sociales y las propias de su medio interno.

Los dioses castigan o recompensan de acuerdo al código ético que cada sociedad instituye para su control interno.

En ese contexto de conceptualización religiosa la situación alterada, o "enfermedad", tiene causalidad divina y la morbilidad es percibida por el hombre como castigo o fruto de la ira de los dioses.

En muchas culturas surgieron incluso los dioses médicos que se ocuparon específicamente del problema de la enfermedad física o mental, motivo por el cual crearon templos especiales a donde acudían los enfermos en búsqueda de sus favores, dando origen a la aparición de los primeros lugares sagrados destinados a los rituales de sanación, donde se reunían millares de personas afectadas por algún mal para ser curados. Fueron los inicios de la institucionalización de los enfermos, los hospitales y de las casas de curación.

Conceptualización Médica

Es preciso tener en cuenta que durante las formas de conceptualizar la salud anteriormente expuesta, también se fue conformando un sistema médico, que poco a poco fue ganando su espacio de poder dentro de la sociedad.

Desde la antigüedad los médicos y sacerdotes de diversas culturas aprendieron a curar y prevenir ciertos procesos patológicos, cada vez con mayor eficiencia, generando y acumulando conocimientos curativos a partir de

la experiencia. Debido a esto aumentó su aceptación entre la colectividad y la demanda de sus servicios los fue acercando, al espacio político del poder, - atendieron a reyes y gobernantes- con lo cual se fueron legitimando poco a poco las características y contenidos de su quehacer ante la sociedad civil.

Dicha legitimación permitió también el florecimiento de escuelas y academias médicas, en donde fue posible cultivar ese conocimiento y acrecentarlo en sus técnicas y procedimientos, apoyándose en otras disciplinas como la filosofía, la física, la química, las matemáticas, la biología y muchas otras disciplinas científicas que comenzaron a surgir.

El desenvolvimiento del saber médico fue tomando como eje de su objeto de conocimiento al cuerpo humano, su funcionamiento y las alteraciones anatómicas y fisiológicas que pudieran explicar las enfermedades, y poco a poco fue construyéndose una tendencia muy marcada hacia lo orgánico, - biológico- como única fuente de explicación del fenómeno patológico.

Sin embargo, el problema de la salud del hombre no puede reducirse a un análisis simplista. La biología ve solo algunos aspectos del proceso, y para configurar una observación integral, total, compleja y dialéctica del proceso salud/enfermedad/atención, es necesario que confluyan todos los órdenes del saber: el biológico, el psicológico y el socio-cultural.

Posterior a esta conceptualización el discurso médico añade el concepto de medio ambiente, entonces a partir de esta incorporación, se habla de *"(...) tres factores en equilibrio ecológico, el agresor, el huésped colonizado y el medio ambiente que contendría a ambos que, mientras mantuviera a sus tres componentes en estado de equilibrio garantizaría el estado natural de salud. En tanto que un desbalance daría origen a la enfermedad (...)"*²

Así vemos como el termino ecología es introducido a la biología, pero con varias limitaciones, ya que lo social y lo psíquico quedan excluidos en el análisis.

² Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios "Salud y Sociedad", Ministerio de Salud de la Nación. Unidad I: "El proceso salud-enfermedad". Pág. 31

Cabe señalar que no se pone en duda que los avances de la biología no sean válidos y útiles, pero sí se considera que son insuficientes para interpretar las necesidades del hombre actual. Es por esto que se cree necesario generar otro espacio que trascienda al del orden médico, para interpretar desde una teoría social, los complejos procesos sociales de la salud/enfermedad/atención.

El proceso de Salud/ Enfermedad/ Atención en la actualidad

En la breve descripción realizada anteriormente se observa la evolución histórica del proceso salud/enfermedad/atención.

Entonces, *"(...) en el transcurso del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones sobre salud:*

1. *Ocurre en la primera mitad, cuando la medicina se subordina a la biología.*
2. *El otro corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces, la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales (...).³*

En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio.

Para definir este proceso se toman las palabras de Eduardo Menéndez quien define al proceso salud/enfermedad/atención *"(...) desde una perspectiva relacional, que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio-cultural no es homogéneo, sino que en el mismo se constituyen relaciones de hegemonía/ subordinación y operan procesos que favorecen la cohesión-integración. Todos los sujetos/actores y conjuntos sociales realizan frente a los padecimientos diferentes estrategias que incluyen significaciones y*

³ Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios "Salud y Sociedad", Ministerio de Salud de la Nación. Unidad II: "Hacia un Re-conceptualización de la salud". Pág. 35

prácticas producto de las representaciones socio-culturales de su grupo, e incluyen también las experiencias particulares de los sujetos/ actores(...).⁴

Entonces vemos cómo la salud está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo, es un proceso histórico-social y la enfermedad hoy no puede ser leída desde una perspectiva unicausal, es necesario entenderla en el área de la comunidad, y desde las clases sociales que la integran, vinculándola al proceso histórico donde se producen sus determinantes.

Es por esto que se concibe a la salud/enfermedad/atención como un complejo proceso que no puede entenderse aislado de la cultura, y depende de las definiciones que cada individuo tenga sobre su padecimiento. “(...) *No es primordialmente “individual-subjetiva-contingente”, ni es primordialmente “colectiva-objetiva-determinante”, es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente (...).*”⁵

Aspectos centrales del concepto de Salud Pública, y sus funciones

Para alcanzar los objetivos metodológicos de la presente tesis, es necesario profundizar en el concepto de salud pública.

La misma tiene como objetivo central la salud de las poblaciones, se preocupa por los fenómenos de salud desde una perspectiva colectiva.

Dentro de las funciones esenciales de ésta, se pueden destacar las siguientes: seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, vigilancia y control de brotes epidemiológicos, promoción de la salud, participación de los ciudadanos en la misma, desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación en materia de salud pública (objetivos, desarrollo, seguimiento y evaluación de decisiones políticas).

⁴ Eduardo Menéndez: *Salud e Interculturalidad en América Latina. “Antropología de la Salud y Crítica Intercultural”* Editorial Abya-Yala.

⁵ Breih, Jaime (2002): “Introducción”. En: *“Epidemiología Crítica”. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad.* Editorial Lugar. Pág. 51.

Apunta a “(...)evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico precoz y preventivo de las enfermedades(...)”.⁶

En cuanto a quienes son responsables de dicha tarea se establece que es una función ejercida por la sociedad en general, necesita de la participación organizada de la comunidad en el cuidado de su propia salud, siendo el Estado el responsable de garantizarla como un derecho ciudadano.

Es por esto, que se entiende a la salud pública como un derecho el cual significa “(...) la garantía del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad (...)”.⁷

Breve reseña del surgimiento de la idea de Promoción de la Salud

El concepto moderno de promoción de la salud así como su práctica, surge y se desarrolla de forma más intensa en los últimos 20 años, en los países desarrollados, particularmente en Canadá, en los Estados Unidos y en los países de Europa Occidental. Tres importantes conferencias internacionales sobre el tema, realizadas entre 1986 y 1991, en Ottawa, Adelaide y Sundsval, establecieron las bases conceptuales y políticas contemporáneas de la promoción de la salud.

Aunque el término haya sido inicialmente usado para caracterizar “un nivel de atención” de la medicina preventiva, a lo largo del tiempo se ha ido modificando su significado, pasando a representar un enfoque político y técnico entorno del proceso salud/enfermedad/atención.

⁶ Dina Czeresnia. Carlos Machado de Freitas. *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias.* Editorial: Lugar. Pág. 21.

⁷ Ob. Cit., Nota 6, Pág. 55.

Tal hecho es consecuencia de la visión de que la salud tiene determinaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias que la herencia genética, la biología humana y los factores ambientales más inmediatos.

Definiendo la Promoción de la Salud

Este término está asociado a un "conjunto de valores": vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros.

Cuando se hace referencia a este concepto es necesario combinar distintos escenarios, ya que la promoción de la salud es una composición de estrategias entre las acciones del estado, como por ejemplo las políticas públicas saludables, las acciones que realiza la comunidad y los individuos por medio del desarrollo de habilidades personales, la reorientación de sistema de salud y de asociaciones intersectoriales.

Entonces, teniendo en cuenta estos distintos escenarios se entiende por promoción de la salud al *"(...) esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore su salud personal (...)".*⁸

La promoción de la salud consiste en las actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de los individuos, apuntando hacia sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias y, por encima de todo, en el ambiente de las "culturas" de la comunidad en la que se encuentran.

Tiene en cuenta determinantes generales sobre las condiciones de salud, como por ejemplo: un patrón adecuado de alimentación y nutrición, la atención de las necesidades para el óptimo desarrollo de la personalidad, incluyendo la orientación y educación adecuadas de los padres en actividades individuales y grupos, educación sexual, ámbitos de residencia apropiada, bienestar y condiciones apropiadas en el trabajo y el hogar.

⁸ Ob. Cit. Nota 6. Pág. 21.

En la Carta de Ottawa (1986), se define a la promoción de la salud como “(...) *el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso, reforzándose la responsabilidad y los derechos de los individuos y de la comunidad por su propia salud (...)*”.⁹

La promoción de la salud apunta a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a todas las personas realizar por completo su potencial de salud. Se trata de promocionar la autonomía y la capacidad funcional de las personas.

Los individuos y las colectividades deben tener la oportunidad de conocer y controlar los factores determinantes de salud, ambientes favorecedores, acceso a la información, habilidades para vivir mejor, así como oportunidades para realizar las elecciones más saludables.

Es importante destacar que los requisitos y expectativas para la salud no son asegurados exclusivamente por este sector, lo que demanda una acción coordinada entre varias partes implicadas, tales como: gobierno, sector salud, organizaciones de voluntariado y no gubernamentales, autoridades locales, medios de comunicación. Los profesionales y grupos sociales, así como el personal de sanidad tienen la responsabilidad de mediar entre los diferentes intereses, en relación con la salud, existentes en la sociedad.

Es por esto que a continuación se presentan cinco campos centrales de acción que propone la carta de Ottawa, que se consideran necesarios para alcanzar una acción coordinada y así la promoción de la salud:

1. Desarrollar políticas saludables.
2. Reforzar la acción comunitaria.
3. Desarrollar las habilidades personales.
4. Hacer fáciles las elecciones sanas, creando ambientes que las favorezcan.
5. Reorientar los servicios de salud.

⁹ Ob. Cit. Nota 6 Pág.31.

CAPITULO II: APROXIMACION AL CONCEPTO DE POLÍTICA, POLITICA PÚBLICA, DE SALUD Y SISTEMA DE SALUD ACTUAL

Definición de Política, Pública y de Salud

Antes de profundizar en el concepto de Políticas Pública y de Salud, es necesario definir qué se entiende por política, entendiendo a esta como *"(...) una herramienta para la toma de decisiones que permiten la organización de una comunidad haciendo viable la convivencia armónica entre sus integrantes (...)"*.¹⁰

Se estructura en el ámbito de los intereses, transacciones, conflictos y acuerdos entre las diferentes formas de organización de la esfera pública, cuyo actor principal es el Estado y la esfera de los intereses y demandas de la sociedad.

La política pública es el resultado de la puja entre corporaciones y la administración del Estado. Es un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del estado en relación a una cuestión que requiere la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil.

Por lo tanto la política está destinada a construir sociedad, construir una sociedad democráticamente justa.

Las características particulares del bien a proteger, en este caso la salud, requieren de una activa participación del Estado para establecer normas de equidad en la distribución y el acceso. El papel del Estado resulta entonces primordial en la protección de un derecho como la salud.

Todos los países tienen una agencia nacional de salud (ministerios, secretaria, etc.), cuya responsabilidad esencial es la de trazar los grandes lineamientos de la política sanitaria, en términos de prevención de las enfermedades, planeamiento y formación de recursos humanos, condiciones de gestión de los

10 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Médicos Comunitarios"; "Políticas de Salud". Pág. 25

establecimientos de salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos y productos farmacéuticos.

Formular políticas es establecer prioridades, e involucra la definición del rol del Estado en la Salud. A partir de ella, la salud alcanza el status de cuestión pública, de un problema de Estado, definiendo derechos y deberes. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos.

En principio, las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas tales como: la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, que entre otras, son el insumo de proposiciones políticas.

Así, la política de salud es el resultado de una gran variedad de factores. Por un lado es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la salud. Por otro, del surgimiento de tecnologías, pero fundamentalmente del balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales de la sociedad, como los son los de equidad y solidaridad.

Sistema de Salud Actual

El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

El término sistema de salud hace mención a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica.

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuestas a los problemas de salud de la población. El sistema es el resultado de la articulación de tres componentes:

El político, es el cual define las prioridades de los valores que guían las actividades del estado en salud. Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, algunos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, mientras otros lo hacen por la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos.

La dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe

proveer directamente el estado, y cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado, y, por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

El segundo componente es el *económico*, que define cuánto debe gastar en salud un país, de dónde provienen los recursos, cómo se asignan los recursos. Junto a estos aspectos hay variables que también entran en juego como son, los niveles de salud de la población, los modelos de sistemas de salud y el tamaño de la economía.

Los cambios en la economía llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud.

Por último el componente técnico define que tipos de acciones y servicios se debe prestar a la población, a quién se cubrirá con ellos, con qué criterios se prestarán y dónde. Las cuestiones involucradas son: qué tipos de acciones, prestaciones o servicios se deben brindar, estableciendo criterios de elegibilidad o inclusión dentro del sistema, y por último dónde prestar, en que lugares, de qué manera difundir la oferta, que criterios de referencia y contratransferencia adoptar.

El Sistema de Salud Argentino se caracteriza por una fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: público, de la seguridad social, privado. Esta fragmentación se expresa en distintas fuentes y volúmenes de financiamiento, diferentes coberturas, coseguros, regímenes y órganos de control y fiscalización.

Además continua, la fragmentación hacia adentro de cada uno de los subsectores:

- El subsector público está fragmentado en tres niveles: Nacional, Provincial y Municipal. Quedando sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones.
- El subsector de la seguridad social presenta cuatro universos diferentes: obras sociales nacionales, obras sociales provinciales, obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial.

- Por último, el subsector privado, que, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), se halla expresado en numerosas entidades.

El sistema de salud es la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, y además, para darles sustento a la equidad y la justicia social. Es también el mejor y más rápido redistribuidor social dentro de las políticas de Estado.

Es importante para un país invertir en salud, ya que la salud es un motor fundamental en el crecimiento económico de las naciones, creando un capital social o capital sanitario que es impulsor del desarrollo de las sociedades.

CAPITULO III: GENERALIDADES SOBRE EL HIV/SIDA

Antecedentes históricos del vih/sida

La presencia del Virus de La Inmuno Deficiencia Humana (VIH) se remonta al año 1959 en Zaire, evidenciándose en la década de los setenta, en el resto del continente africano, como una epidemia "*silente*", es decir, que las personas portadoras del mismo no manifestaban síntomas propios de la enfermedad como tal.

Hacia fines de la década de los setenta y principio de los ochenta, un extraño tipo de cáncer denominado "*Sarcoma de Kaposi*", y una serie de infecciones que se presentaban solamente en personas con defensas orgánicas debilitadas, comenzaron a manifestarse, y ser observadas por especialistas sin que existiera razón evidente para que aparecieran.

En 1981 se publicó la primera noticia sobre el SIDA como enfermedad, por los Centros de Clasificación de Enfermedades de Atlanta. Los primeros informes se referían a trastornos severos y rápidamente mortales de la inmunidad celular que afectaban a varones jóvenes homosexuales con un amplio historial de enfermedades sexualmente transmisibles, los casos detectados presentaban características comunes que hacen pensar en la aparición de una enfermedad nueva, hasta entonces desconocida por la ciencia y cuyo comienzo se manifiesta en los Estados Unidos a fines de 1980.

La denominación de los primeros cuadros clínicos recibía el nombre de "*GRIP*" que significaba, "Deficiencia Inmunitaria Relacionada con La Homosexualidad". Sin embargo este nombre dejó de ser apropiado, ya que en abril de 1982 se describieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contacto homosexual, en personas adictas a drogas intravenosas, en politransfundidos y en mujeres parejas sexuales de los enfermos.

La característica principal de este tipo de infección era la extrema gravedad de su presentación, evolución clínica y el hecho de que el sistema inmunitario

responsable de luchar contra las infecciones, parecía no cumplir con su función de defensa del organismo. La presencia de varios síntomas y signos manifestados a través de la deficiencia grave de respuesta del sistema inmunitario, adquiridos a lo largo de la vida de las personas, recibió el nombre de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA.

¿De qué hablamos cuando hablamos de sida?

El término "*SIDA*" se aplica a una variedad de situaciones clínicas y epidemiológicas que ponen en riesgo la vida humana.

SIDA es la abreviatura de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida:

S-de Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que existen a un mismo tiempo y definen clínicamente una enfermedad determinada, es una enfermedad denominada síndrome, ya que al producirse la paulatina destrucción de nuestro sistema inmunológico, microorganismos que generalmente habitan nuestro cuerpo sin causarnos daño o causándonos un daño mínimo, se tornan altamente peligrosos. Se diseminan y agreden nuestro organismo, originando así, una variada gama de enfermedades tales como cuadros de diarrea, neumonías atípicas, cánceres, tuberculosis, entre otras.

I-de Inmuno: Porque afecta al sistema inmunológico del cuerpo humano, nuestro sistema comienza a ser dañado por la replicación del virus del VIH, ya que, al dividirse dentro de unas de las células claves de nuestro sistema inmune, llamadas linfocitos T, al emigrar el virus de dicha célula causa su muerte.

Por otro lado, el virus se divide y destruye a los linfocitos T, la cantidad de virus en sangre comienza a aumentar y a estar disponible para seguir infectando células y seguir destruyéndolas. Es por ello que se llama *Inmuno deficiencia*, ya que produce una deficiencia en la acción del sistema de defensas, principalmente por la destrucción de linfocitos T, Conteo de Células T (CD 4).

D- de Deficiencia: Se refiere a que el sistema inmunológico no funcione correctamente.

A-de Adquirida: La enfermedad no se transmite genéticamente, sino que se contagia, es una afección que se contrae.

Esta palabra proviene del hecho de que existen enfermedades en los seres humanos causadas por errores en los genes, que producen situaciones de baja respuesta a las agresiones por microorganismos por parte de nuestro sistema de defensa, similares a las que produce el VIH, pero en este caso no son adquiridas sino que son errores del propio organismo.

Entonces, cuando el sistema inmune de una persona está dañado, está más propensa a enfermarse.

Características del vih/sida

El virus de La Inmuno Deficiencia Humana el "VIH" ha sido identificado como la causa primaria del SIDA. Existe un heterogéneo grupo de virus, que causan diversas enfermedades en las personas, como Polio, Herpes, Viruela, Hepatitis, Dengue, entre otras.

El causante del SIDA, pertenece a la familia de los retrovirus, se caracterizan por tener la capacidad de utilizar el organismo al que atacan para reproducirse a sí mismos.

Cuando el virus se encuentra en el organismo, penetra en los glóbulos blancos, una vez alojado en los linfocitos T4, el virus los convierte "*en una fábrica de más virus*", lo que facilita su multiplicación y por ende el linfocito se destruye.

La pérdida de glóbulos blancos en el cuerpo humano, ocasiona infecciones por gérmenes poco comunes en las personas.

El VIH pertenece a un grupo de virus denominados "*virus lentos*", esto se debe a que los síntomas de la enfermedad que la causan aparecen de una forma gradual y después de un largo período de incubación.

Para entender la complejidad de la enfermedad, debe considerarse que el portador del virus del VIH, es aquel individuo con una prueba confirmatoria o positiva de anticuerpos VIH.

El proceso de infección del VIH, en su evolución se separa en tres etapas:

- Período temprano o agudo: se corresponde a la infección con el virus (dura aproximadamente unas pocas semanas).
- Período de latencia: el virus se encuentra en el organismo sin manifestarse, permanece dormido dentro del mismo.

Este período incluye dos sub-etapa, el período de incubación y el período de ventana. Durante este tiempo las personas se sienten bien y saludables, desconociéndose la presencia del virus y de esta forma pueden contagiar a otras personas por medio de prácticas sexuales riesgosas u otras prácticas de riesgo. Esta etapa perdura de uno a tres años, es el período de aparición de

los primeros síntomas de la enfermedad, como la inflamación de los ganglios, resfríos, hongos, sudoración, diarrea, pérdida de peso, fiebre, etc.

- En la última etapa, el sistema inmune o de defensa no trabaja apropiadamente, ocasionando que las personas infectadas por el virus queden expuestas a enfermedades potencialmente mortales o infecciones oportunistas. En esta etapa se diagnóstica SIDA.

Analizando las etapas anteriormente mencionadas, se puede afirmar que durante el período inicial el nivel del VIH en la sangre aumenta rápidamente, una vez llegado a un punto máximo comienza a descender, paralelamente con el aumento de anticuerpos¹¹. A este período inicial le sigue el período intermedio o de latencia, en el que el nivel de anticuerpos se mantiene elevado mientras que el nivel de virus se mantiene bajo. Luego, en el período final, el de presentación de los síntomas del SIDA, el nivel de anticuerpos disminuye significativamente, apareciendo manifestaciones clínicas del SIDA.

Mecanismos de Transmisión

El virus del HIV se transmite de tres formas:

- **Transmisión sexual:** en las relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. El HIV está en la sangre de una persona infectada, en el semen de un hombre infectado y en las secreciones de la vagina de una mujer infectada.

Los contactos genitales, boca-órgano genital, pueden transmitir el HIV si hay cortes en cualquiera de las zonas.

- **Transmisión sanguínea:** en la actualidad, la transmisión por sangre es el principal modo de transmisión del SIDA. Las jeringas y agujas "contaminadas" que son compartidas pueden transmitir el virus.

Hoy en día, la transmisión del HIV por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es, prácticamente nula.

¹¹ Son aquellas sustancias producidas por el sistema inmunitario, que actúan contra los virus y otros microorganismos extraños en la sangre.

Desde el año 1987, existe la obligación de detectar anticuerpos anti-HIV en todas las muestras de sangre, y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas.

Las drogas intravenosas, son factores de riesgo de la infección de HIV. Es decir, el virus puede propagarse de una persona infectada a otra persona a través de las diminutas cantidades de sangre adheridas a la aguja.

- o *Transmisión madre e hijo durante la gestación:* Puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto. Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión; se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es seropositiva.

Formas de detección y tratamiento de la infección de hiv/sida

El test de HIV consta de un análisis de sangre, el cual es gratuito y en nuestro país se realiza en todo hospital público. El carácter del mismo es preventivo conociendo la condición del portador del virus del vih lo más temprano posible, mejora las perspectivas de vida de la persona.

El análisis que se realiza se llama "*Elisa*", es una prueba que permite detectar ciertos elementos, anticuerpos, que el cuerpo produce para contrarrestar la infección.

Según recomendación del profesional médico, el test se realiza a partir del tercer mes de que la persona ha estado expuesta al contagio de vih, se repite a los 6 meses, y en casos particulares el seguimiento puede perdurar más allá de los nueve meses.

Cuando un individuo presenta dos pruebas del test de "*ELISA*" positiva, se realiza la prueba confirmatoria de la presencia de anticuerpos contra el VIH "*Western Blot Inmuno electro transferencia*". Todo resultado positivo es confirmatorio de la presencia de anticuerpos.

Otra modalidad de prevención, es la *Terapia Antirretroviral* que se aplica luego de la sospecha de un posible contagio. Esta modalidad, es utilizada según el criterio del médico, teniendo como finalidad evitar que el virus se produzca dentro del organismo en la etapa inicial del contagio.

“(...) Cuando se habla de tratamiento se está haciendo referencia a la toma de medicamentos. Estos medicamentos se llaman antirretrovirales, es decir, medicamentos anti-VIH. Se toman “cocteles” que consisten en la combinación de drogas para inhibir mejor la producción de virus, al actuar en diferentes lugares del ciclo viral. De esta manera se disminuye la multiplicación del virus y se evita la resistencia a las drogas.

Actualmente se sabe que el tratamiento no cura, pero evita la aparición de enfermedades marcadoras, causadas por el deterioro del sistema inmunitario que provoca el virus.

El criterio actual es que mientras el sistema inmunitario se mantenga relativamente conservado, no es necesario comenzar a tomar la medicación antirretroviral. Para el inicio del tratamiento se deben tener en cuenta el estado clínico de la persona (si tiene síntomas o no), los resultados de laboratorio y la disposición que tienen para tomar la medicación”.¹²

Este tratamiento se inicia cuando las defensas o CD4 han disminuido (menos de 200) o cuando la carga viral se encuentra muy elevada (más de 100 000 copias por cc de sangre). Si estas pruebas no son posibles se debe tener en cuenta el avance de la infección y los síntomas clínicos que presente la persona (debe iniciarse tratamiento si la persona adquiere infecciones oportunistas asociadas al vih, aunque siempre es mejor evitar que esto suceda).

El objetivo de la terapia del vih es reducir el nivel del virus en la sangre a niveles tan bajos como sea posible, y por el mayor tiempo posible. Es esencial un diagnóstico fiel y un control para asegurar una buena dirección de la infección por vih.

El objetivo del tratamiento contra el vih es prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con vih/sida. Los fármacos actualmente disponibles consiguen estos objetivos reduciendo la cantidad de virus que circula en el organismo a niveles mínimos y por tiempos prolongados. A medida

¹² Manual de Prevención de VIH (2007) “Programa Provincial de Prevención de VIH-SIDA/ETS”.
Ministerio de la Provincia de Buenos Aires.

que la cantidad de virus disminuye, el sistema inmunológico tiende a recuperarse y así aumenta la cantidad de linfocitos CD4+.

En estos últimos años se han producido grandes avances en el campo de la terapia antirretroviral. La consecuencia ha sido una reducción en la progresión de la enfermedad, una mejoría en la supervivencia y una disminución en el número de infecciones oportunistas, así como de ingresos hospitalarios de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los conocimientos sobre mecanismos de resistencia sugieren que la persistencia de replicación en presencia de antirretrovirales lleva invariablemente a la selección de cepas resistentes. Tanto las terapias menos activas como el incorrecto cumplimiento del tratamiento crean las condiciones de presión selectiva que incrementa la posibilidad de aparición de mutantes resistentes.

Existen numerosos factores que pueden tener una influencia negativa en la consecución de los objetivos deseados, como el estadio clínico, la cepa viral infectante, la historia de tratamientos previos, la carga viral y problemas farmacocinéticos, pero entre ellos, cabe destacar por su importancia la adherencia incorrecta al tratamiento. La adherencia terapéutica constituye un potente predictor de respuesta. Por este papel trascendental se ha calificado a la falta de adherencia como el «talón de Aquiles» de la terapia antirretroviral.

La *Carga Viral* es un análisis de sangre que permite saber la cantidad de virus de vih que hay en el cuerpo (torrente sanguíneo).

Al medir la cantidad de virus que está circulando en la sangre en el momento de la extracción (se expresa en copias por mililitro de sangre), es una fotografía instantánea que nos habla cuanta libertad está teniendo el vih para multiplicarse en un organismo y nos permite deducir, con cierta certeza, que consecuencias traerá la mayor o menor cantidad de virus encontrado. Es variable en cada persona y depende del tiempo de evolución desde la infección, la presencia de otras infecciones, la presencia de reinfecciones por el vih (por ejemplo, si se mantienen relaciones con otra persona viviendo con vih

sin protección), características individuales de cada persona, administración de drogas antirretrovirales, etc.

El *Recuento de CD4* permite saber cuál es el estado del sistema inmunológico, es decir, cuantos linfocitos CD4 hay en el organismo y cuánto lo ha afectado la infección por vih. Estos análisis son importantes por varias cuestiones:

- Para saber si es necesario iniciar un tratamiento “ya”.
- Para controlar la evolución de la infección si no se está recibiendo tratamiento.
- Para evaluar si el tratamiento recibido está funcionando.

Descripción de la situación del vih/sida a nivel mundial en el Siglo XXI

En la actualidad, a escala mundial la epidemia de vih se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por SIDA son inaceptablemente altos. Se estima que en el mundo “(...) 33 millones de personas vivían con vih en el 2007, (...) 2,7 millones de personas fueron contagiadas y se registraron 2 millones de muertos por la enfermedad (...)”. De este total, el sexo femenino representa la mitad de las personas que viven con el vih. Durante los últimos 10 años, este porcentaje permanece estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones.

El continente Africano es una de las regiones, una de las más afectadas es África meridional, continúa desproporcionada de la carga mundial de vih, en el año 2007 “(...) el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esta subregión (...)”. “África subsahariana alberga un 67% de todas las personas que viven con el vih”.

Dentro de la población mundial, “(...) los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH (...)”.¹³

A nivel mundial, el número total de personas que vive con VIH ha aumentando de manera uniforme, esto se debe a las nuevas infecciones que ocurren cada año.

En cuanto al acceso del tratamiento antiretroviral ha mejorado de forma visible, es decir, no solo los países ricos de América del Norte y Europa Occidental tienen acceso a este tipo de tratamiento. El continente Latinoamericano, a pesar de las diferencias económicas, políticas, culturales, y sociales entre los distintos países que lo integran, ha podido acceder a la alta cobertura del tratamiento.

En países como Argentina, Brasil, Chile y Cuba, “(...) la cobertura del tratamiento supera el 75% (...)”; en cambio en los países más pobres de América Latina y El Caribe “(...) la cobertura es de menos del 25%(...)”.

¹³ Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Página web: www.onusida.org.ar

Entonces hoy en día, este parámetro marca ciertos patrones epidémicos en América Latina.

Los países afectados por el aumento de la epidemia presentan características en común, deterioro de los servicios públicos de salud, de los servicios sociales, elevada tasa de desempleo y, pobreza endémica. Lo que conlleva a que esta epidemia se extienda hacia la población más vulnerable (niños, jóvenes y mujeres), con escasos recursos socioeconómicos.

Situación actual del vih/sida en la Argentina

Hasta el año 1987 la epidemia afectaba a la población masculina, usuarios de drogas inyectables y hombres homosexuales; este año marca el comienzo de las primeras notificaciones de los casos de SIDA femeninos asociados inicialmente al uso de drogas inyectables y posteriormente comienzan a notificarse casos por transmisión a través de relaciones sexuales.

En su comienzo, "(...) *por cada mujer portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) había 30 hombres afectados (...)*".¹⁴

Según las estadísticas de la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación "(...) desde el comienzo de la epidemia en 1982 hasta el 31 de diciembre de 2007 se notificaron 67.245 personas infectadas con VIH (...)". De ellas, "(...) 35.572 han desarrollado en algún momento una enfermedad marcadora de sida. Se estima que muchas personas viven con el virus y todavía no conocen su situación serológica (...)".¹⁵

Es importante destacar las regiones de la Argentina con mayor cantidad de notificaciones y la evolución de las notificaciones más significativas por provincias.

Entre el año 1982-1990, "(...) más del 75% de las notificaciones de VIH/Sida provenían de efectores de salud de los grandes centros urbanos, principalmente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires (...) en menor medida de Santa Fe y Córdoba. Reduciéndose esta

14. Ministerio de Salud de la Nación (2008): "Boletín sobre el VIH-Sida en la Argentina". Año XI, Número 25. Página Web Disponible: www.pmsida.gov.ar
15. Ob. Cit., Nota 14.

proporción entre los años 2001-2007, en un 30% de notificaciones de la enfermedad (...)"¹⁶

En las provincias que se detectaron mayor número de notificaciones fueron: Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos y la ciudad autónoma de Buenos Aires.

Siguiendo con este análisis, se establece que en el inicio de la epidemia, la mayor vía de contagio se daba en personas que consumían drogas, luego el contagio entre homosexuales y finalmente el contagio entre relaciones heterosexuales.

En la actualidad, la situación mencionada anteriormente se ha revertido, la mayor vía de contagio es la heterosexual, precede la homosexual y luego las personas adictas a drogas inyectables.

Legislación vigente en la Argentina

La Ley Nacional de SIDA, N 23.798 es declarada de interés Nacional en la Argentina en el año 1990, y presentada por el Poder Ejecutivo Nacional en el año 1989.

Establece que no se afecte la dignidad de la persona, que no se produzcan efectos de marginación, estigmatización, degradación o humillación de las personas afectadas. La Ley dispone que el Estado debe garantizar el acceso al testeo o diagnóstico, asegurando la confidencialidad, es decir, establece el registro de enfermos codificado. El testeo debe ser voluntario, y promueve el secreto médico y el acceso de todos los habitantes al cuidado y atención de la enfermedad.

Esta ley fue reglamentada en 1991 por el decreto 1244/91, que establece el requisito del consentimiento informado y reitera la confidencialidad frente al test y sus resultados.

En 1995 se aprueba la Ley 24.455 que incluye la obligatoriedad de que las Obras Sociales dispensen los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con VIH/SIDA por parte de los seguros de salud privados (medicina prepaga).

¹⁶ Ob. Cit. Nota 14.

Por último, existen Resoluciones Ministeriales que especifican y normatizan la atención de las personas con diagnóstico de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Entre las resoluciones mencionadas, se destacan como significativas:

- Resolución N 528/92, incorpora el programa Médico Obligatorio (PMO), la obligatoriedad por parte de las Obras Sociales, de participar en los programas de prevención del SIDA.
- Resolución N 454/92, regula en su anexo, las normas que deben cumplir los preservativos.
- Resolución N 105/97, aprueba la Norma de SIDA en transmisión madre-hijo.
- Resolución N 625/97, define cómo deben considerar las Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga la cobertura en VIH/SIDA.

Entonces toda resolución garantiza el derecho a la salud de todo paciente con HIV-SIDA, protegiendo sus derechos como ciudadano.

CAPITULO IV: CONCEPTOS EN RELACIÓN A LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL

La intervención en Trabajo Social

La disciplina del trabajo social se encuentra dentro de las ciencias sociales. Su objeto de estudio es el fenómeno humano, como una dimensión de lo social, en tanto interactúa con las prácticas de su época y a la vez se constituye desde esas prácticas.

Es por esto que se debe pensar a las personas como partes de múltiples redes de interacciones: familiares, de amistad, laborales, recreativas, políticas. Desde esta perspectiva conceptual el sujeto adviene y deviene en el intercambio en un medio social humano, en un mundo complejo.

Está inmerso como un sujeto entramado vivo y por lo tanto en permanente intercambio en un medio del que se nutre y en el que participa activamente, que lo forma y al que conforma.

Para comprender esta concepción de sujeto es necesario posicionarse desde el paradigma de la complejidad, debido a que este paradigma permite ver a los hechos dentro de un contexto, otorgando a la vez un carácter multidimensional de toda la realidad.

El pensamiento complejo constituye no solo una nueva forma de abordaje sino que brinda ante todo un modo diferente de interrogación, que como disciplina dentro de las ciencias sociales es fundamental tener en cuenta, ya que plantea el reto de generar un campo problemático diferente.

Este campo problemático es donde va a intervenir el Trabajador Social construyendo su objeto de intervención.

De esta manera la construcción del objeto de intervención, como así también la determinación y elección del método y las técnicas de acción dependerán de la postura del Trabajador Social frente a la realidad, y a la complejidad de la estructura social, "(...) *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 demandas y carencias y que de*

*esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no (...)*¹⁷.

Es importante desde la disciplina tener en cuenta y acceder a la vida cotidiana de los pacientes con vih, que ocurre en la vida diaria de cada paciente, como llevan su enfermedad dentro de la realidad que les toca vivir y como se relaciona a la adherencia al tratamiento, y como éste ha influido en sus vidas.

Es necesario revalorizar la vida cotidiana de la persona con quien se interviene, *"(...) valorizar la vida cotidiana como un espacio privilegiado para el Trabajador Social, no solamente como cercanía con los sujetos y sus necesidades, sino metamorfosis de lo social (...)"*¹⁸. La vida cotidiana es un concepto clave para la comprensión del campo problemático en nuestra disciplina.

La realidad social constituye el escenario en el que se interrelacionan, interactúan e intercomunican los sujetos respecto a sus necesidades, este escenario social constituye el campo problemático de nuestra intervención profesional.

*"(...) Uno de los mayores desafíos de los Trabajadores Sociales hoy, es desarrollar la capacidad de descifrar la complejidad de la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y efectivizar derechos a partir de demandas emergentes en lo cotidiano (...)"*¹⁹, es fundamental cuestionarnos desde donde nos posicionamos para intervenir y como se enmarca la intervención desde los lineamientos de la política institucional, es decir, si se pretende trabajar desde una perspectiva universalista, de derecho de ciudadanía o dar respuestas focalizadas o asistenciales.

17 Rozas Pagaza Margarita (1998): Capítulo III: "El Objeto de Intervención en el Trabajo Social". En "Una Perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social" Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 60

18 Rozas Pagaza Margarita (1998): Capítulo II: "La Vida Cotidiana. Saber Cotidiana. Conceptos Claves en la Intervención Profesional" En: "Una Perspectiva Teórica-Metodológica de la intervención en Trabajo Social" Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág.36.

19 Iamamoto, Marilda en módulo de la Cátedra Supervisión; Campo Salud de la Universidad Nacional de Mar del Plata (2008). Pág. 288

En la actualidad, existen una serie de nuevos y complejos interrogantes. Esta situación requiere de una agenda para la intervención en lo social que abarca una serie de temas relevantes como la aparición de interrogantes, el surgimiento de aspectos institucionales, la emergencia de problemáticas sociales y la consecuente aparición de formas de comprender y explicar lo social.

Es por esto que el contexto actual se presenta en términos de la “nueva cuestión social” donde se distinguen especialmente la ruptura de lazos sociales, la fragmentación social y nuevas formas de malestar que se expresan en la comunidad en tanto espacio de construcción de cotidianidad, certezas e identidades.

Para la intervención en trabajo social es necesario conocer las conexiones específicas de la intervención profesional con la cuestión social hoy. La misma nos aporta elementos para aprender la particularidad de los sujetos y su vida cotidiana. La intervención necesita acceder a los espacios micro-sociales donde se construye la cotidianidad de los sujetos sobre los cuales se interviene. Esta mirada, presupone en principio, que lo social se organiza en términos de símbolos cargados de significados, y se explica desde lo singular y la identidad de los sujetos se construye en ámbitos de intercambio y reciprocidad.

Una mirada dentro del campo de la salud desde la intervención del trabajador social

El Trabajo Social como disciplina dentro de las Ciencias Sociales, realiza sus intervenciones en diferentes campos, abordando desde diversas perspectivas la complejidad que se presenta en la realidad.

Es decir, se inserta en campos donde la cuestión social requiere de profesionales, que a partir de sus intervenciones, modifiquen una situación-problema.

Para realizar un análisis breve del trabajo social en el campo de la salud se toman las palabras de Amaya Ituarte quien define el Trabajo Social en Salud como “(...) una actividad profesional que implica por un lado, el diagnóstico

psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y el plan general del tratamiento, y por otro lado, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso salud enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea a orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que pueden ser adecuados para el logro de los objetivos de salud (...).²⁰

El Trabajador Social es el profesional que asume, dentro del Sistema de Salud, la interpretación y comprensión de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas de la misma índole que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto en los aspectos que tienen que ver con el desencadenamiento de dicha situación, como aquellos que son consecuencia de ella.

Como parte de su actividad, el trabajador social ayuda a la persona a desarrollar un sentido más realista de su responsabilidad hacia la comunidad, trata de animarlo no sólo a hacer un esfuerzo en beneficio propio, sino también a apreciar el papel que desempeña en la familia y como ciudadano.

El trabajo social procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles, con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere. Para ello el trabajador social deberá conocer científicamente esos problemas, determinar cómo las personas los enfrentan, qué alternativas de solución arbitran y capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.

En el ámbito de la salud, la participación del profesional en Trabajo Social aparece junto con otras disciplinas médicos, psicólogos, psicopedagogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, agentes sanitarios entre otros.

El trabajador social aparece como el recurso humano integrante del equipo que coadyuva en la organización y el funcionamiento de instituciones y

²⁰ Ituarte Tellaeche, Amaya (1992): "Procedimientos en Trabajo Social Clínico". Consejo General de Colegios oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Siglo XXI de España. Madrid.

servicios de bienestar social para la población, lo cual permite operacionalizar la política a través de programas de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario. En consecuencia se convierte en el vínculo natural de enlace entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan los servicios.

Es el profesional del equipo interdisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones del 1º, 2º, y 3er. nivel de atención en salud.

Entonces, hasta acá se entiende que el trabajador social necesita de un equipo para realizar sus intervenciones en salud. Cuando hablamos de trabajo en equipo nos referimos, a que un trabajo en equipo pretende alcanzar la coordinación, e integración de los servicios en beneficio del individuo y su familia. Esta forma de trabajo es considerada como el mejor enfoque para mantener la integridad de la persona en relación a la salud.

Ningún profesional que se desarrolla dentro del campo de la salud posee todos los conocimientos y destrezas para resolver problemas que requieren técnicas pertenecientes a diferentes disciplinas. Los profesionales trabajando aislados e individualmente con cada individuo, aplicando sus conocimientos específicos no podrán lograr la recuperación de la persona en su totalidad.

Para un trabajo en equipo es necesario que allá conciencia por parte de todos los miembros para alcanzar un objetivo en común. Es fundamental que cada profesional respete la función específica de aquellos que conforman el equipo interviniente, como así también la opinión de cada profesional a fin de que todos los miembros tengan una visión del individuo.

Es interesante repensar el campo de la intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito de lo público. Los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales presentan una

gran complejidad, acentuada en la actualidad dada las transformaciones operadas en el contexto. La comprensión de las situaciones que se abordan merece un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad.

Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una "mirada disciplinar" que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

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

La enfermedad crónica, y el concepto de paciente en la intervención

Enfermedad crónica

Dentro del Trabajo Social en el campo de la salud y sobre todo en el ámbito hospitalario se destaca el trabajo con diferentes grupos específicos.

Particularmente en el servicio de infectología del HIGA nos encontramos con enfermos crónicos, ya que en la actualidad el vih ha dejado de ser una enfermedad terminal para convertirse en una enfermedad crónica.

Durante los últimos años, las Terapias Anti-Retrovirales han sido el principal medio terapéutico para combatir el VIH/SIDA.

Estas terapias han evolucionado rápidamente debido a los notables avances de los resultados de la investigación.

Aguda y crónica son culturalmente definidas las categorías de enfermedad reconocida por los profesionales de la salud y sus pacientes. La diferencia entre estas categorías es más que una cuestión de tiempo, su significado para la sociedad y el individuo difiere de manera significativa.

Las enfermedades agudas se caracterizan por un inicio súbito, signos y síntomas obvios, y una cierta limitación de la función normal, incluso sólo una tos molesta o fiebre de bajo grado.

El tratamiento es de apoyo o curativo, y se puede dar la resolución de la muerte o que el individuo continúe con su actividad normal. La duración consta de días o semanas. La enfermedad aguda sigue un curso predecible, si no lo hace, es redefinida como una enfermedad crónica.

Las enfermedades crónicas, en cambio, pueden surgir de un episodio agudo que no se resuelve plenamente su salud. El curso de una enfermedad crónica es incierto y por tiempo ilimitado, por lo general se caracteriza por la alternancia de períodos de crisis aguda y la remisión. El tratamiento está dirigido a aliviar los síntomas y retardar la degeneración. Es una patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.

No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses puede considerarse como crónica.

Cuando a una enfermedad se le pone el adjetivo crónica, se suele tratar de una enfermedad no curable salvo raras excepciones.

Un enfermo crónico es aquel enfermo afectado por patologías que, habiendo finalizado su estancia en el hospital y habiendo completado el plan diagnóstico y terapéutico previsto presenta algún tipo de incapacidad. La misma puede ser estable y/o evolutiva e implicar a cada una de las esferas que integran a la persona física, psíquica y social, superponiéndose e incidiendo en grados diferentes y variables simultáneamente.

La persona experimenta un cambio en el rol social, que si es duradero e importante requiere de una atención que no se relaciona exclusivamente con las manifestaciones patológicas de la enfermedad y su demanda rebasa el ámbito de lo sanitario.

La incapacidad constituye una dificultad existente en la realización de una o más actividades que de acuerdo con la edad, sexo, rol social del sujeto, con

componentes básicos de la vida diaria, tales como cuidado, autonomía personal, relaciones sociales y actividad económica. En el proceso de incapacidad intervienen factores médicos, ambientales, actitudinales y socioculturales.

Ante la enfermedad crónica la persona va a atravesar una reestructuración en su vida cotidiana, la cual implica muchos cambios, incertidumbre y dificultades. Estas dificultades y problemas generados por la incapacidad las experimentan también su entorno familiar.

Para trabajar con los pacientes crónicos los Trabajadores Sociales deben tener en cuenta que, tiene mucha importancia tanto el diagnóstico médico, social y económico, como así también los distintos grados de dependencia familiar, de recursos económicos propios. Factores decisivos en el bienestar y calidad de vida del enfermo crónico.

Desde nuestra intervención es necesario establecer y conservar un registro de pacientes, acompañarlos en la resolución de problemas, planificar las visitas, fijar recordatorios de seguimiento, mantener la continuidad de la atención.

Concepto de paciente

Para intervenir en el ámbito de la salud, es necesario tener en cuenta el concepto de paciente. Mario Testa (1989) plantea al paciente, no como un hecho circunstancial y aislado, sino el reconocimiento de que un paciente es al mismo tiempo sujeto y objeto.

Es un sujeto pleno de derechos y protagonista central en la construcción de la ciudadanía, lo que implica considerar a la persona que demanda atención, protagonista de la construcción de su salud, así como también en la defensa de los derechos que como ciudadano le corresponden. *“El derecho a la vida y a la salud es un derecho inalienable del ser humano, por lo cual debe gozarse, ejercerse y hacerse efectivo”.*²¹

²¹ Cesilini, Gabriela. A; Guerrini, M. Eugenia; Novoa, Patricia (2007): Capítulo 1: “Los Derechos Humanos, la Cuestión Social y la Salud Estatal” En: *La nueva pobreza en el Ámbito Hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social*. Editorial Espacio. Pág. 25

En relación a lo dicho y coincidiendo con la visión del ser humano que propone Frank, Victor (1979) se entiende al paciente como un ser único, irremplazable e irrepetible, llamado a la libertad, a responder de sí mismo ante los demás y ante sí mismo, por medio de su conciencia, a descubrir el significado o sentido y llamado a realizar los valores en situación concreta de su historia.

Según Mario Testa (1989) el episodio de la enfermedad hace que se destaque el carácter objetual del individuo que padece el episodio, acentuándose este carácter y por lo tanto se efectiviza un determinado tratamiento de ese particular objeto (cuerpo), conociendo su objetividad y sociabilidad e historicidad del paciente.

A partir de esto se adhiere al autor en que *"(...) el cuerpo humano es una construcción permanente cuyo origen no puede identificarse en un inicio preciso y definido sino en un proceso evolutivo. El proceso cuya consecuencia es el cuerpo que somos, puede ser considerado como el de la construcción de una maquina, cuyo funcionamiento se adapta permanentemente a las condiciones de existencia de los seres humanos (...)"*.²²

Considerar al cuerpo como objeto histórico, social, concreto contextualizado, lleva a que el paciente se transforme en persona y pase a desempeñar el papel de actor social, protagonista de la situación que enfrenta y junto con los profesionales de la salud, asesorando y acompañado por estos, superando la situación de conflicto de manera consciente y crítica.

Es frecuente que el paciente no sepa el tiempo aproximado que durará su internación, su situación sanitaria, su diagnóstico médico y su tratamiento. Se genera así una disociación permanente entre el cuerpo y su subjetividad/socialización, muchas veces no sabe lo que le espera, como así tampoco el tiempo que les espera.

²² Testa, Mario y otros colaboradores anónimos (1989): "Pensar en Salud". Publicación N 2. Representación OPS/OMS. Argentina. Pág. 55

CAPITULO V: REPRESENTACIONES SOCIALES

Breve descripción del concepto de Representaciones Sociales

El concepto de representaciones sociales “olvidado de Durkheim” es retomado por Serge Moscovici en 1961, tras diez años de investigaciones empíricas y de elaboraciones teóricas, Serge Moscovici publicó su tesis doctoral, aunque el psicoanálisis era el principio organizador de la obra, el contenido de la misma no se dirigía a la comprensión del psicoanálisis, sino al entendimiento de la naturaleza del pensamiento social.

El autor define las Representaciones Sociales como:

“(...) Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (...).”²³

Las Representaciones Sociales, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

Las representaciones sociales son la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento de

²³ Moscovici, Serge (1979): Capítulo II “El modelo de Serge Moscovici” En: “El Psicoanálisis, su imagen y su público”.

sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico.

Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

El abordaje de las RS posibilita, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.

La inserción de un individuo en diferentes categorías sociales y su adscripción a distintos grupos, constituyen fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social, y esto es precisamente, lo que genera visiones compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos.

La realidad de la vida cotidiana, por tanto, es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido. Ello presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros y a las otras.

En resumen, el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social.

Construcción de las Representaciones Sociales

Las R S se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversas procedencias:

El fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia. Dicho fondo está constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores considerados como básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad. Todo ello

se materializa en las diversas instituciones sociales, por ejemplo en la lengua y en general en todos los objetos materiales.

Los *mecanismos de anclaje y objetivación*. Moscovici sostiene que la relación entre las representaciones y la construcción de lo social es de mutua influencia y se da por estos dos procesos.

La objetivación da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones.

El amor, la amistad, la educación, son entre otras, muchas de las cosas de las que no se tiene una realidad concreta y, sin embargo, en forma consuetudinaria las personas las incluyen en sus comentarios de manera concreta y tangible.

Esta concretización de lo abstracto se lleva a cabo por el proceso de *objetivación* por lo que dicho proceso es fundamental en el conocimiento social.

En la teoría de las representaciones sociales, el proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible.

Este proceso implica tres fases:

- **La construcción selectiva:** es decir, la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos.

Separamos información del campo científico en el cual fue producida la misma. Se retiene solo aquello que concuerda con nuestro sistema ambiente de valores. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas. En el caso del HIV esta fase es muy visible: se recorta información producida en ámbitos científicos y resignificada por los medios de comunicación, se la descontextualiza del mundo médico y se selecciona aquellas que permita convivir con representaciones previas asociadas a la salud, enfermedad, sexualidad, etc.

- **Formación del núcleo figurativo:** el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas.

Estas imágenes estructuradas es lo que Moscovici ha denominado *núcleo figurativo*, o sea, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. Esta simplificación en la imagen es lo que le permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural. En el complejo del VIH/SIDA, en tanto representación compleja, intervienen diversas nociones claves que son organizadas por la persona en una estructura con precisas relaciones de jerarquía conformando un núcleo figurativo que pueda “convivir” con otras representaciones previas.

- **La naturalización:** la transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma.

La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido.

Sustituyendo conceptos abstractos por imágenes, se reconstruyen esos objetos, se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana.

Cada uno de los elementos se transforma en seres de la naturaleza. Las figuras, los elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad, referentes para el concepto. Integra los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común. Así, el virus es “imprevisible” y “agresivo”, la sexualidad es ““peligrosa””.

La estabilidad del núcleo figurativo permite a este actuar, orientar las percepciones de la realidad. A partir de ahí se da el proceso de anclaje.

El proceso de Anclaje, concierne a la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las R S de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas. Permite transformar lo que es extraño en familiar. Relaciona la representación social con el significado y utilidad que le son conferidos, así como también a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema persistente. El proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades:

- **Asignación de sentido:** Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente en diversos planos como el político (el vih/sida es introducido en la agenda de planificación de políticas sanitarias constituyéndose en epidemia a combatir), religioso (el vih/sida se connota como castigo divino o a la inversa, se ve a la religión como espacio de cura, esperanza de volver al estado de salud previo a la infección), etc.
- **Instrumentalización del Saber.** La representación no solo expresa relaciones sociales sino que también contribuye a construirlas. La representación clasifica personas, roles, conductas.

Si bien el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, hay que advertir que las innovaciones no son tratadas por igual por todos los grupos sociales, lo cual evidencia el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales. En efecto, los intereses y los valores propios de los diversos grupos actúan con fuerza sobre los mecanismos de selección de la información, abriendo más o menos los esquemas establecidos para que la innovación pueda ser integrada. Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará mucho más receptivo.

En definitiva, la integración cognitiva de las innovaciones está condicionada tanto por los esquemas de pensamiento ya constituidos como por la posición social de las personas y de los grupos.

Desde el Trabajo Social el acceso a la vida cotidiana y perspectiva del actor, lo cual permite el acceso a su mundo de significaciones, a sus representaciones sociales, es lo que nos permitirá identificar los puntos estratégicos desde los cuales intervenir, desde un paradigma interpretativo acceder a lo simbólico, a la subjetividad, y desde allí, actuar en las significaciones que conlleven a una transformación de la situación de padecimiento, es decir en la interacción simbólico-real.

CAPITULO VI: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO VIH/SIDA

La adherencia al tratamiento es abordada generalmente por la medicina desde lo estrictamente biológico, pero quien realiza el tratamiento es un ser humano, es él quien realiza una conducta que es evaluada como adherente o no por sus consecuencias, por tanto el estudio de este tema convoca también a las ciencias sociales a participar, lo biológico es solo un aspecto de la problemática, existen otros referidos al sujeto. Las dificultades en la tolerancia a las drogas no pasan solamente por su toxicidad reconocida, sino también por cuestiones que son subjetivas y por los atravesamientos socio-históricos que hacen a la calidad de vida de las personas y por lo tanto a su salud mental.

Es por esto que se considera que la adherencia al tratamiento de HIV trasciende la simple ingesta de medicamentos, debiendo ser comprendida de forma integral, incluyendo entre otros aspectos, el establecimiento de vínculos con el equipo de salud, el acceso a la información, el seguimiento clínico y del servicio social, la adecuación a los hábitos cotidianos, necesidades individuales y compartir las decisiones relacionadas a la propia salud.

Se concibe a la adherencia como un proceso dinámico, complejo y multifactorial, que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y comportamentales, que refieren decisiones compartidas y corresponsabilizadas entre la persona que tiene diagnóstico de HIV, su grupo familiar y el equipo de salud.

La adherencia al tratamiento no significa solo la toma de medicación, sino que se refiere a la posibilidad de un dialogo, de una reflexión crítica, en donde el esquema debe adecuarse a la realidad de la persona, y no a la inversa, aunque en algunos casos el médico no acuerde con esa realidad.

La elección del tratamiento no debe ser vertical, es decir no solo depende del médico, ni del trabajador social, debe ser trabajada interdisciplinariamente y conjuntamente con el paciente.

Los pacientes están sujetos a una variedad de factores (sociales, culturales,

económicos, educacionales, habitacionales), que influyen en su cotidianeidad y funcionan como obstaculizadores en la continuidad del tratamiento. Es fundamental que en el seguimiento, los profesionales de la salud tengan en cuenta las necesidades y singularidades socioeconómicas-culturales, presentadas por las personas para la promoción de su calidad de vida.



SEGUNDA PARTE:
MARCO CONTEXTUAL

CAPITULO VII: CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIH/SIDA, REGIÓN SANITARIA VIII Y HOSPITAL INTERZONAL “Dr. Oscar Alende”

Breve Descripción del Programa Nacional y Provincial de vih/sida

La Dirección de Sida y ETS perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, define y coordina las políticas de prevención y atención del vih-sida y otras enfermedades de transmisión sexual en el ámbito Nacional.

Coordina y articula sus acciones con los Programas Provinciales, actores de la sociedad civil y organismos internacionales nucleados en ONUSIDA.

“Acceso a los servicios” y *“fortalecimiento de la ciudadanía”* son los principios que orientan sus líneas estratégicas: dar atención integral de las personas con vih-sida, promover el uso del preservativo y el test con asesoramiento, reducir la discriminación en el sistema de salud y en la sociedad en su conjunto. Promover el fortalecimiento de asociaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la problemática.

El Programa Nacional de sida además se ocupa del control y de la distribución de los medicamentos antirretrovirales a las personas que conviven con vih/sida en el territorio bonaerense y carecen de cobertura de obra social.

A fines de los años 80 desde el Ministerio de Salud Bonaerense, se creó el Programa Provincial de vih/sida.

¿En qué consiste 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, ets y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con vih/sida.

En materia de prevención y de asistencia está dirigido a toda la población bonaerense.

¿Cómo se accede al programa?

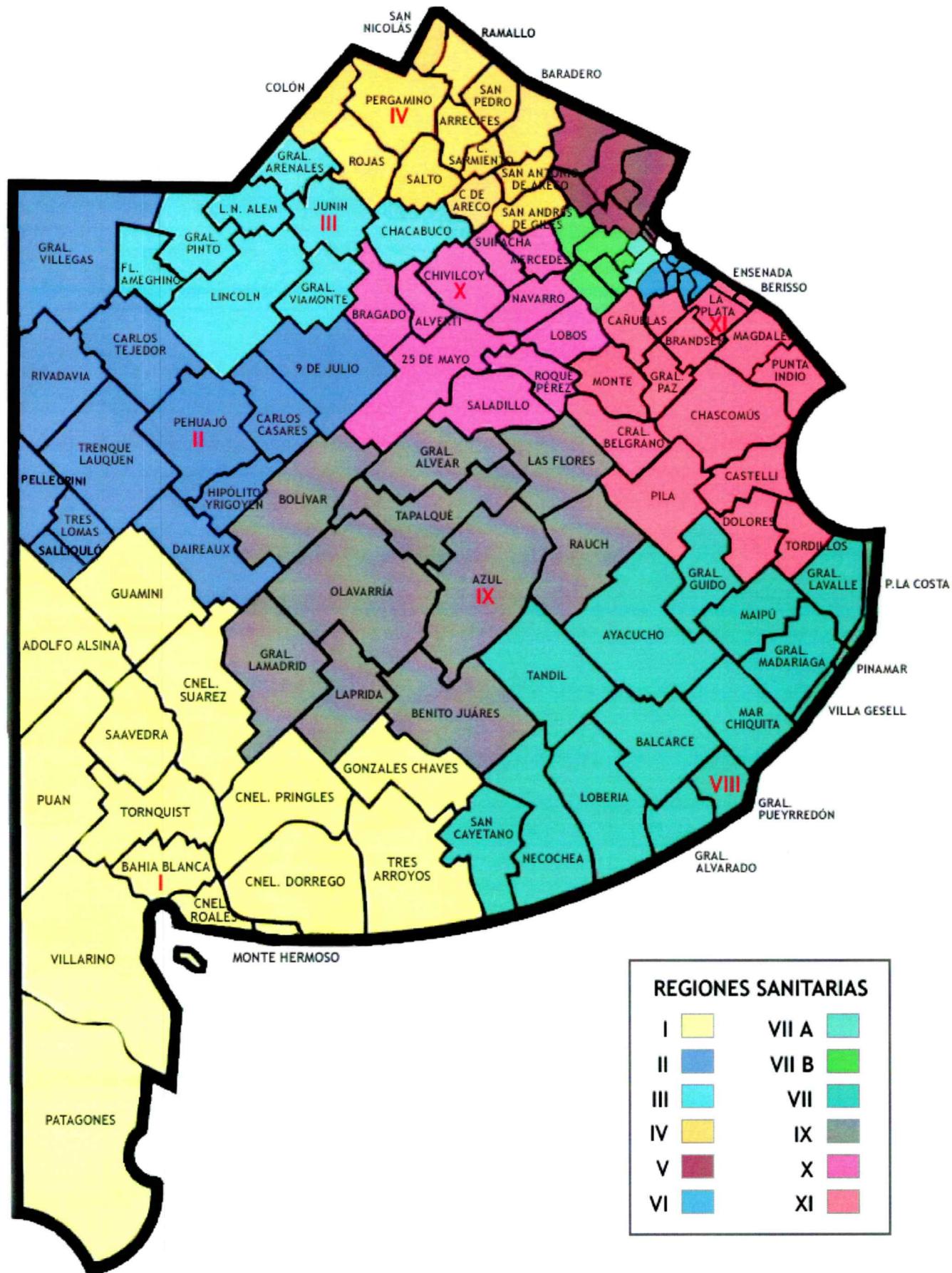
En todos los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires y unidades sanitarias con trabajo en la temática, puede accederse a una atención integral del complejo del vih/sida y ets, comprendiéndose: serología para vih y ets, diagnóstico, consejería, atención médica, tratamientos, seguimiento, entrega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

El Programa Provincial de vih/sida se ejecuta en la Provincia de Buenos Aires por medio de las distintas Regiones Sanitarias.

La Provincia de Buenos Aires está compuesta por 134 Municipios, y se divide en 12 Regiones Sanitarias, *"(...) en las cuales funcionan aproximadamente 2092 Centros de Primer Nivel de la Salud (...)".*²⁴

A continuación se presenta el mapa de la Provincia de Buenos Aires dividido en las 12 Regiones Sanitarias que la conforman.

²⁴ www.ms.gba.gov.ar/regiones/regiones.html. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



La Región Sanitaria VIII tiene su sede en la ciudad de Mar del Plata, para conocer en mayor profundidad el funcionamiento de la misma se concurre a la institución y se concreto una entrevista con el referente de la zona el Dr. Alexis Manzo.

A continuación se detallan los centros de atención referentes, los profesionales con que cuentan para abordar la patología del vih/sida y la cantidad de pacientes en tratamiento de cada localidad de la Región Sanitaria VIII.

Localidades	Centro Atención De la Salud	Profesionales	Pacientes en Tratamiento.
Ayacucho	Hospital Municipal "Dr. Pedro Solanet".	1 Médica Generalista.	4 pacientes.
Balcarce	Hospital Municipal "Subzonal de Balcarce".	1 Médico Generalista.	13 pacientes.
General Alvarado Miramar	Hospital Municipal "Dr. Marino Cassano".	1 Médica Clínica.	22 pacientes.
General Guido	Unidad Sanitaria "General Guido".	No hay médicos referentes.	No hay pacientes en tratamiento.
General Lavalle	Hospital Municipal "Sagrado Corazón de Jesús".	No hay médicos referentes.	No hay pacientes en tratamiento.
General Madariaga	Hospital Municipal "Martínez Guerrero".	No hay médicos referentes.	No hay pacientes en tratamiento.
General Pueyrredón	Hospital Provincial "Dr. Oscar Alende".	4 Médicos Infectólogos.	250 pacientes.
	Centro de Salud N 1.	1 Médica Infectóloga, 2 Médica Generalista.	221 pacientes.
	HIEMI "Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil".	2 Médicas Generalistas.	38 pacientes.
Partido de la Costa: Mar de Ajo.	Hospital Municipal "Carlos Federico Macias".	1 Médica Infectóloga para el Partido de la Costa.	50 pacientes.
	Hospital "Local General de Agudos".		20 pacientes.
San Clemente			
Mar Chiquita Coronel Vidal	Hospital Municipal "Dr. Aristizabal Belgrano".	1 Médico Infectólogo.	5 pacientes.
San Cayetano	Hospital Municipal "Menditeguy".	No hay médicos referentes.	No hay pacientes en tratamiento.
Lobería	Hospital Municipal "Gaspar Campos".	No hay médicos referentes.	No hay pacientes en tratamiento.
Maipú	"Hospital Municipal".	No hay médicos referentes.	No hay pacientes en tratamiento.
Necochea	Hospital Municipal "Dr. Emilio Ferreyra".	2 Médicos Infectólogos.	38 pacientes.
Pinamar	Hospital Municipal "Comunitario de Pinamar".	1 Médico Generalista.	12 pacientes.
Tandil	Hospital Municipal "Ramón Santamarina".	1 Médico Infectólogo.	38 pacientes.
Villa Gesell	Hospital Municipal Agudos "Dr. Arturo Illia".	1 Médico Infectólogo.	27 pacientes.

Caracterización del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”

Para alcanzar los objetivos propuestos es necesario caracterizar el Hospital Interzonal General de Agudos, conocer como es el funcionamiento y los recursos con que cuenta. Ya que dicha institución es la elegida como centro de atención de la salud por los pacientes que fueron seleccionados para realizar el presente trabajo.

El Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” depende del Ministerio de Salud Pública de La Provincia de Buenos Aires es cabecera del partido y es hospital de referencia de La Región Sanitaria VIII.

El HIGA es un nosocomio de derivación de alta complejidad, contando con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que en este nivel comprenden servicios como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos. Su atención se centra en pacientes mayores de 15 años de edad con padecimiento en estado agudo.

Los recursos financieros con los que cuenta el hospital son los destinados desde el Ministerio de Salud y Acción Social de La Provincia de Buenos Aires, los de SAMO y los de donaciones particulares.

En relación a la estructura orgánica funcional del Hospital, posee una organización verticalista con un director ejecutivo y tres directores asociados.

El HIGA dentro de su dinámica institucional articula los recursos necesarios para atender la demanda de asistencia especializada tanto en internación, como en atención ambulatoria. Posee dotación específica para atender a la población con patología urgente.

El Hospital desarrolla *“(...) además de tareas asistenciales, funciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades e investigaciones y docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con el objeto*

de complementar con sus actividades las desarrolladas por la red de atención primaria".²⁵

El hospital tiene como misión brindar asistencia en el momento agudo de la enfermedad, social y sanitaria, y en la formación profesional por medio de pasantías.

Su objetivo general es asegurar, para todos los ciudadanos la accesibilidad a la atención como parte del derecho a la salud, siendo por lo tanto, el Estado el responsable de garantizarlo.

Entre los profesionales capacitados de atención se encuentran, los médicos con sus diferentes especialidades, enfermeros/as, camilleros, Kinesiólogos, Terapistas Ocupacionales, Técnicos en Hemoterapias, Bioquímicos, Farmacéuticos, Psicólogos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, entre otros.

El Servicio Social

En cuanto a la organización interna del Servicio Social, el mismo depende de la dirección ejecutiva del hospital, cuenta con una Jefa de Servicio (afectada además al Área de Infectología), 9 Trabajadoras Sociales de Planta permanente, 1 Jefa de residentes y 7 residentes correspondientes a 1ro, 2do y 3er año de la residencia, 1 secretarias administrativas y 1 Psicóloga afectada al servicio.

Está situado en la planta baja de la institución, a la izquierda de la entrada principal. Cuenta con un espacio distribuido en 4 box, donde se llevan a cabo las diferentes intervenciones y donde funciona la guardia del servicio, de lunes a viernes de 8:00hs A 17:00hs, y los sábados por horario de la mañana 8:00hs a 12:30hs.

Desde la modalidad operativa, el Servicio Social atiende la demanda espontánea, accede a los "casos sociales" por un lado directamente en el primer contacto con el paciente o a partir de las interconsultas realizadas por otras disciplinas.

25 Mondragón Lasagabaster, Jasone-Trigueros Guardiola Isabel (1999): " Manual de Prácticas de Trabajo Social en el Campo de la Salud ". Editorial Siglo Veintiuno Editores. Pág. 68

La coordinación del trabajo en equipo de este servicio se lleva a cabo de manera democrática y participativa, las decisiones y la construcción de nuevos proyectos de intervención se realizan de forma conjunta donde cada Trabajador Social aporta desde sus conocimientos específicos. Desarrollando tareas en el marco del consenso y comunicación.

Objetivos Específicos del Servicio Social

- Trabajar para el mejoramiento de la población asistida, a partir de un concepto integral de la salud, en el cual considera a la persona como un sujeto social y protagonista de su proceso vital.
- Estimular la participación de todos los miembros de un proyecto interno de servicio, en el cual se identifiquen en sus objetivos y sea desarrollado a partir de un sentimiento de pertenencia al mismo.
- Considerar la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza al compromiso que da contenido y sentido a la tarea.
- Formar parte del equipo de salud, con intervenciones superadoras sustentadas teórico y metodológicamente.
- Establecer una adecuada interrelación con la red de recursos institucionales de la ciudad.

Servicios cubiertos

Salud Mental, Nefrología, Cardiología, Neurología, Ortopedia y Traumatología, Tercera Edad, Oncología y Radioterapia, Urología, Reumatología, Clínica Médica, Ginecología, Infectología, Terapia Intensiva, guardia e Internación Domiciliaria.

Programas

Algunos de los programas con los cuales trabaja el Servicio Social son: Internación Domiciliaria, Cucaiba, Programa Nacional de Control de La Tuberculosis (TBC), PRODIABA (diabetes), Programa Nacional y Provincial de SIDA, entre otros.

Características, funciones y desempeño del Servicio de Infectología

Los consultorios del Servicio de Infectología están situados en el segundo piso, ala C, aquí tiene su espacio el Servicio Social y el ateneo de los médicos infectólogos. El área de internación, se encuentra ubicada en el tercer piso de la institución.

El servicio de Infectología tiene como objetivo principal el de "brindar atención especializada a aquellos pacientes que presenten algún tipo de infección".

Actualmente el servicio atiende 930 personas VIH positivo, los cuales 250 se encuentran bajo tratamiento antirretroviral.

Por semana en consultorio se atienden cincuenta pacientes con turnos programados y unos veinte más que se presentan como demanda espontánea.

El equipo profesional de Infectología se encuentra conformado por nueve infectólogos (de planta y residentes), una trabajadora social, una enfermera y voluntarios. Cuenta con un jefe de servicio el cual es el encargado de coordinar las actividades del mismo.

Entre las actividades que desempeñan los médicos del servicio se pueden enumerar las siguientes:

- Atención a pacientes internados.
- Atención de pacientes en consultorio externo.
- Atención a interconsultas que se realizan desde otros servicios del Hospital.

La enfermera, desempeña su labor como secretaria del servicio, es quien organiza los turnos, controla la medicación que se le entrega a los pacientes, y cuando es necesario cita a los mismos para entrevistas con infectólogos.

El grupo de voluntarios está compuesto por cinco personas las cuales concurren a la institución de manera alternada durante la semana, siendo el día viernes el asignado para las reuniones grupales. Ayudan en la atención médica, en ir a buscar las historias clínicas, facilitar recetas, medicamentos a

los pacientes; y también en el servicio social brindando contención y asesoramiento a los pacientes.

Los pacientes atendidos en el HIGA con diagnóstico de HIV, concurren al Servicio Social, en general, por derivación de otro profesional o Centro de Salud que se encuentra interviniendo en la problemática o de manera espontánea por parte del paciente.

El médico infectólogo es quien comunica el diagnóstico de HIV positivo al paciente, realizando luego la derivación al Servicio Social. Estas derivaciones se realizan, mayormente, por una demanda puntual que viene relacionada a la obtención de un recurso material, ya sea por medicamentos, gestiones de subsidios, ayuda alimentaria, etc. Este primer contacto con la persona posibilita la intervención desde el Servicio Social, facilitando toda una red de contactos que el paciente necesita.

En relación a las demandas más frecuentes que dan comienzo a la intervención, se pueden mencionar:

- Encuesta social y entrevistas para continuar y profundizar la intervención con la persona.
- Asesoramiento y derivaciones, principalmente para la gestión del pase gratuito de transporte público local y larga distancia, para quienes presenten dificultades socio-económicas.
- Acompañamiento integral de la persona y su grupo familiar.
- Facilitación en el retiro de medicación y tramitación para diversos análisis tales como Carga Viral, CD4.
- Asesoramiento de información específica sobre tratamientos ARVs y el material necesario sobre distintas situaciones relacionadas con VIH/sida.
- Entrega de preservativos.
- Pensión nacional.
- Pensión provincial.
- Programa Asistencia Alimentaria.
- Asesoramiento para la tramitación del Certificado de Discapacidad.

Cabe destacar que el servicio social efectúa un seguimiento de cada uno de los casos, realiza visitas domiciliarias y mantiene contacto permanente con la red familiar y social del paciente a fin de brindar contención y clarificar dudas que se dan en el transcurso de la enfermedad.

Ante pacientes que presentan dificultades que afectan su tratamiento y que requieren y deseen concurrir a realizar tratamiento psicológico, el profesional a cargo realiza la derivación correspondiente al Servicio de psiquiatría del nosocomio o al servicio de psicología que funciona dentro del Servicio Social.

El trabajador social intenta dentro del Servicio de Infectología

- Desde una visión integral de la persona fomentar conjuntamente con el paciente sus potencialidades, buscando la construcción de alternativas superadoras a su realidad cuya meta final y fundamental sea la de mejorar su calidad de vida.
- Generar una participación activa de la red familiar, elaborando con las mismas estrategias tendientes a clarificar la información, desmitificar aspectos sobre la enfermedad y concientizar sobre conductas de riesgo.

Adhiero a Cecilini Gabriela y otros colaboradores en que *"(...) Frente al achicamiento y desmantelamiento del Estado, y la consecuente reducción de su papel redistribuidor y de su accionar y en el ámbito de la Política Social, nos encontramos con un hospital en crisis, no solamente por a falta de insumos y políticas sanitarias adecuadas y responsables, sino además porque se han olvidado los valores de la libertad, justicia, equidad y solidaridad (...)"*.²⁶

Las políticas neoliberales, las políticas sociales focalizadas y la crisis económica, han empobrecido no solo económicamente a la población sino también a las instituciones de salud estatal, con recorte de presupuesto. El hospital se ve afectado por las problemáticas que aquejan a la salud pública en todo el país, visualizándose en la falta de disponibilidad de camas para algunas áreas, paros, jornadas de protestas, entre otros. Es así que esta

²⁶ Cecilini Gabriela. A; Gerrini M. Eugenia; Del Lujan Novoa; Patricia (2007) "Introducción". En: *La Nueva Pobreza en el ámbito Hospitalario. De la Indefensión al Ejercicio de Ciudadanía Social*. Editorial Espacio. Pág. 19

institución en los últimos diez años perdió más de 120 camas y varios sectores, pero paradójicamente en la actualidad ha triplicado su atención.



TERCERA PARTE:
MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO VII: ASPECTOS METODOLOGICOS

Fundamentación Metodológica

Para lograr los objetivos propuestos se implementa una investigación cuali-cuantitativa basada en el tipo de diseño exploratorio- descriptivo.

Se caracteriza al trabajo como exploratorio-descriptivo, adhiriendo a C. Sabino en cuanto a que *"(...) son investigaciones exploratorias aquellas que solo se proponen alcanzar una visión general, aproximativa, del tema en estudio (...)".*²⁷ Las investigaciones descriptivas *"(...) se proponen conocer grupos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento (...) se ocupan de la descripción de hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente (...) permiten poner de manifiesto los conocimientos teóricos y metodológicos de su autor (...)".*²⁸

En este tipo de estudio exploratorio-descriptivo *"(...) no tiene sentido formular una hipótesis para verificar por cuanto no se trata de lograr una explicación de los fenómenos en estudio (...)".*²⁹, sino un análisis crítico de los mismos.

Este trabajo utiliza herramientas cualitativas Taylor y Bogdan menciona que *"(...) Los métodos cualitativos son humanistas. Los métodos mediante los cuales estudiamos a las personas necesariamente influyen sobre el modo en que las vemos, cuando reducimos las palabras y actos de la gente en ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en su lucha cotidiana en la sociedad (...)".*³⁰

Las ideas de De Souza Minayo, se utilizan como guía ya que considera que la investigación cualitativa *"(...) se preocupa en las Ciencias Sociales, con un*

27 Sabino Carlos A. (1998): "Como hacer una Tesis" y elaborar todo tipo de escrito. Edición Ampliada. Editorial Lumen Humanitas. Pág. 93.

28 Ob. Cit., Nota 16. Pág. 93-94.

29 Sabino Carlos. A. "El Proceso de Investigación". Pág. 109. 2ª Edición. Editorial Lumen Humanitas. 1996

30 Taylor y Bodgan (1995): "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Editorial Paidós Ibérica. Pág. 21

nivel de realidad que no puede ser cuantificado. O sea, trabaja con un universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables (...).³¹

El estudio cualitativo se complementa con los datos obtenidos mediante métodos cuantitativos, estos deben ser “(...) *una pieza fundamental de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos aunque no necesariamente estandarizada (...)*”.³²

Universo de Estudio personas con diagnóstico de vih que se atienden en el Servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos “Oscar Alende” en el período de Abril-Diciembre del 2008.

Unidad de Análisis personas con diagnóstico positivo de vih provenientes de las zonas que conforman la Región Sanitaria VIII, que fueron entrevistadas en el proceso de práctica pre profesional en el Servicio de Infectología del HIGA en el período en mención.

Técnicas de recolección de datos

- Entrevistas en profundidad.
- Observación documental: Historias clínicas, base de datos del Servicio de Infectología.
- Consulta de material bibliográfico.

³¹ De Souza Minayo, M. Cecilia (2007): “Investigación Social, Teoría, Método y Creatividad.” Segunda Reimpresión. Buenos Aires. Editorial Lugar. Pág. 18

³² Sabino Carlos. A. “El Proceso de Investigación”. Pág. 125. 2ª Edición. Editorial Lumen Humanitas. 1996

ANALISIS DE LOS DATOS

Los objetivos propuestos son:

Objetivos Generales

- Indagar los motivos por los cuales personas con diagnóstico de HIV que residen distante geográficamente a la ciudad de Mar del Plata deciden atenderse en el Servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos de dicha ciudad.
- Observar la relación entre “representación social y adherencia al tratamiento” de las personas con HIV que residen en zonas aledañas y reciben tratamiento en el Servicio de Infectología del HIGA.

Objetivos Específicos

- Analizar las características personales de los pacientes con HIV que concurren al Servicio de Infectología del HIGA en el período de Abril-Diciembre del 2008.
- Analizar las características y recursos existentes de las zonas de procedencia de la población objetivo.
- Conocer la representación social que la población objetivo tiene sobre la enfermedad.
- Indagar sobre la existencia de criterios para la elección del centro de atención.
- Determinar el tratamiento asignado y los niveles de cumplimiento al mismo.

La modalidad operativa se basó en un primer momento en el análisis de la documentación existente, Encuestas Sociales Únicas, pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que se encuentran en el Servicio de Infectología, paralelamente se efectuó la selección de las personas provenientes de distintas localidades que conforman la región. Es de destacar que este procedimiento de inscripción permitió dar una lectura general del universo que recibe atención directa por ser portador de VIH.

De los datos mencionados surge que 250 personas actualmente se encuentran bajo Programa Provincial de vih/sida, de los cuales el 12% pertenecen a localidades aledañas a Mar del Plata, que conforman la Región Sanitaria VIII.

Para este trabajo se seleccionaron 8 localidades (Ayacucho, General Madariaga, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Partido de la Costa, Pinamar y Villa Gesell), usando como criterio de selección aquellas que tuvieron asistencia en el período en el que se realizó la investigación y que tuvieran como mínimo un año de tratamiento.

Posteriormente (2da. Momento) se procedió a contactar a los pacientes, población objetivo conformada por 25 personas. Esta tarea implicó un esfuerzo ya que requirió la necesidad de coordinar los elementos estructurales que operativizan la entrevista entre los diversos actores involucrados en esta propuesta de investigación.

A. Características de la población objetivo

La población entrevistada reúne el siguiente perfil:

Paciente	Sexo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Procedencia	Nivel de Instrucción
X.X.	Femenino	35 años	Casada	Ama de Casa y Vende Ropa	Mar de Ajo, Partido de la Costa.	Primario Incompleto
X.X.	Femenino	32 años	Soltera	Estudia y Vende Ropa	Coronel Vidal, Partido de Mar Chiquita.	Estudiante Universitaria
X.X.	Femenino	39 años	Viuda	Ama de Casa	Pinamar	Secundario Incompleto
X.X.	Femenino	36 años	En Pareja	Vende Ropa en su Casa	Ayacucho	Secundario Completo
X.X.	Femenino	42 años	En Pareja	Profesora Cerámica	General Madariaga.	Secundario Completo
X.X.	Femenino	35 años	En Pareja	Trabaja en un Kiosco en Negro	Maipú	Primario Incompleto
X.X.	Femenino	45 años	Casada	Ama de Casa	Necochea	Primario Incompleto
X.X.	Femenino	38 años	Casada	Maestra Particular Ingles	General Madariaga.	Terciario Completo
X.X.	Femenino	45 años	Viuda	Artesana	Ayacucho	Primario Completo
X.X.	Femenino	45 años	Casada	Vende Comida	Pinamar	Primario Completo
X.X.	Femenino	43 años	Soltera	Ama de Casa	Villa Gesell	Secundario Incompleto
X.X.	Femenino	38 años	En Pareja	Cocinera de Comedor	Maipú	Primario Completo
X.X.	Femenino	42 años	En Pareja	Empleada en Negro	General Madariaga	Secundario Incompleto
X.X.	Femenino	41 años	En Pareja	Vende Ropa	Coronel Vidal, Partido de Mar Chiquita	Secundario Incompleto
X.X.	Masculino	37 años	Soltero	Tapiza Autos	Villa Gesell	Secundario Incompleto
X.X.	Masculino	39 años	En Pareja	Peón Albañil	Mar de Ajo, Partido de la Costa	Secundario Incompleto

X.X.	Masculino	36 años	Casado	Mecánico	Necochea	Primario Completo
X.X.	Masculino	35 años	Casada	Maestra Particular	Ayacucho	Terciario Completo
X.X.	Masculino	38 años	En Pareja	No trabaja	Necochea	Primario Incompleto
X.X.	Masculino	43 años	En Pareja	Vendedor Ambulante	San Clemente, Partido de la Costa	Secundario Incompleto
X.X.	Masculino	37 años	Soltero	Profesor Baile	Villa Gesell	Secundario Incompleto
X.X.	Masculino	44 años	Soltero	Peón Albañil	Partido de Mar Chiquita	Secundario Completo
X.X.	Masculino	43 años	Soltero	Peluquero en su Casa	Maipú	Secundario Incompleto
X.X.	Masculino	37 años	Soltero	Empleado en Negro	Pinamar	Secundario Completo
X.X.	Masculino	45 años	Viudo	Taxista	Villa Gesell	Secundario Incompleto

A partir del cuadro expuesto se establece que de las personas entrevistadas 14 son de sexo femenino y 11 de sexo masculino. Comprenden la franja etárea entre 30 y 45 años de edad.

En relación al estado civil de los entrevistados, se observa que 9 están en pareja, 7 son solteros, en menor proporción 6 son casados, y por último 3 pacientes son viudos.

En cuanto al nivel educacional de los entrevistados son mayoría (10) los pacientes que tienen el secundario incompleto, 4 son los entrevistados que completan sus estudios secundarios, 4 tienen el primario completo y 4 el primario incompleto, solo una de las entrevistadas es estudiante universitaria y otra tiene un estudio terciario completo.

En relación a la actividad laboral de los entrevistados, se destaca que en su mayoría los pacientes se encuentran con una ocupación laboral solo uno de los entrevistados manifestó no trabajar.

Resulta importante mencionar, que del porcentaje de pacientes que cuentan con un empleo, en su totalidad desempeñan sus actividades dentro del plano informal, con ingresos esporádicos, trabajando en condiciones de inestabilidad, ya sea porque no le hacen los aportes correspondientes, o porque trabajan en forma intermitente o solo haciendo changas, lo que obstaculiza el acceso a obtener una obra social para ellos y sus familias.

B. Recursos de las localidades de procedencia de la población objetivo

En el presente cuadro se tienen en cuenta los niveles de atención (primero, segundo, tercero) con que cuentan las localidades seleccionadas.

Para profundizar sobre cuáles son los recursos con que cuentan las localidades, se tomaron dos ejes: la estructura y los recursos de los centros de atención.

Con respecto a la estructura se hizo incapié en cómo están conformados los equipos de salud, si los centros de atención cuentan con distintas especialidades médicas y con equipo tecnológico-laboratorios para abordar la complejidad de la patología.

El eje de los recursos incluye el acceso a la medicación y el apoyo alimentario.

Localidad	Niveles de Atención	Estructura		Recursos	
		Equipo Profesional	Equipo Tecnológico-Laboratorio	Acceso Medicación	Apoyo Alimentario
Ayacucho	Segundo nivel	→ 1 Médica Generalista trabaja el vih/sida.	No cuenta con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en llegar.	No llega
General Madariaga	Segundo Nivel	→ 1 Médico Generalista. En su momento concurría Médico Infectólogo de otra ciudad.	No cuentan con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en llegar.	No llega
Maipú	Segundo Nivel	→ 1 Médica Generalista. No cuentan con otras especialidades médicas que requiere la patología.	No cuentan con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en llegar.	No llega
Mar Chiquita	Segundo Nivel	→ 1 Médico Infectólogo.	No cuentan con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en llegar.	No llega
Necochea	Segundo Nivel	→ 2 Médicos Infectólogos. → 1 Enfermera encargada medicación. → 1 Trabajadora Social. Especialidades médicas para abordar la complejidad de la patología.	No cuentan con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en Llegar.	No llega
Partido de la Costa	Segundo Nivel	→ 1 Médica Infectóloga. Dos veces al mes concurre un Médico Infectólogo del Hospital Muñiz. Especialidades médicas para abordar la complejidad de la patología.	No cuentan con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en Llegar.	No llega
Pinamar	Segundo Nivel	→ 1 Médico Generalista.	No cuentan con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en Llegar.	No llega
Villa Gesell	Segundo Nivel	→ 1 Médica Infectóloga → 2 Psicólogos → 1 Trabajador Social.	No cuentan con equipo para hacer estudios de complejidad.	Demora en Llegar.	Llega

Como se observa en los datos obtenidos las 8 localidades cuentan con centros de salud de un segundo nivel de la atención.

Las localidades de Ayacucho, Maipú, General Madariaga y Pinamar, cuentan con un médico generalista, que se ocupa de la atención de los pacientes portadores de vih/sida.

El Hospital de Madariaga hace unos años contaba con un médico infectólogo que venía de otra localidad. Uno de los pacientes de Madariaga afirmó que *“(...) cuando estaba el consultorio de infectología en la sala de espera del hospital no se sentaba nadie o llegaban todos tarde sobre el turno para entrar rápido y que nadie los vea o solo se sentaban si era de tarde cuando en el hospital no hay gente, los pacientes no queremos ser reconocidos como portadores de HIV (...)”. “(...) es por esto que el consultorio se cerró no había demanda”*.³³

El resto de las localidades Mar Chiquita, Necochea, Partido de la Costa y Villa Gesell cuentan con médicos infectólogos, además dos de ellas Necochea y Villa Gesell cuentan con la atención de un psicólogo y trabajador social. Se observa que estas localidades cuentan con otras especialidades y trabajan de manera conjunta.

Las 8 localidades coinciden en que ninguna cuenta con equipo tecnológico-laboratorios, para hacer estudios de complejidad. Lo que implica que la extracción de sangre se realice en la localidad, se envíe a la ciudad de Mar del Plata a los respectivos laboratorios y luego vuelva el resultado a la localidad de origen. Implicando esto un tiempo mayor para obtener los resultados.

En cuanto a los recursos, se observa que la totalidad de las localidades afirman que la medicación demora en llegar y que el apoyo alimentario no llega, varios pacientes afirmaron *“(...) lo que ocurre en la atención que brinda el hospital es que las cosas no llegan a tiempo, la medicación se atrasa, se demora la autorización de estudios, las cajas de alimentos no llegan, con la leche maternizada pasa lo mismo (...)”*.³⁴

33 B.L. Entrevista realizada en el HIGA el 03 de diciembre del 2009 en el Servicio de Infectología.

34 J.R. Entrevista realizada en el HIGA, el día 31 de Marzo 2010 en el Servicio de Infectología.

C. Criterios para la elección del centro de atención

Se pueden identificar los siguientes criterios en la selección del centro de atención:

a) El **nivel de complejidad** para abordar la problemática que implica la atención de personas que son portadoras de Vih.

De los dichos de los entrevistados R destaca que “(...) Si surgen complicaciones en la enfermedad que requieran de otras especialidades médicas, en el HIGA están todas, Gesell no cuenta con Neurólogo, por ejemplo (...)”.³⁵

Esta inclinación evidenciada insiste en la mayoría de las entrevistas.

Para los pacientes el HIGA cuenta con un Servicio de Infectología, en donde “(...) hay médicos infectólogos, tiene un servicio de internación y además cuentan con la atención del servicio social que nos permite trabajar sobre los miedos de la enfermedad (...)”.³⁶

b) **La eficiencia dada por los servicios de laboratorio y la eficiencia y efectividad en el acceso a la medicación.**

La elección de la ciudad de Mar del Plata es debido a que la **extracción de sangre** para los estudios correspondientes no requiere de un traslado que implique grandes distancias, y por consecuente los resultados se obtienen en un tiempo más inmediato. El análisis de Carga Viral es enviado al INE (Instituto Nacional de Epidemiología), y el análisis de CD4 es enviado al HIEMI (Hospital Interzonal Materno Infantil). Lo que implica obtener los resultados de manera más inmediata.

Con respecto a la medicación, la Región Sanitaria VIII se encarga de distribuirla a todas las localidades que la conforman, varios de los pacientes manifestaron que eligen el HIGA debido a que la **medicación es segura y llega en tiempo y forma**, siendo esto de suma importancia para la continuidad del tratamiento.

No sucede lo mismo en sus localidades de origen ya que algunos de los entrevistados manifiestan “(...) antes de atenderme en el HIGA lo que hacía era

35 J.R. Entrevista realizada en el HIGA el día 31 de Marzo del 2010 en el Servicio de Infectología.

36 A.O. Entrevista realizada en el HIGA el día 22 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.

*conseguir la medicación que necesitaba por pacientes que habían dejado de consumir esa medicación y así iba guardando reservas, porque en el hospital de mi ciudad escasea mucho la medicación (...)*³⁷

c) **Promueve la adherencia al tratamiento.**

A todas las personas encuestadas les fue prescrito realizar tratamiento con antirretrovirales. Dicho tratamiento requiere de continuidad y de una muy alta adherencia, para aspirar a un máximo de eficacia y evitar el desarrollo de resistencias. Los tratamientos irregulares y las interrupciones son factores que atentan contra el pronóstico individual y el mantenimiento de la efectividad de un mismo esquema de medicamentos.

Los pacientes entrevistados en algún momento del tratamiento encontraron obstáculos para su adherencia, debido a la falta de medicación en sus centros de atención. Es por esto que eligen el HIGA, ya que la medicación es más segura.

Al mismo tiempo, los pacientes afirman que *"(...) durante el tratamiento hay bajones y es bueno saber que uno cuenta con el médico o la asistente social...que están ahí para escucharte y darte ánimo (...)"*³⁸

d) **Anonimato y satisfacción en la relación médico-paciente.**

En las entrevistas realizadas los pacientes exponen en su totalidad que logran mantener el **anonimato del diagnóstico** de la enfermedad al atenderse en el HIGA.

En sus localidades de origen esto no es posible, debido a que la relación con el médico está basada en la desconfianza y la disconformidad, se han sentido discriminados por los médicos y a su vez, estos no cumplen con el secreto profesional. *"(...) en el hospital de mi pueblo no hay secreto profesional, cuando me diagnosticaron la enfermedad yo no quería decirlo a nadie más que a mi mujer y los médicos nunca respetaron mi decisión, cuando caí internado se lo dijeron a otros parientes míos y yo no quería. Se enteró todo el mundo de*

37 B.L. Entrevista realizada en el HIGA el día 03 de Diciembre del 2009 en el Servicio de Infectología.
38 V.M. Entrevista realizada en el HIGA el día 05 de Julio del 2010 en el Servicio de Infectología.

que tenía sida, luego tuve que desmentirlo porque no quiero que sepa nadie, solo mi mujer (...).³⁹

En relación a la reflexión anterior, es importante mencionar las reglas de confidencialidad, comunes en los Códigos de Ética Médica.

La Asociación Médica Mundial ha afirmado reglas de confidencialidad. Su *Declaración de Ginebra* afirma la obligación de absoluto secreto e incluye la siguiente promesa: *“respetare los secretos que me confíen, incluso después de la muerte del paciente”*. Su código internacional de ética declara el requisito más riguroso de todos: *“un doctor preservará absoluto secreto de todo lo que sepa sobre su paciente por la confianza depositada en él”*.⁴⁰

El contexto de la práctica médica requiere que el paciente facilite información privada y confidencial, y por lo tanto, la falta de fidelidad suprime una dimensión de la relación médico-paciente. En relación a lo dicho un paciente afirmó que *“(...) en una localidad pequeña es más difícil ser portador de Sida, es más difícil atenderse en un centro de salud, todos nos conocemos mucho (...)*”.⁴¹

Se ha podido observar en las situaciones analizadas que la **relación médico-paciente** fue expulsora de los pacientes que concurrían a los centros de salud de las ciudades de Ayacucho, Madariaga, Mar de Ajo, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, Villa Gesell. Ya que movilizó a los mismos a que busquen atención médica en otra localidad, fuera de su lugar de residencia, en este caso Mar del Plata.

Con respecto al equipo médico del HIGA la mayoría de los entrevistados refiere haber construido un fuerte vínculo con los profesionales que abordan la problemática, manifestando sentirse muy apoyados y contenidos por éstos desde el momento del conocimiento del diagnóstico a la actualidad. Una paciente expresó *“(...) fantástica! Yo siempre sentí como que vine a mi segunda casa...siempre estuve muy contenida...he hecho una relación fantástica...mi relación con X va más allá de ser paciente y...en general somos*

39 M.A. Entrevista realizada en el HIGA el día 09 de diciembre del 2009 en el Servicio de Infectología.

40 Tom L. Beauchamp, James F. Childress. “Principio de Ética Biomédica”. Editorial Masson. Pág. 402.

41 J.R. Entrevista realizada en el HIGA el día 31 de Marzo 2010 en el Servicio de Infectología.

amigos (...).⁴² “(...) El grupo humano que trabaja acá es excelente, yo te digo que hace unos cuantos años que estoy con esto, y siempre me atendí acá y acá me han atendido de una manera muy especial (...).⁴³

e) Consejería

Es significativo que en todas las entrevistas realizadas, los pacientes destacan la información y distintos materiales que les brindan los médicos infectólogos y el servicio social para conocer y comprender en mayor profundidad a la enfermedad. Es así que un paciente manifestó *“(...) tenía mucho miedo cuando me diagnosticaron el vih gracias a todo lo que me enseñaron los médicos y la asistente social, de a poco me animé a hablar de la enfermedad y conocer más sobre ella (...).⁴⁴*

“(...) Vengo acá al HIGA desde hace dos años y medio más o menos, y me gustó. Me gusta mucho la atención, es lo que yo espero de un médico que te escuche, que te pregunte qué te pasa, que te enseñe (...).⁴⁵

42 D.Y. Entrevista realizada en el HIGA el día 2 de Diciembre del 2009 en el Servicio de Infectología.

43 A.M. Entrevista realizada en el HIGA el día 11 de Febrero del 2010 en el Servicio de Infectología.

44 A.O. Entrevista realizada en el HIGA el día 22 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.

45 V.M Entrevista realizada en el HIGA el día 05 de Julio del 2010 en el Servicio de Infectología.

D. Representación Social del portador de VIH/SIDA

De acuerdo a lo desarrollado en el marco teórico en relación a la categoría "Representación Social", en la cual se observa la relevancia que adquiere el entendimiento de la dinámica de las interacciones sociales y la necesidad de aclarar los determinantes de las prácticas sociales que juntamente con el discurso constituyen la representación social. Es que se intenta, en este trabajo, hacer anclaje en estos elementos visibilizados a través del discurso que emergen de las entrevistas realizadas.

Se puede determinar como ejes conductores aquellas dimensiones que conforman las practicas determinantes de esta representación que fueron nominadas como: a) el impacto del diagnóstico, b) conductas / practicas asociadas al VIH / Sida, y c) percepciones de los antirretrovirales.

Moscovisi afirma que una representación social puede tener una orientación actitudinal positiva o negativa, se considera que el análisis de estas dimensiones darán cuenta del impacto actitudinal que influye en la construcción de las representaciones de cada sujeto.

Análisis de las dimensiones

a) Impacto del diagnóstico

Tomar conocimiento del diagnóstico de vih/sida provoca en los entrevistados diversas reacciones inmediatas: miedo, negación, bronca, angustia, depresión, etc. Algunos perciben esta situación con una actitud positiva, como una posibilidad de cambio en las prácticas cotidianas de su vida que se basa, especialmente, en generar estrategias que favorezcan la recuperación de las adicciones, repensando cambios de conducta y adherencia a la medicación como factores relevantes.

Un paciente al respecto afirmo "*(...) hasta el primer día que me dijeron positivo yo seguía consumiendo drogas la que se te ocurra eh...me la pasaba saliendo de noche. Pero eso lo hice hasta que llegue al hospital. El día que me dijeron positivo hice un clic. No necesite ni tratamiento para dejar la cocaína, fue como*

un clic que me hizo la cabeza y no toque más...me ayudo a rescatarme de lo que era yo (...).⁴⁶

"(...) el sida me ayudo, capaz que si yo no tenía vih hoy estaría muerto. No por el sida sino por la droga, o por la policía, o en la calle misma (...).⁴⁷

A su vez el diagnóstico genera también un **impacto negativo** este se asocia con sorpresa, no asimilación, problemas de adherencia, gran resistencia.

"(...) Porque ¿yo sida? No caía, no lo podía creer. ¿Cómo me lo infecté? No me preguntes porque no sé. Me largue a llorar. Me quería matar. Directamente matarme (...).⁴⁸

"(...) para mí fue la muerte aunque se y el médico me explica que hoy el hiv es una enfermedad crónica, que si encuentro un esquema de medicación para mi organismo y el cuerpo la asimila bien, puedo seguir viviendo, en lo primero que pensé es en la muerte...prefiero morirme de cualquier cosa antes que de sida (...).⁴⁹

El impacto negativo implica la necesidad de efectuar una ruptura en relación a la representación pre-existente. Pensarse como portador de VIH / Sida, exige revertir practicas preexistentes. *"(...) cuando me entere del diagnóstico me puse muy mal, llore mucho, para poder aceptar la enfermedad busque mucha información y asesoramiento, necesitaba romper con creencias y mitos que giran entorno a la enfermedad, porque sino no iba a poder sobrellevarla (...).⁵⁰*

Surgen afirmaciones que requieren de la reconstrucción del sistema de valores y creencias, permitiéndoles a los mismos, otras formas de vincularse y relacionarse con la enfermedad y las personas, se observa que el paciente que logra romper con esa representación social negativa de la enfermedad alcanza una mejor adherencia al tratamiento, ya que se predispone de otra manera. Impresiona que aquellos que no logran este proceso y quedan atrapados en la representación social negativa, entorpecen el tratamiento y se aíslan.

46 J.V. Entrevista realizada en el HIGA el día 03 de Junio del 2010 en el Servicio de Infectología.

47 V.M Entrevista realizada en el HIGA el día 05 de Julio del 2010 en el Servicio de Infectología.

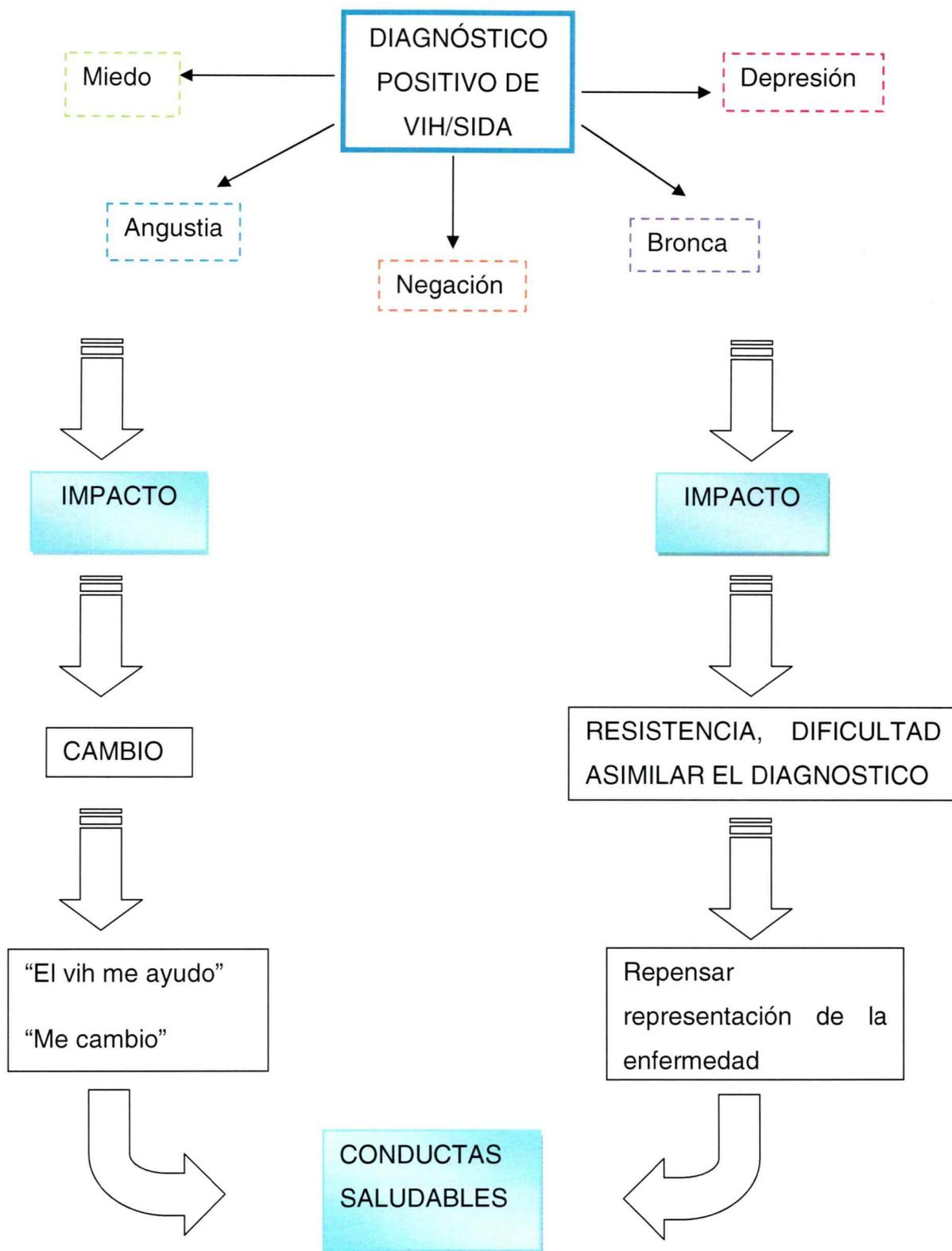
48 A.M. Entrevista realizada en el HIGA el día 11 de Febrero del 2010 en el Servicio de Infectología.

49B.L. Entrevista realizada en el HIGA el día 03 de diciembre del 2009 en el Servicio de Infectología.

50 G.G. Entrevista realizada en el HIGA el día 6 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.

"(...) el vih es un diagnóstico muy difícil de digerir, para mí implicó una crisis emocional muy grande, hasta el día de hoy no puedo dar a conocer mi diagnóstico, siento que me juzgarían...deje un trabajo porque me sentía mal...sentía que todos sabían lo que yo tenía (...)"⁵¹

⁵¹ B.D. Entrevista realizada en el HIGA el día 22 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.



El presente cuadro intenta graficar las diferentes actitudes que emergen.

b) Conductas asociadas al vih/sida

A lo largo de las entrevistas se observan distintas asociaciones con respecto al vih/sida, donde se incluyen distintas prácticas y/o conductas. Las cuales se detallan a continuación:



Estas prácticas y/o conductas son las que se asocian al concepto de vih/sida en la actualidad. Es significativo que para los pacientes estas asociaciones a las distintas prácticas/conductas no han cambiado a lo largo de la historia del vih. Según los dichos de los entrevistados, la mayoría coincide en que *“la enfermedad desde la medicina tuvo muchos avances... hoy hablamos de una enfermedad crónica, pero el pensamiento de la gente no evolucionó, nos siguen tratando como al inicio de la aparición de la enfermedad”*.⁵² Es así que vemos como esta representación social se mantienen a lo largo de la historia.

⁵² Entrevistas a pacientes del Servicio de Infectología del HIGA, período 2009-2010.

c) *Tratamiento antirretroviral*

Las entrevistas demuestran distintas precepciones acerca de la terapia antirretroviral:

PERCEPCIONES DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

- ↓ Permite disminuir la Carga Viral.
- ↓ Aumenta las defensas.
- ↓ Permite Recuperarse de las enfermedades marcadoras.
- ↓ Seguir viviendo.
- ↓ Manipulada por la Industria Farmacéutica.
- ↓ Miedos a los efectos colaterales que puede acarrear la medicación.

De los relatos se ven por un lado, los efectos positivos de la terapia arv, tales como: bajar la carga viral y aumentar las defensas, los antirretrovirales son vistos como la posibilidad de recuperarse de enfermedades marcadoras, enfrentar la vida, ya que les permite seguir viviendo.

*"(...) y hay que bancársela. Yo me acostumbre a tomarlo pensando que es algo más. Como la comida, como tomarse una cerveza de noche o comerme una golosina, hay días que me mata me hace mal al estómago y me descompone pero me lo banco. Sé que no me queda otra por ahora (...)"*⁵³

*"(...) a mi me dieron la medicación porque ya estaba muy mal, estaba internado. Me había agarrado un par de cosas juntas, enfermedades marcadoras y era el coctel la única opción que tenía, me salvo la vida (...)"*⁵⁴

En un testimonio se vinculo el tratamiento ARV con el negocio de la industria farmacéutica *"(...) hay médicos que primero ven la plata que les da el laboratorio antes que la necesidad del paciente, es un gran negocio, a veces un*

53 J.R. Entrevista realizada en el HIGA el día 31 de Marzo del 2010 en el Servicio de Infectología.

54 G.G. Entrevista realizada en el HIGA el día 06 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.

laboratorio le dice al médico mira salió esto, meteme esto, en vez de darle a la persona una medicación que sea más adecuada para el (...).⁵⁵

La medicación está asociada a efectos colaterales:

"(...) me costó mucho tomar la medicación porque tenía miedo a las alteraciones en el aspecto físico que me podía generar, me resistí a tomarlas hasta no dar más (...).⁵⁶

"(...) la primera vez tenía mucha cantidad de pastillas, casi me muero cuando me las indico el médico, tenía miedo a tomarlas...no sabía cómo iba a actuar la droga en mi cuerpo, no me quería sentir mal...cuando tomé la primera quería sentirme bien inmediatamente, pero eso no fue así y ahí me agarro un bajón muy grande (...).⁵⁷

55 A.M. Entrevista realizada en el HIGA el día 11 de Febrero del 2010 en el Servicio de Infectología.

56 G.G. Entrevista realizada en el HIGA el día 06 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.

57 G.G. Entrevista realizada en el HIGA el día 06 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.

E. Tratamientos asignados y niveles de cumplimiento al mismo

El presente objetivo se ve reflejado en los siguientes ítems:

a) Elección del tratamiento ARV

La mayoría de los pacientes refiere haber participado en la elección de su esquema de tratamiento, manifestando "*haberse sentido escuchado*" al momento de la elección.

Mientras que la minoría refiere no haber sido consultado por los profesionales actuantes al momento de escoger el esquema, destacándose la prevalencia de los primeros. De los dichos de los entrevistados G.W., A.R. destacan que "*(...) el médico me enseñó mucho sobre la enfermedad, me explico porque tenía que tomar lo que me daba y me explico porque debía reemplazarla en el caso de no tener la medicación indicada (...)*"⁵⁸. Esta inclinación evidenciada insiste en la mayoría de las entrevistas.

Los pacientes refieren haber recibido la información necesaria de parte del equipo de salud del HIGA a fin de evaluar las ventajas y desventajas de los tratamientos ARV presentados por los diversos profesionales.

En la mayoría de los casos se puede afirmar que existe una postura activa y participativa en lo que respecta al proceso de salud de cada uno. Los entrevistados son conscientes y responsables de su propia salud, superando el modelo tradicional de la relación médico-paciente, en el cual solo el profesional decide y conoce sobre la salud del otro.

b) Nivel de conocimiento que los pacientes tienen sobre sus estudios, modificación en los valores y cuidados a tener en cuenta:

- **Estudios específicos, Carga Viral- CD4**, es importante aclarar que no fue planteado como una pregunta que requiera una respuesta numérica, sino que se le dio a la persona la libertad de incluir su apreciación personal respecto a los mismos.

Esto confirmo que el estudio de CD4 y Carga Viral es conocido por todos los entrevistados, a pesar de que algunos no tengan presentes sus valores

58 G.W., A.R. Entrevistas realizadas en el HIGA el día 10 y 16 de diciembre del 2009 en el Servicio de Infectología.

numéricos. “(...) es bueno saber cómo esta uno de CD4 y carga viral, te deja más tranquila una carga viral indetectable (...)”.⁵⁹

- **Cuidados**, en este punto los pacientes incluyen en los cuidados la alimentación, una paciente expresó “(...) es necesario tomar la medicación respetando el horario, mucha agua, comer con una dieta más o menos balanceada, comer fruta. La alimentación es muy importante (...)”⁶⁰. Contar con la medicación en el momento necesario, establecer pautas de autocuidado. Uno de los pacientes afirmó “(...) para estar bien tuve que dejar de hacer trabajos forzosos la enfermedad te tira mucho a bajo, por eso decidí tomar algunas precauciones, como cuidar más mi cuerpo, mi alimentación (...)”.⁶¹

c) **Regularidad de las consultas médicas**

Si bien la gran mayoría manifiesta realizarse los controles periódicamente y afirman cumplir con las tomas indicadas, es significativo que entre los entrevistados que manifestaron no realizar los controles periódicos y no cumplir con las tomas dadas, expresan no haber podido llevarlos a cabo por los motivos que se enumeraran a continuación:

- **No quieren que su entorno se entere que tienen vih/sida**, es por esto que no quieren hacer el tratamiento, tienen miedo a que le descubran la medicación. Entonces prefieren no tomar el coctel indicado, ni hacerse los controles, “(...) aún vivo con mis padres y la verdad es que prefiero no hacer el tratamiento, no tomar la medicación antes que mi familia se entere de la enfermedad que tengo (...)”.⁶²
- **La toma del coctel les produce efectos colaterales fuertes**, o porque el **esquema de tratamiento cuenta con demasiadas tomas diarias**. “(...) lo deje por mucho tiempo porque tomaba muchas capsulas de ritonavir, seis, y un 3tc y otras más, era mucho me explotaba el estómago (...)”.⁶³
- **Se sienten bien.**

59 Y.L. Entrevista realizada en el HIGA el día 26 de Noviembre del 2009, en el Servicio de Infectología.

60 L.B. Entrevista realizada en el HIGA el día 16 de Marzo del 2010, en el Servicio de Infectología.

61 J.S. Entrevista realizada en el HIGA el día 12 de Noviembre del 2009, en el Servicio de Infectología.

62 M.V. Entrevista realizada en el HIGA en el Servicio del Infectología el día 05 de Agosto del 2010.

63 M.C. Entrevista realizada en el HIGA en el Servicio del Infectología el día 06 de Mayo del 2010.

Cabe destacar que todos los entrevistados expresaron poder realizar sus controles a distancia, dejando en claro que los aspectos económicos no son un obstáculo, afirmando que *“(...) prefieren asumir todos los costos y complicaciones que requiere la atención médica fuera de su localidad para mantener el anonimato de la enfermedad (...)”*⁶⁴. Inclination evidenciada en la mayoría de las entrevistas.

d) ***Nivel de información de los entrevistados, como la obtuvieron, comprensión del funcionamiento del virus en el organismo***

Según los datos obtenidos la mayoría de las personas no tenían información al momento de su diagnóstico, y los que tenían algún tipo de información era por su acercamiento a la enfermedad, a través de otras personas amigos, pareja o grupo de pares que ya estaban infectados.

*“(...) yo al principio no tenía ni idea ni siquiera desde la tele, conocía una pareja que se había muerto de sida eso era lo que sabía, conocía lo relacionado a la muerte (...)”*⁶⁵

Cuando se les pregunta a los entrevistados acerca de que si se fue modificando ese conocimiento previo al diagnóstico a medida que comenzó a vivir con el virus, la mayoría responde positivamente. Marcan como fuentes fundamentales de información la relación con el médico, la consejería del servicio social y el acceso a información de manera individual por medio de libros, internet, charlas, folletos.

e) ***Dificultades para el sostenimiento del tratamiento***

“Dificultad de tolerancia orgánica a la medicación” durante el momento inicial del tratamiento. ***“Al inicio resultado difícil”***, característica común en algunos de los pacientes entrevistados. *“(...) tarde casi un año y medio para tomar la medicación, siempre empezaba y la dejaba, intente con varios esquemas pero todas me mataban del estomago (...)”*⁶⁶

64 Entrevistas realizadas a pacientes del Servicio de Infectología en el período 2009-2010.

65 B.D. Entrevista realizada en el HIGA en el Servicio del Infectología el día 22 de Abril del 2010.

66 A.M. Entrevista realizada en el HIGA el día 11 de Febrero del 2010 en el Servicio de Infectología.

En general, la vivencia que los pacientes expresan es de malestar, el tratamiento es lo que "enferma", lo que "hace mal", lo que "da miedo", lo que "descompone", lo que "bajonea".

De modo tal que los medicamentos son significados como ***"amenazantes, peligrosos, que causan miedo y por tanto no pueden ser digeridos"***, del mismo modo que ***no puede ser elaborada la situación de poseer una enfermedad que es representada como mortífera.***

"(...) el vih es un diagnóstico muy difícil de digerir, para mí implicó una crisis emocional muy grande (...)".⁶⁷

Estos efectos caracterizan un momento inicial del tratamiento, ya que pudieron ser superados por los pacientes, luego de un período de tiempo. Los mismos manifiestan que necesitaron de un lapso para poder asimilar el diagnóstico y un trabajo de conocimiento y profundización sobre la enfermedad.

Por otro lado, otros pacientes que han podido sostener su tratamiento sin interrupciones ni abandonos también expresaron dificultades iniciales en la tolerancia de la medicación, remitiéndolas a trastornos digestivos, hepáticos, etc., pero éstas se fueron resolviendo de diferentes maneras.

"(...) Siempre tome la medicación, siempre le hice caso al médico...pero a veces me dan ganas de tirarlos todos a la mierda porque me dan muchos problemas...cuando me ataco que los quiero dejar trato de ir a ver al médico o hablar con un amigo...buscar ayuda por algún lugar (...)".⁶⁸

f) ***Adherencia al tratamiento***

Todos los casos concuerdan en afirmar que la adherencia al tratamiento "pasa por una cuestión personal", refiriéndose a un compromiso no solo con el médico y la medicación sino con ***"el propio ejercicio de responsabilidades y derechos en las cuestiones de su salud"***.⁶⁹

Una paciente que considera tener un rol activo con respecto a su enfermedad afirma ***"(...) como por ejemplo con el coctel, bueno, no decirle dame ese cóctel porque no puedes obligarlo al médico, pero ayudarlo. Porque el médico tiene***

67 B.D. Entrevista realizada en el HIGA el día 22 de Abril del 2010 en el Servicio de Infectología.

68 S.D. Entrevista realizada en el HIGA el día 17 de Febrero del 2010 en el Servicio de Infectología.

69 Pacientes del Servicio de Infectología.

500 pacientes y él mira la historia clínica, pero vos también tenés que ayudarlo al médico, que te duele acá, este medicamento me hace bien, me hace toser, me hace mal al hígado, ah, bueno, cambiamos el cóctel. Si no lo ayudas, el médico te va a seguir dando ese medicamento, y te está haciendo bolsa a vos. Mentira que es culpa del médico. Vos también tenés que ayudarlo. Porque se labura de a dos. A lo primero demandas. Vos no sabes. No tenés trato con el médico, vos demandas, el no tiene la culpa si es una persona como uno, nada más que con un estudio (...).⁷⁰

Se puede observar a lo largo de las entrevista que los pacientes asumen la decisión de tener una “convivencia sana y activa” con el virus del VIH/SIDA, ya que adoptan de manera consciente, responsable y en el transcurso de su vida cotidiana conductas y actitudes de autocuidado.

70 S.D. Entrevista realizada en el HIGA el día 17 de Febrero del 2010 en el Servicio de Infectología.



CUARTA PARTE:
CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS

CONCLUSIÓN

Es de destacar que la realización del presente trabajo posibilitó conocer en profundidad el Programa Nacional y Provincial de VIH / SIDA y analizar el funcionamiento del mismo en la Región Sanitaria VIII, a través de quienes son los protagonistas principales, las personas portadoras de VIH / SIDA, estos a través de sus relatos permitieron observar el nivel de eficacia y eficiencia que el programa posee, como así mismo reflexionar sobre los objetivos propuestos.

La población que accede al programa proveniente de la Región que comprende la Unidad Sanitaria VIII elige como centro de atención el HIGA de la ciudad de Mar del Plata. Se trata de una población instruida, este hallazgo amerita reflexionar sobre los contenidos existentes en los planes de educación con respecto a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y en la modalidad pedagógica en las que se transfieren estos conocimientos. Todos se encuentran en un período de vida reproductivo y económicamente activo, estando la mayoría insertos laboralmente, pero con trabajos precarios, esto hace presumir que ser portador de VIH / SIDA es un elemento obstaculizador para acceder a trabajos formales, por lo tanto crea condiciones de inestabilidad en la seguridad social y de inequidad.

La dificultad al acceso a la seguridad social, hace que los mismos recaigan de manera casi obligatoria, en un centro de atención de la salud público.

Surge claramente de la interpretación de sus narrativas que los centros de atención públicos existentes en su localidad no le dan seguridad en la atención de esta patología, además buscan el anonimato, y consideran que el mismo no puede sostenerse si en estos espacios, sólo pueden sentir seguridad en la atención que ofrece un centro con las características que reúne el HIGA.

El temor en la atención en sus propios lugares responde a la inexistencia en esos centros de Servicios de Infectología. Acá es necesario observar la diversidad en las estructuras en el ámbito de la Región VIII para la aplicación del Programa, esta diversidad es la que no da seguridad a la población usuaria entrevistada.

La necesidad de mantener el anonimato se puede inferir que está en estrecha relación con la representación social dominante, hemos definido a la representación social como *“una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios...son la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, son sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa”*. El miedo de los sujetos al rechazo que existe por parte de la sociedad hacia las personas que viven con el virus, hace que aparezca la necesidad de los pacientes de mantener el anonimato del diagnóstico y buscar al mismo tiempo un centro de atención fuera de la localidad.

Si bien, todas las localidades que conforman la Región Sanitaria VIII cuentan con el Programa Nacional y Provincial de vih/sida, a lo largo del trabajo se visualizaron algunas irregularidades con respecto al funcionamiento de los mismos. Se ve reflejado en los recursos de alimentos y medicamentos, ya que no llegan en tiempo y forma desde la ciudad de Mar del Plata hacia las distintas localidades que conforman la región, siendo esto un obstáculo para el portador de vih al momento de sostener el tratamiento, generando dificultades en la adherencia al mismo. Los tratamientos irregulares y las interrupciones son factores que atentan contra el pronóstico individual y el mantenimiento de la efectividad de un mismo esquema de medicamentos.

Estas irregularidades no solo perjudican a los pacientes, sino que también reflejan el funcionamiento de las instituciones que forman parte de la salud pública. Se entiende que la adherencia trasciende la simple ingesta de medicamentos, debiendo ser comprendida de forma integral, es por esto que se considera necesario para que los pacientes alcancen la adherencia al tratamiento el buen funcionamiento de los servicios de salud.

Con respecto al servicio de infectología del HIGA, se afirma que la elección de dicho servicio esta mediada por la representación positiva que el equipo de salud tiene en su totalidad incluyendo enfermeros, servicio social, médicos y voluntarios. Esto se ve reflejado en el grado de compromiso y responsabilidad del servicio de infectología, quien sostiene un vínculo positivo con las personas que allí se atienden, y que se refleja en el discurso de los entrevistados en una alta cuota de confianza, expresada en un estilo de relación "informal" que excede las relaciones "obligadas" que se estipulan en el binomio médico-paciente. Este tipo de relación favorece una red de contención y apoyo más amplia para el paciente, encontrando un espacio de escucha y comprensión para dialogar sobre aspectos relacionados con el tratamiento de la enfermedad, como también cuestiones que hacen a sus vidas cotidianas.

Entonces por medio de esto se ve como los profesionales, efectores del programa, que componen el equipo profesional del HIGA promueven la adherencia al tratamiento, principio del Programa, a través de una modalidad de atención que rescata el vínculo que se establece con el equipo profesional, el acceso a la medicación, la complejidad en los equipos tecnológicos/laboratorios y todo esto hace a la calidad y eficiencia en la atención brindada por el servicio.

Aparece como obstáculo a lo largo del trabajo, la escasa información con que cuenta la Región Sanitaria VIII en relación a la situación del vih en las distintas localidades que la componen. Incluyendo aspectos tales como: la cantidad de pacientes que están bajo programa, como se conforman los equipos de salud, cuales son los centros que abordan la patología, con qué recursos cuentan.

Estos datos se solicitaron al referente de la zona, para poder realizar el trabajo. Al no contar con la información sistematizada, se hizo incapié en la necesidad de ordenar y plasmar los datos para contribuir al mejor funcionamiento de la región, como servicio de salud público, y al mismo tiempo, apuntando a la necesidad de contar con estos datos para tener un mayor seguimiento de los pacientes.

A lo largo del análisis acerca de los recursos se puede ver como el Estado interviene por medio de los distintos programas para abordar la complejidad de la patología, esto no es suficiente al momento de definir la política pública. Si

bien el Estado tiene un rol prioritario, son necesarias acciones conjuntas desde los distintos dispositivos de la salud, ya que la política se construye a partir de distintos sectores de la sociedad.

Es necesario para alcanzar la promoción de la salud la combinación de estos distintos escenarios, que se componen de estrategias entre las acciones del Estado (políticas públicas), las acciones que realizan la comunidad (organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, equipos de salud, autoridades locales, medios de comunicación) y los individuos por medio del desarrollo de habilidades personales.

Al mismo tiempo se observa, que de los distintos Municipios que conforman la Región Sanitaria VIII solo el distrito de General Pueyrredón cuenta con un tercer nivel de la atención y el resto de las localidades con un segundo nivel. Esto se puede asociar a que un limitado sector de la población accede a los servicios que la política social brinda. Se ve que un conjunto significativo de la población queda al margen de la acción pública en sectores de la salud, quedando relegados de los diferentes beneficios, y al mismo tiempo la infraestructura pública de salud no se haya accesible a ciertas áreas geográficas. Esto se evidencia en la estructura que posee cada localidad de la región, ninguna cuenta con equipos tecnológicos/laboratorios para abordar la patología.

Parece ser que la posición ocupada en la estructura social es un factor que segrega significativamente el monto y calidad de los beneficios que se perciben. Podemos ver que a mayor urbanización de desarrollo corresponden niveles diferentes de beneficios. Así la calidad y volumen de servicios de salud suelen ser mayores en regiones más desarrolladas, este es uno de los problemas vinculados a la equidad de la política social.

Con respecto a los supuestos que se establecieron en un comienzo, al llegar a esta parte del trabajo es acertado afirmar que la elección del centro de atención de la salud de parte de los pacientes de las ocho localidades de la Región Sanitaria VIII, está mediada por la representación social que los pacientes tienen de la enfermedad y al mismo tiempo, esta representación social va a

impactar en la adopción de conductas saludables. Es así como vemos la relación entre representación social y adherencia al tratamiento.

Cuando se habla de representación social es necesario detenerse a pensar en la evolución que ha tenido la enfermedad desde los inicios hasta la actualidad, es significativo que hoy a pesar de que el vih/sida es una enfermedad crónica, que desde la medicina ha tenido muchos avances, la sociedad no ha podido asumirla como tal. Se sigue asociando a la enfermedad con determinados hábitos transgresores de la normatividad social, tales como *“homosexualidad, promiscuidad sexual y uso de drogas endovenosas”*. Siendo los elementos en juego *“sexo, sangre, droga y muerte”*. La enfermedad representa *“la conducta desviada, lo prohibido, lo inmoral y alude a lo peligroso, a lo mortal”*.

Los pacientes perciben, que el pensamiento de la sociedad en general no evoluciona a la par de la enfermedad, la sociedad actual mantiene un pensamiento similar al del inicio de la enfermedad.

Así vemos, como la representación social del vih/sida que surgió en el inicio de la enfermedad se mantiene hasta nuestros días condicionando las percepciones de los portadores de vih/sida y la sociedad en general.

A raíz del trabajo realizado, se puede dar cuenta de la importancia de incluir las representaciones sociales en la intervención cotidiana, ya que incluye al hombre como ser individual y en interacción con el medio cultural. Es importante detenernos en esto ya que los sujetos/actores realizan frente a los padecimientos diferentes estrategias que incluyen significaciones y prácticas producto de las representaciones socio-culturales de su grupo.

Al mismo tiempo, por medio de la intervención fortalecer y seguir fomentando el trabajo interdisciplinario al interior de los equipos de salud, considerando a esta modalidad de trabajo como una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. Ya que no es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos de salud.

PROPUESTA

El trabajo permite destacar que la intervención del trabajador social debe contemplar una *estrategia de interpelación*, que dé la posibilidad de alterar el orden, problematizar, y re significar el impacto de la cuestión social.

Otorgar a las representaciones sociales espacios privilegiados en la intervención, como puntos estratégicos de la misma. Trabajar en la re significación desde y en el imaginario social, a través de la intervención con el sujeto, su familia y la comunidad, en los procesos de estigmatización que producen la fragmentación social, en y desde las representaciones sociales.

La intervención así planteada supone una búsqueda en cuanto a la construcción de una modalidad discursiva distinta, signada por el sujeto, elaborada en función de su vinculación con los otros. Produciéndose líneas que permitan reconstruir, recodificar el discurso hegemónico, logrando una manera nueva y diferente de enunciación de la realidad que se presenta como dada. Quizás este sea uno de los desafíos del trabajo social, en el abordaje de problemáticas sociales complejas como el vih/sida en el escenario actual....no aceptar lo habitual como cosa natural...

La infección de vih implica una articulación de significados que se presentan como una posibilidad de análisis para la intervención en lo social.

Desde la perspectiva de los imaginarios sociales, es posible plantear formas, mecanismos o dispositivos de intervención desde los cuales se intente revisar esas construcciones, resignificándolas en la singularidad de cada actor, de cada sujeto que padece su impacto subjetivamente.

Es necesario reconstruir, desnaturalizar, corregir esa modalidad discursiva que prevalece a lo largo del tiempo, problematizando la relación de las construcciones de los acontecimientos desde otro tipo de mirada, que pone el acento en la visión histórico-social de esa construcción.

Desde la intervención en lo social es posible identificar, construir o reconstituir lazos de significación que atraviesan a diferentes grupos sociales y desde allí elaborar estrategias que formulen una posibilidad de desarmar los discursos estigmatizadores alrededor de determinados problemas, lo que implica, en

principio, una posibilidad de reducción del padecimiento de quienes son afectados por esas formas del discurso.

Se trataría de pensar modalidades de intervención que simplemente “hagan ver” que el otro tiene, porta como sujeto, pero que una serie de construcciones históricas, políticas y sociales le impiden develar.

Ante la desorganización de la información en la Región Sanitaria VIII se propone la informatización de la misma. Esto se podría llevar a cabo de dos maneras, una de ellas podría ser utilizando un sistema informático en cada centro de salud de las localidades que conforman la región que interactúe con una base de datos centralizada. Otra propuesta, quizás la más sencilla de implementar, sería utilizar un sistema web que no solo permite centralizar la información sino que también permite su acceso desde cualquier parte del mundo. Capaz de brindar cierta información al público y cierta información, a quien corresponda, de manera privada.

Esto es necesario para que la información quede almacenada y se actualice de una manera más dinámica e inmediata, ya que se considera que la falta de registro de la información deteriora y perjudica el funcionamiento de los programas y de los centros de salud.

Permitiendo así que cada localidad pueda plasmar los datos con respecto a cuales son los centros de salud de la localidad, como está compuesto el equipo de atención de la salud y con qué cantidad de pacientes cuentan. Se podrían hacer los pedidos de medicación, alimentos, leche maternizada por esta vía. Dejando a tras el fax que es el medio que se utiliza en la actualidad para realizar esta actividad.

Al mismo tiempo este sistema permitiría tener un mayor control de los recursos que ingresan y egresan de la Región Sanitaria VIII.

BIBLIOGRAFÍA

- Banchs María Auxiliadora "Representaciones Sociales". Revista Costarricense de Psicología. 1986
- Carballeda Alfredo Juan Manuel. "Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad". Editorial Espacio.
- Cooperativa Margen Docencia e Investigación. Cuadernos de Margen "Trabajo Social y Padecimiento subjetivo". Editorial Espacio.
- Cooperativa Margen Docencia e Investigación. Cuadernos de Margen "Salud e Intervención en lo Social". Editorial Espacio.
- Dávila, Andrés. "Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las Ciencias Sociales: debate teórico e implicaciones praxeológicas". Métodos y técnicas cualitativas de investigación en las Ciencias Sociales". Madrid: Editorial Síntesis. S.A.
- Denise Najmanovich. El Juego de los Vínculos. "Subjetividad y redes: figuras en mutación". Editorial Biblos.
- Dina Czeresnia, Carlos Machado de Freitas. "Promoción de la Salud", Conceptos, reflexiones, tendencias.
- Dr. Peladino Rubén Américo. "La relación médico- paciente". Centro Médico de Mar del Plata.
- Esther Díaz. Metodología de las Ciencias Sociales. "Conocimiento, Ciencia y Epistemología". Editorial Biblos.
- Edgar Morín. Introducción al Pensamiento Complejo. Apunte de Cátedra Investigación en Servicio Social II.
- Ituarte Tellaeché, Amaya. "Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico". Consejo General de Colegios oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Siglo XXI de España. Madrid 1992.
- Lic. De los Reyes Ma. Cristina "Representación Social del SIDA y prevención" Revista Manual Científica Popular Septiembre 1994.
- Mandioca, Gloria. A. "Sobre Tesis y Tesistas". Lecciones de enseñanza y aprendizaje. Editorial Espacio. 2003.
- Margarita Rosas Pagaza. Una Perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social. Editorial Espacio.

- Margarita Rosas Pagaza. La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social. Editorial Espacio.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria"; "Programa Médicos Comunitarios". Salud y Sociedad. Módulo I.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria"; "Programa Médicos Comunitarios". Políticas de Salud. Módulo V.
- Moscovici, S "El psicoanálisis, su imagen y su público" Editorial Lumen Humanitas. 1979
- Moscovici, S Psicología Social II: pensamiento y vida social. Psicología y problemas sociales. Ediciones Paidós. España. 1993.
- Revista "Patogenia de la infección por VIH"; Bristol – Myers Squibb Argentina, Bs. As, 2006.
- Revista "Cuerpo positivo"; Edita Fundación SPES, año 3, N° 9, 2006. Bs. As.
- Sabino, Carlos. A "El Proceso de Investigación". 2ª Edición. Editorial Lumen Humanitas.1996
- Samaja, Juan. Epistemología y Metodología. Elementos para una Teoría de la Investigación Científica. 3ª Edición. Editorial Eudeba. 1999
- Sierra Bravo, R. "Técnicas de Investigación Social". Editorial Paraninfo. España 2003.
- Taylor S. J Y Bogdan. R. "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Editorial Paidós Ibérica. 1995
- Tesis de Grado "Vivir Saludablemente con VIH/ SIDA: Una elección desde el trabajo social que potencia los procesos protectores y resilientes en esta población". UNMDP.2007.
- Tesis de Grado "Representaciones y prácticas en el proceso de Salud-Enfermedad-atención del VIH".UNMDP. 2005.
- Tesis de Grado "Construyendo Puentes" Derivación de pacientes adolescentes con diagnóstico de VIH por contagio vertical. UNMDP. 2007.
- Tesis de Grado "Adherencia a los tratamientos ARV de las personas VIH positivas" UNMDP. 2008.

- Tesis de Grado “Los aspectos sociales que inciden en la adherencia al tratamiento de las personas con diagnóstico de TBC; y los aportes del Trabajo Social”. UNMDP 2009.
- Testa Mario y muchos colaboradores anónimos, “Pensar en Salud”. Organización Panamericana de la Salud.
- Tom L. Beauchamp, James F. Childress. “Principio de Ética Biomédica”. Editorial Masson.
- Vasilachis de Galdino. “Métodos Cualitativos I. Los problemas teóricos epistemológicos”. Editorial Centro Editor de América Latina. 1992.
- Velásquez, Gloria: “Diagnóstico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”. Corporación para investigaciones biológicas, primera edición, Medellín, Colombia. 1991
- Krmpotic, Claudia. “Cuidados, terapias y creencias en la atención de la Salud”. Editorial Espacio. 2008

D. REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

1. Antes de contraer el vih/sida a que lo asociaba?
2. Se modifico la representación que tenía de la enfermedad después de recibir el diagnóstico?
3. Cuál fue el impacto que le genero recibir el diagnóstico?
¿Cómo se sentía en relación al mismo?
4. ¿Si la representación social que tenía de la enfermedad fue negativa, como hizo para convivir con ella y que esto le permita la adherencia al tratamiento?
5. Como cree, que la sociedad hoy ve a las personas portadoras de vih/sida? Puede visualizar cambios desde los inicios de la enfermedad a la actualidad?

E. TRATAMIENTO ASIGNADOS y NIVELES DE CUMPLIMIENTO AL MISMO

- 1- ¿Desde cuándo conoce su diagnóstico?
- 2- ¿Qué información tenía del vih antes de contraer el virus?
- 3- ¿Se ha modificado su conocimiento sobre la enfermedad luego de haberla contraído?
- 4- ¿Quién le proporcionó información acerca de la enfermedad?
- 5- ¿Realiza los controles periódicamente?
- 6- En caso de que la respuesta sea NO.- ¿Por qué motivo?
- 7- ¿Cuánto tiempo después de enterarse el diagnóstico comenzó el tratamiento ARV?
- 8- ¿Al momento de comenzar con el tratamiento, se le informó de las ventajas y la posibilidad de efectos secundarios del mismo?
- 9- ¿Quién?
- 10-¿Cambió su forma de vida después de comenzar el tratamiento de ARV?
- 11-¿En qué aspecto de su vida cotidiana sentía que lo afectaba la toma de medicación?
- 12-¿Siente que su opinión se tuvo en cuenta en el momento de escoger el esquema de tratamiento?

Ley Nacional de SIDA Nº 23.798

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Declaración de interés nacional a la lucha contra el mismo, estableciendo medidas para la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento. Aceptación de las modificaciones introducidas por el Honorable Senado (expedientes 92. 1. 148, 1.781 y 3.295 - D.87; Orden del día Nº533/90).

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

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

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

Art. 3º - Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaria de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas

autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar normas complementarias que consideran necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

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

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

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

Art. 6º- Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir

las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa indirecta de la infección.

Art. 7º- Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma y otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárese obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

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

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

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

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

podrán adherir este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

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

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

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

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local donde actúen las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

En el caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo de la sanción aplicada.

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

firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

Art.16º- El monto recaudado en concepto de multa que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional ingresará a la cuenta especial <<Fondo Nacional de la Salud>>, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propenden al logro de los fines indicados en el artículo primero.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

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

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

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

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

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

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

Art. 23º- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

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

Visto la Ley N° 23.798, y Considerando:

Que el artículo 22 de la mencionada ley establece que el Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la misma con alcance nacional.

Que consecuentemente con ello resulta necesaria la aprobación de dichas normas reglamentarias.

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

Por ello, el Presidente de la Nación Argentina decreta:

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

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

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

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

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

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

Inciso c).- Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes

Circunstancias:

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

Adopción, Nº 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7. Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d).- Sin reglamentar.

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

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

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

Art. 4º -

Inciso a).- Sin reglamentar.

Inciso b).- Sin reglamentar.

Inciso c).- Sin reglamentar.

Inciso d).- Sin reglamentar.

Inciso e).- Sin reglamentar.

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

Acción Social.

Art. 5° - Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5° de la Ley N°23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo perceptuado en sus artículos 1°, 6° y 8°. Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

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

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

Art. 7° - A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

Serán aplicables al artículo 21 de la Ley N° 22.990 y el artículo 18 del Decreto N° 375 del 21 de marzo de 1989.

Art. 8° - La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus VIH. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como consecuencia del cumplimiento de lo establecido por este artículo.

Se entiende por "profesionales que detecten el virus" a los médicos tratantes.

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

Art. 10° - La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4°,

inciso a) de la Ley N° 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2º, inciso e) de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11º - Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Sólo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12º - El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio y se le entregará constancia escrita de haber sido instruido sobre las normas a aplicar.

Art. 13º - Sin reglamentar.

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

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

Art. 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22. - Sin reglamentar