

2014

Trabajo social en el campo de la salud pública : intervención con personas viviendo con VIH en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende Mar del Plata, partido de General Pueyrredón en el periodo comprendido entre mayo y diciembre de 2012

Lara, Iris Karina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/563>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

"Trabajo Social en el campo de la salud pública. Intervención con personas viviendo con VIH

en el Hospital Interzonal General de Agudos
Dr. Oscar Alende

Mar del Plata, Partido de General Pueyrredon

en el periodo comprendido entre
mayo y diciembre
de 2012"



DIRECTORA: Lic. RE, Maria Gabriela

CO DIRECTORA: Lic. CONSTANTIO Maria Florencia

AUTORA: LARA, Iris Karina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA - 2014

“Reconocer al otro como diferente de uno y digno de interés porque precisamente él es otro.”

Cristina de Robertis

“No juzgues jamás a un hombre si no has caminado antes una luna en sus mocasines”

Proverbio indio citado por G. Konopka



Esta tesis significa una etapa que concluye, un camino recorrido que llega al final para dar lugar a nuevos caminos.

Quiero agradecer especialmente a mis papas, Ángel y Susana, quienes me acompañaron desde el primer momento, quienes sostuvieron económicamente la carrera aun en momentos de mayor crisis.

Quiero agradecer en segundo lugar a mis hermanos Julio, Agustina y Manuel quienes me alentaban a seguir, a no bajar los brazos, que me aguantaban cuando tenía que rendir un final y estaba nerviosa, que los volvía locos, llenando la casa de fotocopias, libros y cuadernos.

No me quiero olvidar de agradecer a mis amigas Romina, Lucia y María, también alentándome a seguir y dándome fuerzas para rendir los finales y superar mis miedos, quiero agradecer a mis suegros Lichy y Néstor y a toda la familia de mi marido que también me acompañaron en cada paso que di, en cada final, en cada éxito y en cada caída.

También quiero agradecer a todo el equipo del Servicio Social de Hospital Regional que me abrieron las puertas para poder realizar mi práctica, en especial a la Lic. Gabriela Re y a la Lic. Constantio Florencia por dedicarme su tiempo para acompañarme en el proceso de práctica. Un agradecimiento especial a Fabiana Bakker que colaboro especialmente para la realización de mi tesis.

Por último y no menos importante, le quiero agradecer al amor de mi vida, a mi marido Matías, la persona con la que comparto mi vida desde hace ocho años, la persona que elegí para toda la vida, con la que crecí, con la que maduré, con la que soy feliz. Gracias por acompañarme durante todos estos años, por ser la luz que me guía, que no me dejó bajar los brazos, que estuvo a mi lado en los buenos y en los malos momentos, en cada paso que di y en el que voy a dar.

Esta tesis se la quiero dedicar a toda mi familia, especialmente a mi marido Matías y mi sobrina Olivia, sin todos ellos yo no sería quien soy.

GRACIAS!!! LOS AMO!!!

PRIMERA PARTE

- Introducción.....
- Fundamentación.....
- Objetivo General.....
- Objetivos específicos.....
- Aspectos metodológicos (Sistematización).....

SEGUNDA PARTE (Marco Teórico)

- Intervención profesional
- VIH.....
- Adherencia al tratamiento.....
- Vida Cotidiana.....
- Calidad de Vida.....
- Estigma y Discriminación.....
- Resiliencia.....

TERCERA PARTE

- Encuadre institucional.....
- Servicio Social de Infectología.....
- Características de la población.....

CUARTA PARTE

- Estudio de los casos.....

QUINTA PARTE

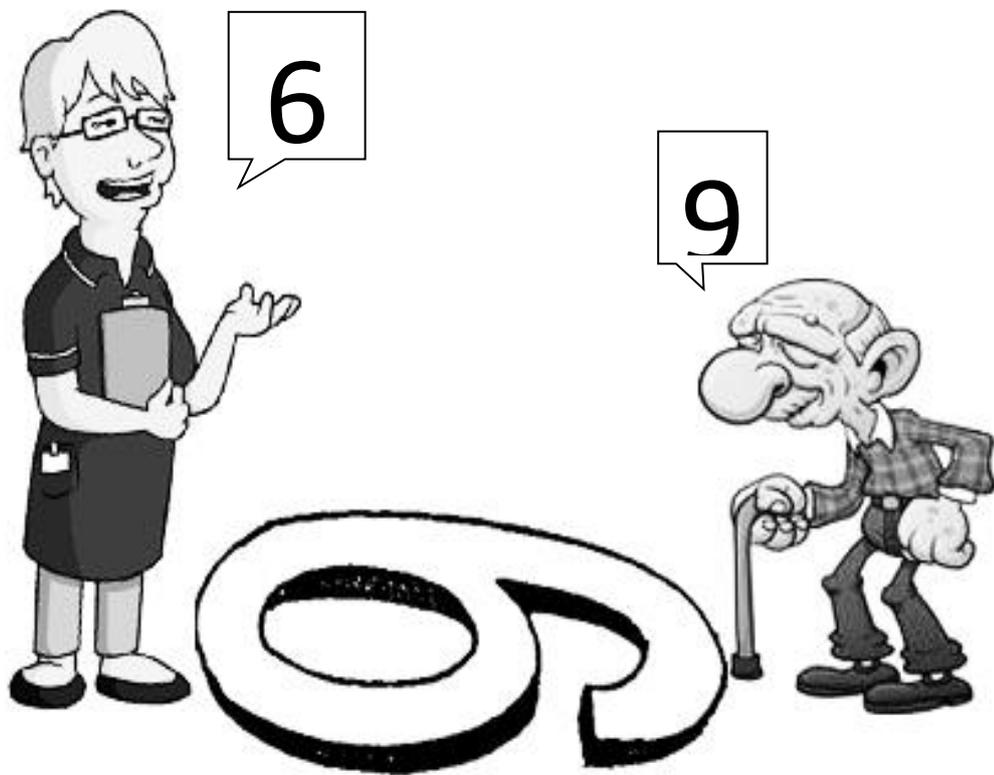
Conclusión final

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Primera Parte.

Introducción.



INTRODUCCIÓN

La presente tesis denominada *“Trabajo Social en el campo de la Salud Pública. Intervención con personas viviendo con VIH en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Eduardo Alende”, Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón en el periodo comprendido entre mayo y diciembre de 2012”* tiene por finalidad realizar un análisis crítico de la intervención profesional en el área de infectología de dicho hospital.

La tesis está estructurada en cinco partes. En la Primera Parte se encuentra la fundamentación, los objetivos y los aspectos metodológicos de la tesis.

En el desarrollo de la Segunda Parte (Marco Teórico) se encuentran los distintos conceptos relevantes para la intervención profesional y sirven de guía para el análisis de los casos sistematizados.

En la Tercera Parte se realiza una descripción del encuadre institucional, el encuadre del Servicio Social de Infectología donde se realizó la experiencia de pregrado y las características de la población que es atendida por dicho servicio.

La Cuarta Parte consta de la sistematización de los casos trabajados durante el ciclo de práctica con sus respectivas evaluaciones y conclusiones.

Por último, en la Quinta Parte, se desarrolla la conclusión final, los anexos y la bibliografía que fue utilizada en la presente tesis.

FUNDAMENTACIÓN

Esta tesis de grado es el resultado de mi incorporación a las prácticas de pre-grado de la cátedra Supervisión la cuál fue llevada a cabo en el Servicio Social de Infectología del H.I.G.A, de la ciudad de Mar del Plata. La misma refleja la intervención del trabajador social en el campo de la Salud Pública y su relación con otros profesionales y dispositivos en el abordaje del VIH.

Tomando la definición de Floreal Ferrera que plantea: *“La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendido y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos”*¹

De este modo debemos entender a la salud como un concepto integral y dinámico. La salud se expresa en lo colectivo, es un proceso histórico-social, y la enfermedad, hoy no puede ser leída desde una perspectiva uní causal, lineal y estática (como plantea el positivismo).

La salud, es un producto histórico-social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto. Si definimos la salud y la

¹ FLOREAL FERRARA. *“En torno al concepto de salud”*, Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina.

enfermedad de acuerdo con un modelo bio-psíquico-social aceptamos tres instancias: la persona enferma con la percepción y el sentimiento sobre su propia enfermedad; la enfermedad con sus efectos en el cuerpo y el entorno socio-cultural de ese individuo.

Las ideas y experiencias en torno al proceso salud-enfermedad-atención implican una serie de factores que superan ampliamente la mera consideración de las causas de índole biológica. La noción de enfermedad admite causas naturales, sociales, emocionales y mítico-religiosas (SAIZAR, 2008). A partir de esto el Trabajo Social debe posicionarse desde un modelo basado en los Derechos Humanos respetando a la persona, sus experiencias y conocimientos sin ignorar su vida emocional y social.

La salud es un derecho. El pleno ejercicio de éste es exigible por parte de todos los seres humanos y debe ser garantizado por el Estado. El mismo debe garantizar el acceso a todos los ciudadanos que habitan el territorio nacional a los distintos servicios sanitarios adecuados a cada enfermedad.

En nuestro país el acceso a la salud queda garantizado en la Constitución Nacional y en los Tratados Internacionales que se reflejan en el art. 75 inc 22 de la Constitución. En base a esto las políticas públicas en materia de salud están orientadas a la prevención y promoción de la salud con planes y programas específicos para la población en general, apuntando a reducir la morbimortalidad, detectar y controlar enfermedades. Algunas de las políticas sociales que atraviesan el campo de la salud se visualizan en planes y

programas nacionales que se derivar luego en programas provinciales y municipales.

Respecto al VIH está vigente el programa provincial de “Lucha contra los retrovirales del humano: VIH-SIDA e ITS” que se encarga de reducir la incidencia del VIH/SIDA e ITS y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA. Está dirigido a toda la población bonaerense y se ocupa del control de la distribución de los medicamentos antiretrovirales (ARV) a cargo del Estado Nacional a las personas que conviven con la enfermedad en territorio bonaerense y carecen de cobertura social.

Este programa se configura en concordancia con la Ley Nacional de SIDA N° 23.798. La misma asegura que se brinde, por parte del Estado a través de los hospitales públicos o mediante las obras sociales y prepagas, información; atención; tratamiento; medicación; asistencia social y psicológica a todas las personas viviendo con VIH.

Tras los cambios que tuvieron lugar en los procesos salud-enfermedad-atención tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales a mediados de los años `90 se dio un drástico descenso de la morbimortalidad y éste trajo consigo la necesidad de contar con una nueva y más variada información sobre las personas con VIH que no habían alcanzado un estadio avanzado de la infección. A partir de ese momento los pacientes tuvieron que aprender a vivir con la enfermedad crónica. Ya no se piensa en la muerte, sino que se piensa en la vida.

El desafío es trabajar en mejorar la calidad de la atención de las personas que viven con VIH. Las personas que trabajan en el cuidado de la salud, saben desde sus prácticas, que un trabajo exitoso con las personas que viven con VIH es el resultado de un arduo trabajo que interpela a un conocimiento alejado de las concepciones médicas clásicas, y especialmente alejado de lo que son las prácticas sociales standard en relación al cuidado de la salud; tal como los límites al “cosificar” y “objetivar” a las personas.

En este sentido, es posible señalar que algunos equipos de salud están teñidos de valores morales que pretenden ir más allá de lo que señalan los protocolos y juzgar a lo que está bien y está mal en la vida de las personas. En el caso del VIH, estos prejuicios suelen entrar a formar parte de los discursos provocando un difícil acceso a los sistemas de salud, a través de la estigmatización y exclusión de las personas que padecen.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la intervención del Trabajador Social con personas viviendo con VIH atendidas en el Servicio de Infectología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la intervención del Trabajador Social en relación al abordaje interdisciplinario frente a esta problemática.

- Conocer como impacto el VIH en la vida cotidiana de las personas.
- Identificar factores que obstaculizan la adherencia al tratamiento.
- Describir conductas resilientes de las personas viviendo con VIH en relación a su calidad de vida.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Como principal herramienta se va a utilizar la sistematización para reconstruir la práctica. La sistematización es *“una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo”* (QUIROZ, 1988).

La sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórico social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida en que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que les es propio. No trata solo de entender situaciones, procesos o estructuras sociales sino que, en lo fundamental, trata de conocer como se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras.²

² SANDOVAL AVILA, A. “Propuesta Metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social”. Editorial Espacio. Bs. As. Cap. VI, Págs. 114-120.

La sistematización tiene como finalidad llegar a una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas, compartir estas experiencias y aportar a la reflexión teórica conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas.

Posibilita comprender como se desarrolló la práctica, por qué se dio de esa manera y no de otra. Los cambios que se produjeron. La relación entre las distintas etapas del proceso. Que elementos han sido más determinantes que otros y porque. Los momentos de surgimiento, desarrollo, consolidación, ruptura, etc. dentro del proceso; y como los distintos factores se han comportado en cada uno de ellos.

Las técnicas que se van a utilizar para la sistematización van a ser:

- **Entrevista:** es una conversación con un propósito deliberado, mutuamente aceptado por los participantes. Comprende comunicación verbal y no verbal entre personas y durante su transcurso se intercambian ideas, actitudes y sentimientos. En trabajo social las entrevistas se caracterizan por la gran importancia de la interacción personal, con mucho énfasis en los sentimientos y en las actitudes, y menor preocupación por los datos de hechos objetivos. El objetivo de las entrevistas de Trabajo Social se desprende de las funciones del Trabajo Social. Los propósitos de las entrevistas pueden ser informar (realizar un cambio).³

³ KADUSHIN, A. "La entrevista en el Trabajo Social" ed. Extemporáneos. México. Cap. I, pp 19-23.

• **Observación:** es una actitud cognitiva intencional, difiere de mirar y está orientada de manera consciente mediante un esquema de trabajo explícito y una actitud persistente. Es un proceso de atención intencionada, orientada por fines y objetivos determinados, y a través del cual se genera información sobre las prácticas, actitudes, situaciones y escenarios de los sujetos sociales.⁴

• **Registro:** nos permite trasladar un segmento de la realidad a un contexto de interpretación científica, punto de partida del propio conocimiento de esa realidad. Describe situaciones.⁵

A partir de estas técnicas se presentarán cuatro casos que serán descriptos y analizados. Se llevaran a cabo entrevistas con pacientes del Servicio de Infectología, dos hombres y dos mujeres mayores de edad con los cuáles el Servicio Social tuvo intervención.

Se utilizará un esquema trabajado en la Cátedra de Supervisión de 5to año de la Carrera de Licenciatura en Servicio Social de la U.N.MdP.

ESQUEMA:

CASO N°:

Identificación del número de caso y la identidad de la persona que será de carácter reservado.

⁴ VELEZ RESTREPO, Olga, *“Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas”* Cap. III, Pág. 110, Ed. Espacio. (2000)

⁵ TALLER DE PRACTICA INTEGRADA NIVEL II – POLAR, *“Los registros de la práctica”* Universidad Nacional de Mar del Plata, apunte de cátedra. (2009)

INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA DEMANDA:

Lugar desde donde es atendida la demanda.

ORIGEN DE LA DEMANDA:

Explicación de cómo toma contacto el Servicio Social con el caso.

MOTIVO DE LA DEMANDA:

Se plantea el “porque” de la demanda.

ESTADO DE SALUD AL MOMENTO DEL INGRESO:

Datos del estado de salud del paciente según su historia clínica

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA:

Primer contacto con el paciente.

DATOS BASE DEL SUJETO ENTREVISTADO:

Nombre, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, etc.

ESTRUCTURA DE LA RED PERSONAL:

Se presentarán los datos de las personas que mantienen un vínculo con el paciente, sea grupo familiar conviviente, grupo familiar no conviviente, amigos, etc.

ASPECTO HABITACIONAL:

Descripción del tipo de vivienda, materiales de construcción, servicios, etc.

ASPECTO ECONÓMICO:

Descripción de la situación económica y laboral en los últimos años y al momento de la internación.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

Los propósitos y cambios que se desean alcanzar.

SUPUESTOS ORIENTADORES:

Descripción de todas aquellas características del paciente y de su entorno que sean posibilitadoras para el cambio.

HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN:

Descripción de las herramientas que se utilizarán durante el proceso de intervención como historias clínicas, informes, etc.

PLAN DE ACCIÓN:

Descripción de los pasos a seguir, de la guía para alcanzar los objetivos planteados.

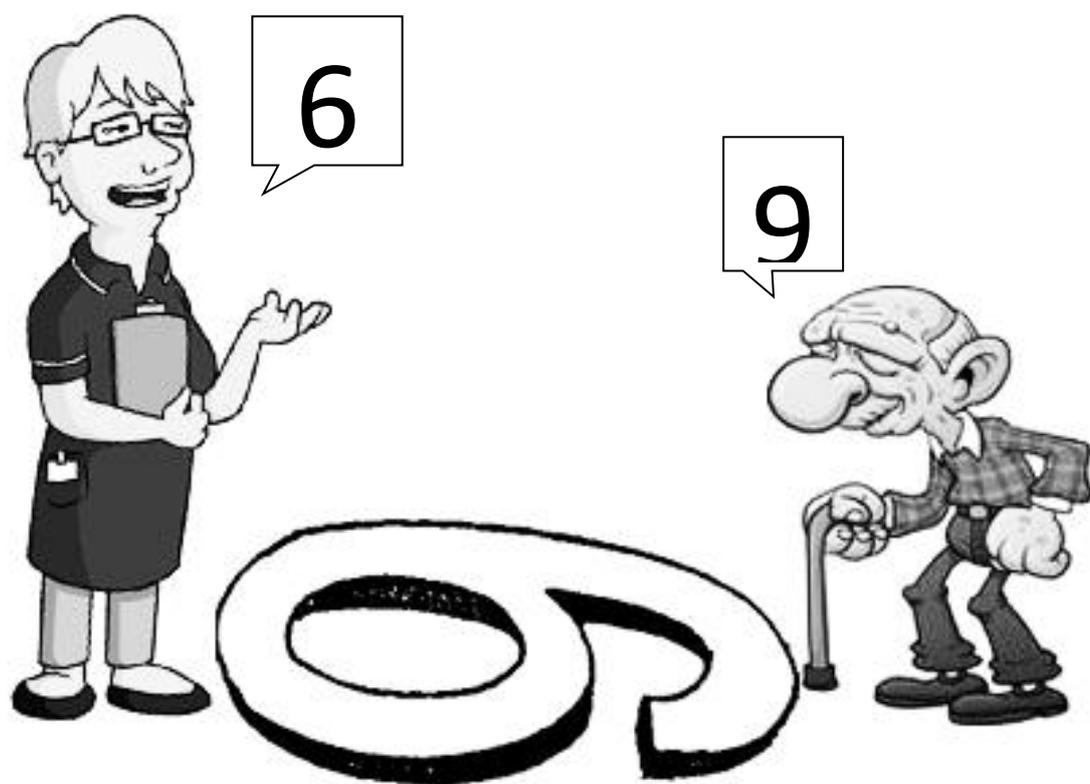
PROCESO:

Redacción del proceso de intervención de forma cronológica.

EVALUACIÓN:

Evaluación de los objetivos alcanzados, de los no alcanzados, pasos a seguir, etc.

Segunda Parte: Marco Teórico.



INTERVENCIÓN PROFESIONAL

La palabra **intervención** proviene del término latino *intervento* que puede ser traducido como “venir entre” o “interponerse”.⁶ La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Implica una inscripción en ese “otro” sobre el cual se interviene, quién a su vez genera una “marca” en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en esta.

La intervención implica un contrato en tanto determina con precisión un conjunto de reglas prácticas relacionadas con ella. Supone la búsqueda de respuestas e interrogantes eminentemente sociales; debería producir modificaciones en relación con la cuestión puntual en que es llamada a actuar.

Toda intervención se fundamenta en un conjunto de conceptos que guían el accionar del profesional. Prácticamente, porque el Trabajador no sólo piensa, sino también actúa; por ello, pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional.⁷

⁶ CARBALLEDA, A. “*La Intervención en Lo Social, Las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*” Revista Escenarios N°2 Escuela Superior de La Plata. UNLP, La Plata 1997

⁷ ROZAS PAGAZA, M “*Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*” Cap.3 El objeto de Intervención en el Trabajo Social. Ed. Espacio Bs As, 1998 págs. 60-61

En una intervención con un individuo o con una familia, hay que tener en cuenta dos cuestiones: primero hay que situar a la persona en los diversos grupos a los que pertenece: familia, tiempo libre, trabajo, vecindad, amigos, grupos confesionales, políticos, asociaciones, etc. Toda persona incluso aislada, forma parte de los grupos que existen en la vida social. Se la tiene que ubicar en su entorno o contexto social particular: todos vivimos en un barrio, en una ciudad, etc. Este entorno tiene una vida cultural, una vida asociativa, deportiva, comercial, educativa, política, económica, etc. en el seno de las cuales el individuo evoluciona, se realiza como persona, se debate y lucha. A veces es también necesario reubicar a la persona en el seno de la red de relaciones significativas que mantiene con personas y grupos, a veces alejados geográficamente, pero que constituyen los soportes de solidaridad, de ayuda y los lazos afectivos más importantes. En segundo lugar, la situación (la demanda o el problema) que presenta la persona o la familia debe evaluarse en función del contexto social global de una época histórica dada y de un lugar determinado.⁸

La intervención se inicia desde el primer contacto con la persona: la mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de escucha, las preguntas planteadas, modifican ya algo, cambian la imagen que el cliente tiene de sí mismo y de su entorno, introducen un dato nuevo en la situación presente. La intervención social se inicia inmediatamente, sin esperar las etapas

⁸ DE ROBERTIS, C. *“La Intervención Colectiva en Trabajo Social”* Primera Parte, La intervención Colectiva, definiciones y métodos. Ed. El Alamo, Bs As, 1994, págs. 15-16

preliminares de recolección de datos, sin que el trabajador social haya tenido tiempo de conocer las personas o las situaciones de manera profunda.⁹

El trabajador social se convierte en aquel que va a descubrir una situación desconocida, que va a examinar la realidad con los interesados, que va a interpelarlos para encontrar las soluciones más adaptadas y que – en el curso de este proceso – va a introducir cambios, pero va también, a ser él mismo modificado gracias al intercambio y al juego de las reciprocidades.

Se trata, pues, de poner el acento sobre la esperanza, de subrayar y valorar los aspectos positivos, de utilizar un pequeño cambio – por mínimo que sea – como palanca de dinamismos nuevos. Cambio significa una modificación, una reorganización, una variación, un desplazamiento en la naturaleza o en la dirección de una estructura o de un proceso. El concepto de cambio explicita una modificación que puede ser brusca, rápida e incluso inesperada o bien puede ser progresiva, inserta en una evolución lenta, que se llama entonces desarrollo.¹⁰

VIH

Sigla formada por palabras que en inglés significan:

⁹ DE ROBERTIS, C. *“La Intervención Colectiva en Trabajo Social”* Primera Parte, La intervención Colectiva, definiciones y métodos. Ed. El Alamo, Bs As, 1994, pág. 19

¹⁰ Idem ant. Págs. 21-22

V: Virus: Microorganismo que es incapaz de reproducirse por sí solo; lo hace en células vivas.

I: inmunodeficiencia: Porque el efecto de este virus impide el funcionamiento apropiado del sistema inmunológico del cuerpo.

H: Humana: Porque el virus sólo puede ser contraído por seres humanos.

Este virus es lo que se llama un retrovirus, ya que lo que hace es incorporar la información para su replicación en la estructura de la célula que dirige toda la maquinaria celular, es decir en el núcleo celular. Una vez incorporado, puede vivir latente por meses e incluso años, formando parte de la célula.

El VIH tiene la particularidad de atacar a los linfocitos que son los directores de nuestro sistema de defensas. Inicialmente permanece en estado latente (dormido) dentro de los linfocitos. A veces se despierta y comienza a destruir los linfocitos. Debilita progresivamente el sistema humano, logrando que nuestro organismo no pueda luchar adecuadamente contra diversos gérmenes. Es un virus que causa la enfermedad del SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida).

Las personas diagnosticadas de SIDA son susceptibles a vivir amenazadas por sufrir enfermedades denominadas infecciones oportunistas, que son causadas por microbios que normalmente no causan enfermedad en personas con sistemas inmunes sanos.

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa avanzada de la infección por VIH. Ocurre cuando una persona infectada con el virus tiene algunas de las enfermedades infecciosas conocidas como eventos definidores (Tuberculosis, Neumonías, etc.).

El virus del SIDA es débil y le es muy dificultoso sobrevivir fuera del cuerpo. Para vivir debe penetrar en el interior del organismo. La transmisión requiere una cantidad mínima de virus. Por debajo de esa cantidad el organismo, poniendo en funcionamiento su sistema inmunológico, puede liberarse del VIH. Esto explicaría la razón por la cual algunos líquidos orgánicos que contienen el virus no lo transmiten.

El VIH se transmite a través de los fluidos del cuerpo y hay 3 vías principales de contagio:

Transmisión sexual: Durante las relaciones sexuales con una persona infectada por VIH. El VIH está en la sangre de una persona infectada, el semen de un hombre infectado y las secreciones de la vagina de una mujer infectada. Los contactos genitales, boca-órgano genital, pueden transmitir el VIH si hay cortes en cualquiera de las zonas. Algunos de estos cortes pueden ser tan pequeños que la persona no podría saber que los tiene.

Transmisión sanguínea: La transmisión del VIH por la sangre. Las jeringas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el virus.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es, hoy en día, prácticamente nula, ya que existe la

obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1987 y para estos fines sólo se utilizan muestras que son negativas. Toda persona que haya tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe abstenerse de donar sangre u órganos.

Transmisión de la madre al feto: Esto puede suceder antes de nacer el niño o durante el parto. Un bebé recién nacido puede contagiarse el VIH a través de su madre si ella tiene el virus en su organismo. 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; Por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es positiva.

El virus no se contrae por contacto casual (tocando manos, abrazando o besando, usando el inodoro, bebiendo del mismo vaso, o por el estornudo y tos de una persona infectada). Un número pequeño de casos de transmisión se ha notificado en donde una persona contrajo el VIH como resultado de contacto con sangre u otras secreciones corporales de una persona infectada por HIV en el hogar: Aunque el contacto con sangre y otras sustancias corporales puede ocurrir en los hogares, la transmisión del VIH es poco común en ese entorno.

La única manera de saber con seguridad si una persona está infectada es haciendo la prueba de HIV. No se puede depender de la aparición de síntomas, ya que mucha gente que está infectada no tiene ningún síntoma por muchos años.

El test de VIH consta de un simple análisis de sangre que uno puede realizarse en nuestro país en cualquier hospital público y el cual es gratuito. El carácter del mismo es preventivo, ya que conociendo la condición del portador del virus lo más temprano posible mejores son las perspectivas de vida para el enfermo.

El test se realiza, según recomendación del profesional médico, a partir de tercer mes de haber estado expuesto al contagio y se repite a los 6 meses y en casos particulares el seguimiento puede perdurar más allá de los nueve meses.

También existen profesionales que aplican terapia antirretroviral luego de la sospecha de un posible contagio (por ejemplo en el caso de haber tenido una situación de exposición al contagio con una persona que era VIH +). Esto se utiliza a criterio del médico y tiene como finalidad tratar de evitar que el virus se produzca dentro del organismo en la etapa inicial del contagio.

Existe otro método, que se utiliza como complemento de la detección del virus pero que tiene principal uso en el control de la carga viral que es el método de la PCR, en donde se amplifica y se contabiliza la cantidad de material nuclear del virus en la sangre del paciente.

El objetivo de la terapia del HIV es reducir el nivel del virus en la sangre a niveles tan bajos como sea posible, y por el mayor tiempo posible y prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con VIH/SIDA.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Durante los últimos años se han producido cambios sustanciales en la calidad de vida y la expectativa de hombres y mujeres viviendo con VIH así como en el tratamiento y los servicios de salud en la Argentina. Muchas de estas modificaciones se apoyan en la incorporación y el acceso gratuito de tratamientos antirretrovirales (ARV) para la mayoría de la población viviendo con VIH.

En la primera década del siglo XXI los avances en la terapia antiretroviral, representan un aumento significativo en la sobrevida para las personas viviendo con VIH. La terapia antiretroviral empleada actualmente busca la supresión profunda y duradera de la replicación viral, sin embargo dada su complejidad y el contexto socio cultural político y económico en el cual se desarrolla, puede presentar algunos factores que podrían evidenciarse en el incumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

El análisis de la Adherencia como un fenómeno vinculado al ser humano en su integralidad nos explica que no son sólo los factores relacionados a los medicamentos los que afectan a las personas viviendo con VIH que inician la terapia. El éxito de la intervención pasa entonces por comprender estos factores y por la implementación de estrategias que contribuyan a superarlos.

La Adherencia se alcanza cuando el cumplimiento del tratamiento no significa “obediencia”. El esquema de tratamiento debe adecuarse a la

realidad de la persona y no a la inversa, aunque él médico no acuerde con esa realidad. La elección del tratamiento no debe ser vertical, es decir, no sólo depende del médico, debe ser trabajada entre la persona que vive con VIH y el médico, en forma conjunta.

Entre las variables asociadas negativamente con la Adherencia a Tratamiento ARV se han clasificado en:

- ***dependientes del paciente*** (adicción activa a drogas y/o alcohol, género, edad , depresión, bajo nivel educacional, baja confianza en la posibilidad de cumplimentar tratamiento, ansiedad, dolor, no encontrar cambios en el estado de salud);
- ***dependientes de la medicación*** (frecuencia de dosis superior a 2 veces al día, número de pastillas, tipo de fármaco, imposibilidad de tomar la medicación cuando se encuentra fuera de casa, requerimientos especiales con las comidas o la presencia de efectos secundarios);
- ***dependientes del propio sistema sanitario*** (pobre relación médico-enfermo, malas experiencias médicas previas del paciente, falta de medicación...).

Los factores que de forma relevante afectan a la adherencia son los relacionados a los aspectos psicosociales.

Los componentes para el modelo de Adherencia son básicamente tres:

PROCESO SALUD - ENFERMEDAD, que incluye el conocimiento de la epidemia VIH SIDA en la comunidad, el consecuente estado de salud del individuo y comunidad, las estrategias asumidas por el sistema para disminuir la evolución de la epidemia (salud pública) y disminuir el daño en

el individuo (régimen de tratamiento) y el impacto de las estrategias asumidas sobre la epidemia.

SOCIO CULTURAL, incluye la percepción de enfermedad por el individuo y el sistema: (usuario, entorno social, prestadores) los CONOCIMIENTOS, ACTITUDES y PRACTICAS (de usuarios, prestadores y comunidad), las características psicosociales (respuesta emocional), el conocimiento de la enfermedad y tratamiento y la interrelación con la participación social.

POLITICO ECONOMICO, ACCESO A LA OFERTA DE SERVICIOS (al tratamiento, a servicios de soporte), la SOSTENIBILIDAD de la intervención (compromiso político, fortalecimiento, financiamiento) y el IMPULSO A LA MOVILIZACIÓN SOCIAL (que garantiza el empoderamiento de los usuarios en el sistema).¹¹

VIDA COTIDIANA

La vida cotidiana es el modo de organización material y social de la experiencia humana, es un contexto histórica-social determinado. Se manifiesta como un conjunto multitudinario de hechos, actos, objetos, relaciones y actividades que se nos presentan en forma “dramática” es decir como “acción”. La vida cotidiana es la forma de desenvolvimiento que adquiere día tras día nuestra historia. Implica reiteración de acciones vitales,

¹¹ <http://www.who.int/3by5/publications/en/arvtoolkitsp.pdf>

en una distribución diaria del tiempo. Las variables para analizar son la vida familiar, el trabajo y el tiempo libre.¹²

La cotidianeidad es la manifestación inmediata, en un tiempo, en un ritmo, en un espacio, de las complejas relaciones sociales que regulan la vida de los hombres en una época histórica determinada.

La vida cotidiana también es entendida como *“la relación de cercanía con el usuario en la que se intenta comprender su mundo cultural, sus formas de vida. Ello, a fin de orientar la intervención profesional como una forma de educación social para la integración de individuos, grupos y comunidades a la sociedad establecida”*¹³

El concepto de vida cotidiana expresa la trama social, en la cual los sujetos articulan su existencia, con relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades.

Según Berger y Luckman... *“la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene significado coherente”*. El mundo cotidiano no sólo se presenta como realidad, sino que es un mundo que se origina en su pensamiento y acciones y que lo sustentan como real.¹⁴

¹² QUIROGA, A. *“Enfoques y perspectivas en psicología social”* Ed. Cinco. Bs. As. 1986 Págs. 71-72

¹³ ROZAS PAGAZA, M *“Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”* Cap.2 Vida Cotidiana, saber cotidiano. Conceptos claves en la intervención profesional. Ed. Espacio Bs As, 1998 pág. 35

¹⁴ ROZAS PAGAZA, M *“Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”* Cap.2 Vida Cotidiana, saber cotidiano. Conceptos claves en la intervención profesional. Ed. Espacio Bs As, 1998 pág. 41

El giro a lo cotidiano en Trabajo Social, significa el viraje hacia la realidad en la que viven los sujetos que demandan su servicio, hacia ese mundo de pequeñas cosas, de pequeños actos, gestos, palabras, que tienen que ver con una práctica diaria, en un contexto y tiempo concreto, que se problematizan y se hacen objeto para abordarlos conjuntamente con esos sujetos. Ese objeto que surge en la vida cotidiana, objeto también ella que necesitamos indagar, se estructura en base a significaciones, a partir de las cuales las personas que viven, que comparten el problema, se entienden.¹⁵

Lo cotidiano también está en las instituciones, como espacios de actuaciones que también pueden desencadenar problemáticas que lleven a cambios en la organización, en el ejercicio de roles, en la metodología de trabajo, etc.¹⁶

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una función expresada como el producto para cada persona de status de salud y satisfacción. Comprende el bienestar emocional, el desarrollo personal, la autodeterminación, las relaciones interpersonales, la inclusión social, derechos, bienestar material y bienestar físico.

Dieguez en su libro “La intervención comunitaria” refiere al concepto de **calidad de vida** como el nivel de vida, como acceso, disposición de bienes

¹⁵ KISNERMAN, N “*Vida Cotidiana y Trabajo Social*” (no figuran más datos) pág. 25

¹⁶ Idem ant. Pág. 25

materiales y servicios; modo de vida como forma de organizar la vida y el empleo del tiempo en sus distintos objetivos vitales.

La calidad de vida es el resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos. El aspecto objetivo significa las posibilidades de utilización del capital intelectual, emocional y creador del hombre, dependiendo esto de cada individuo, de las condiciones sociales y circunstancias externas que le permiten un pleno desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades en cualquier área de la vida. El aspecto subjetivo está constituido por la mayor satisfacción de los individuos, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción de la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndolos en sentimientos positivos o negativos.¹⁷

La calidad de vida humana es el resultado de la interrelación dialéctica de los factores objetivos y subjetivos del macro y micro entorno del hombre, que dan lugar a la percepción de bienestar subjetivo, en relación a la satisfacción de sus necesidades. La calidad de vida incluye la educación, la justicia social, la salud, desarrollo de la personalidad del hombre y de la comunidad como potenciadora de esta, la preservación de la familia, herencia cultural y el medio ambiente.¹⁸

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

¹⁷ DIEGUEZ, A. J. "La Intervención Comunitaria" Experiencias y reflexiones. Ed. Espacio. Bs. As. 2000 págs 117-172.

¹⁸ Idem anterior.

El **estigma** que se define en el estudio de Erving Goffman (1963) como atributo que “desprestigia profundamente”, lo aplica la sociedad y lo sobrellevan o poseen los grupos y las personas. Con frecuencia algunas enfermedades y otras condiciones de salud inducen estigma afectando especialmente a las personas que sufren enfermedades mentales y discapacidad. Asimismo, en ciertas ocasiones el estigma se asocia con estereotipos sociales –positivos o negativos calificaciones que todos usamos para identificar desconocidos y que determinan nuestra reacción hacia ellos.¹⁹

El estigma es un medio de control social, que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de éstas. El meollo del estigma es el miedo de que los estigmatizados amenacen a la sociedad. La base de ese miedo suele ser la ignorancia, por ejemplo en el caso del VIH/SIDA, acerca de la forma de vida de los grupos estigmatizados o de las realidades del comportamiento sexual o de la manera en la cual se propagan las enfermedades.²⁰

La **discriminación** es la acción de separar, de dividir, de mantener aislado a quién se considera diferente. Es privar a alguien, debido a su diferencia, de gozar de los mismos derechos que el resto de las personas. Discriminar es no aceptar las diferencias, pretender que todos sean iguales a uno, acercarse

¹⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD (OPS) *“Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”* Cap 2, “Estigma y discriminación”, 2003, pág. 11

²⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD (OPS) *“Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”* Cap 2, “Estigma y discriminación”, 2003, pág. 11

sólo a aquellos idénticos a uno y cerrar espacios de intercambio social, entre personas o entre grupos.²¹

Existen diversos aspectos para “clasificar” a los otros: la raza, la religión, la nacionalidad, la ideología, la opinión política, el sexo, la posición económica, la condición social, algunas características físicas, la discapacidad, una enfermedad, etc. Existen formas muy evidentes de discriminación, cuya intolerancia llega a la violencia, a la búsqueda de destrucción física del otro. También hay formas de discriminación sutiles, donde toda la característica que no responda a los modelos llamados “normales” y aceptados en la sociedad, es motivo de segregación, incluso la apariencia física.²²

La “Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad” considera que la discriminación consiste en cualquier diferencia, exclusión o restricción que viole los derechos humanos y las libertades fundamentales de una persona.²³

En 1998 la Cumbre Mundial de los Ministros de Salud sobre los programas para la prevención del VIH, fue una de las primeras declaraciones internacionales en reconocer que “la discriminación contra las personas infectadas por el VIH y determinados grupos de población y su

²¹ UNICEF “Salud, Sexualidad y VIH/SIDA”. “Ser diferentes” WEIS-GRECO, 2005, pág.97

²² Idem anterior.

²³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD (OPS) “Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud” Cap 2, “Estigma y discriminación”, 2003, pág. 12

estigmatización mina la salud pública y debe evitarse”. Este principio ha sido reiterado por muchos organismos internacionales desde entonces, incluidas la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y confirmado por la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH celebrada en 2001.

El VIH es campo fértil para que el estigma se arraigue. Cuando se ignora el mecanismo de transmisión del VIH y aumenta el miedo de las personas y las comunidades al contagio por contacto ordinario en acciones tales como dar la mano, toser y compartir comedores y retretes. Las personas informadas o desinformadas acerca de la transmisión del VIH tienen probabilidades mucho más altas de tener actitudes discriminatorias que las que están bien informadas. La discriminación se reduce cuando las personas con el VIH tienen acceso a medicamentos antirretrovirales, entre otros que prolongan la vida y mejoran la calidad de vida.

Es indispensable comprender que la discriminación es un hecho muy difundido, que sucede con mucha frecuencia y que no es ajeno a nosotros mismos. Aunque no nos demos cuenta, no es difícil que protagonicemos situaciones de discriminación, siendo discriminados o discriminando.

Es importante reconocer que también se discrimina a través del olvido de la indiferencia y del desconocimiento. Tenemos que poder reflexionar a solas o en grupos acerca de nuestras actitudes y las de los demás frente a las diferencias.

RESILIENCIA

La resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Munist). La resiliencia es la condición humana que da a las personas la capacidad de sobreponerse a las adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro (Melillo).²⁴

Para Amelia Dell`Ano la resiliencia es la capacidad de afrontamiento ante la adversidad, orientación del ser humano en base a valores, fortalecimiento de la personalidad y capacidad de sostener un proyecto de vida.

Para que una persona sea resiliente su “yo” debe tener o adquirir ciertas características:

Introspección: arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta;

Independencia: saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento;

Capacidad de relacionarse: habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros;

Iniciativa: gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

²⁴ DELL`ANO, A “Análisis crítico del concepto de resiliencia y su valor en la intervención profesional” Filminas, mayo 2008. pág. 2.

Humor: encontrar lo cómico en la propia tragedia;

Creatividad: capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden;

Moralidad: consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores; este elemento ya es importante desde la infancia, pero sobre todo a partir de los 10 años.

Para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, las personas toman factores de resiliencia de cuatro fuentes: “yo tengo” (el apoyo), “yo soy” y “yo estoy” y “yo puedo” (la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos). Lo que aporta el concepto de resiliencia es una mayor comprensión y conocimiento empírico de los factores que protegen al sujeto de los efectos de las malas condiciones del ambiente humano y social que lo rodean, y permiten el diseño de métodos prácticos de promoción de dichos factores, para asegurar un desarrollo favorable que prevenga la aparición de enfermedades físicas o mentales. ²⁵

Según Grotberg las dimensiones más importantes para indagar y promover resiliencia son:

A. Autoestima: que supone las apreciaciones que la persona hace de sí mismo, derivada de sus experiencias personales y los vínculos afectivos, y

²⁵ MELILLO, A. SUAREZ OJEDA, E. *“Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas”* cap. 4. Ed. Paidós. Bs As. Págs. 88-89

que influirá en el desarrollo de estrategias para enfrentar las situaciones de tensión.

B. Vínculos: los vínculos afectivos permitirán desarrollar la capacidad de experimentar confianza y, como consecuencia, consolidar relaciones estables, incluyendo la ambivalencia de sentimientos, aceptando los aspectos positivos y negativos de los otros y de sí.

C. La creatividad y el humor: son desarrollados en y a partir del juego, suponen tolerancia a la ambigüedad y a la desorganización, flexibilidad de soluciones para los problemas, permiten procesar las experiencias traumáticas con menos angustia, y son un recurso para enfrentar situaciones de estrés.

D. La red social e ideología personal: el enriquecimiento de la vida cotidiana con la creación o suscripción de valores para los eventos configura recursos extra para los sujetos, cuando se encuentran en circunstancias difíciles.²⁶

Las resiliencia no es un rasgo de personalidad, sino que las personas son actores y fuentes de las adaptaciones resilientes, y las familias, escuelas, comunidades, servicios sociales son el escenario de promoción de resiliencia, y pueden propiciar y proveer (o no) el despliegue de los factores protectores.

27

²⁶ LLOBET, V. *“La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión”*. Herramientas para la transformación. Cap.1 Consideraciones acerca del concepto de resiliencia. Ed. Novedades educativas. Bs. As. 2005. págs.12-13

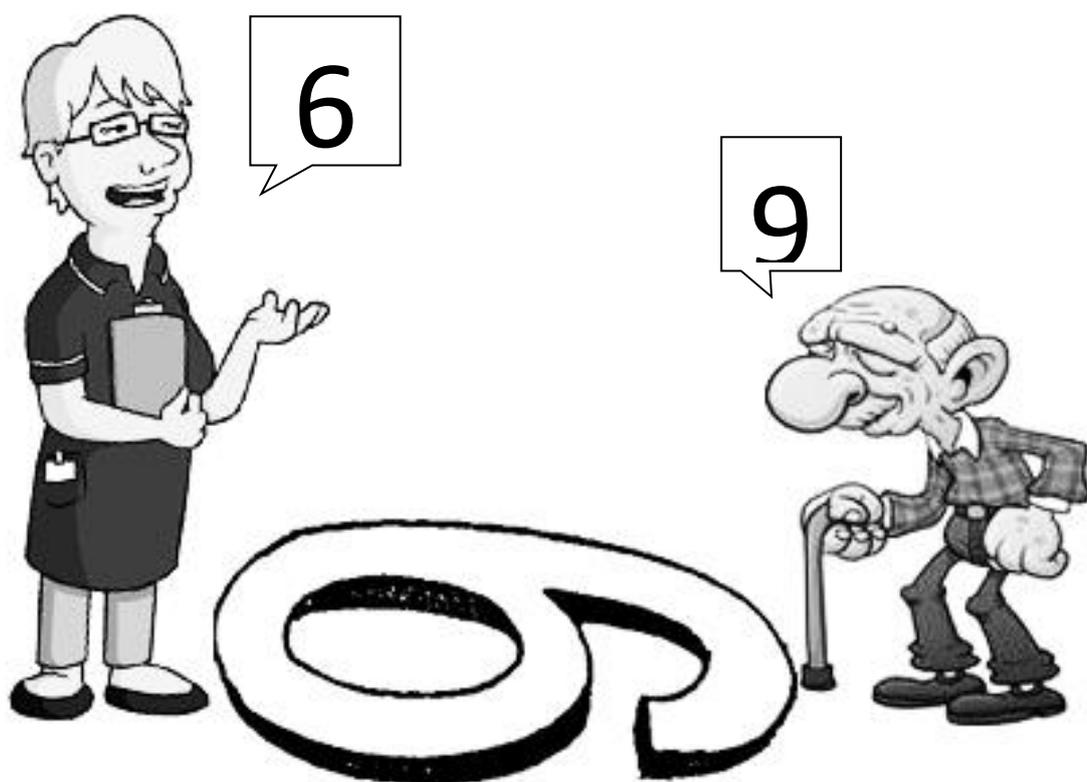
²⁷ LLOBET, V. *“La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión”*. Herramientas para la transformación. Cap.5 Replanteo: problemas de interés del enfoque de resiliencia. Ed. Novedades educativas. Bs. As. 2005. pág 87

La concepción actual de resiliencia implica que el individuo afectado por la adversidad es capaz de superarla y salir fortalecido. Además, significa que es un proceso que puede ser desarrollado y promovido. A lo largo de los años se desplazó la atención desde las cualidades personales que permitirán superar la adversidad (como la autoestima o la autonomía) hacia un mayor interés por los factores externos del individuo (nivel socio-económico, estructura familiar, presencia afectuosa de un adulto cercano).²⁸

²⁸ MERCADO, L. "Posmodernismo y resiliencia juvenil. Subjetivación y comportamientos resilientes ante la crisis estructural en adolescentes de la ciudad de Córdoba en 2004-2005. Ed. De la Universidad Católica de Córdoba. Cap. 3. Pág. 25.

Tercera Parte:

Encuadre Institucional



ENCUADRE INSTITUCIONAL

El **Sistema de Salud** es el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria. Este debe garantizar la equidad social y la salud de la población.

Esta organizado a través del Ministerio de Salud de la Nación el cual asiste al Presidente de la Nación en todo lo inherente a la salud de la población y a la promoción de conductas saludables de la comunidad, delegando en el Ministerio de Salud de cada provincia distintas tareas.

El sistema de salud está integrado por distintos sectores:

- El **Sector Privado**, el cual posee una gran diversidad organizacional, dividiéndose en dos: por un lado el trabajo de profesionales en su ejercicio privado, ya sea en consultorios o laboratorios propios y por otro lado, las actividades institucionalizadas empresariales desarrolladas en clínicas y sanatorios con internación, instituciones especializadas, centros ambulatorios de diagnóstico y/o atención de diversas complejidades. No están obligados a tener entre sus profesionales a trabajadores sociales.
- El **Sector de las obras sociales**, donde las obras sociales poseen leyes propias de creación que le asignan responsabilidades y funciones particulares y están reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. Están dirigidas a la atención de la salud de los trabajadores asalariados, a sus grupos familiares y a los trabajadores del Estado. Cubre

además a jubilados y pensionados a través de PAMI (Programa de Atención Médica Integral).

- El **Sector Público**, en el cual el Estado Nacional interviene en forma activa, atendiendo a todos los niveles de atención y delegando responsabilidad en sus municipios (Unidades Sanitarias o CAP) y la provincia (Hospitales de Alta Complejidad).

Cada uno de los subsectores, en estado puro se encuentran destinados a una población específica, pero comparten entre sí el intercambio de usuarios y de profesionales.

Estos sectores se van a subdividir en diferentes **niveles de atención** que son actividades de tipo biomédico y todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, buscando prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

- **Primer nivel de atención:** es aquel destinado a cumplir con las funciones de prevención y promoción de la salud. Se llevan adelante en Centros de Salud, Unidades Sanitarias, etc. Atienden al 80% de la población. Los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad. Debe estar integrado por: un médico clínico, un pediatra, un ginecólogo, una enfermera y una trabajadora social (cuando es en el sector público).

- **Segundo nivel de atención:** atención de enfermedades de alta complejidad. Se relaciona tanto con el nivel primario, para devolver los casos resueltos como con el terciario cuando la complejidad así lo requiere. Se va diferenciando en especialidades o subespecialidades que sean necesarias (cardiología, infectología, nefrología, cirugía general, psiquiatría, etc.).

- **Tercer nivel de atención:** se reserva a problemas poco prevalentes, se refiere a patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Debe atender a la totalidad del país. Por ejemplo, el Hospital del Quemado o Centros de Rehabilitación.

El sistema de salud está organizado por regiones. La Provincia de Buenos Aires está dividida en 12 zonas. Mar del Plata se encuentra comprendida dentro de **la Zona Sanitaria VIII**. La misma es una estructura técnica administrativa cuyo propósito fundamental es coordinar y articular los establecimientos asistenciales con todos sus recursos humanos y tecnológicos en una verdadera red asistencial. Comprende Gral. Lavalle, Maipú, Partido de la Costa, Pinamar, Villar Gessel, Gral. Madariaga, Gral. Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, Gral. Pueyrredón, Gral. Alvarado, Lobería, Necochea y San Cayetano.

Funcionan en la Zona Sanitaria VIII 190 centros de Atención Primaria de la salud y centros de atención secundaria y terciaria. Uno de los hospitales que funciona dentro de la zona es el **Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA)**, el cual es una institución que brinda servicios de salud ambulatorios y con internación, gratuitos al momento de la atención, dependiente del presupuesto provincial y que se ajusta al marco legal de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, así como a las distintas leyes normativas.

Asiste la alta complejidad de 16 partidos de la zona. Conforman un nosocomio de complejidad 8; dicha complejidad responde a Instituciones que cuentan

con amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad. Trabajan alrededor de 1000 profesionales atendiendo a diario a 1200 personas y anualmente a más de 250 mil consultas ambulatorias y 12 mil internaciones. Diariamente atienden a 1300 pacientes en consultorios externos.

Entre las especialidades con las que cuenta el hospital esta el Servicio Social. El **Servicio Social** se sitúa en la planta baja del hospital, a la izquierda de la entrada principal. Es de fácil reconocimiento y cuenta con un ambiente dividido por mamparas que dan lugar a cuatro oficinas. Además cuentan con un espacio de uso común donde se encuentra el guardarropas, una computadora y material de trabajo.

El Servicio Social en su conjunto persigue como objetivos de intervención trabajar para mejorar la salud de la comunidad, establecer redes de apoyo con otras instituciones y programas, estimular el cambio en las personas, mejorar la calidad de vida de los pacientes entre otros. El objetivo es el de lograr un equilibrio de la atención integral, donde el demandante o la población a atender sean tenidos en cuenta como algo más que unidades biológicas.²⁹

A su vez el Servicio Social está organizado en especialidades y áreas. Cada una de ellas cuenta con un/a licenciada. Estas áreas son:

Infectedología y Ginecología

²⁹ Tesis *“Una aproximación a la problemática de los ‘pacientes sociales’, un abordaje desde el Servicio Social.”* El trabajo social en el ámbito de la salud. Universidad Nacional de Mar del Plata, Pág. 60.

Salud Mental
Nefrología
Cardiología
Neurología
Traumatología y Neumonología
Oncología y Radioterapia
Servicio de Guardia
Clínica Médica
Terapia Intensiva/ intermedia
Programa de Internación Domiciliaria
Secretarias
Residencia de pos y pregrado

SERVICIO SOCIAL DE INFECTOLOGIA

El **Servicio Social de Infectología** se ubica en el segundo piso del hospital. Trabaja conjuntamente con los médicos infectólogos, la red de voluntarios, el hogar de las Hermanas de Calcuta y personal del programa “Almacenes Culturales”.

El programa “**Almacenes Culturales**” se crea en el año 2006 y propone generar espacio para favorecer y acompañar la organización, promoción, comunicación y producción socio-cultural, junto a chicos, jóvenes y adultos. El programa depende de la Secretaria de Cultura de la Municipalidad, en sus inicios fue financiado por el fondo de fortalecimiento de Programas Sociales

(Ley N°13163) pero a partir de 2010 el recurso humano paso a formar parte de la planta permanente estatal.

La tarea es habilitar espacios de subjetivación y de expresión a partir de los diversos lenguajes: artístico, corporal lúdico, etc. Se propone instalar y desarrollar dentro del ámbito hospitalario, un espacio que brinde acceso a actividades socio artísticas a las personas que asisten o permanecen durante algún periodo. Funciona una biblioteca ambulante para recorrer las salas de internación del HIGA y acercar libros a las personas que están internados y a quienes los acompañan. Para esto se adaptó un carro que permite realizar ese recorrido.

La **Red de voluntarios** es un conjunto amplio y heterogéneo de personas que dedican desinteresadamente su tiempo y esfuerzo a beneficiar a otros, con una actitud de solidaridad que implica la generación de vínculos y compromisos centrados en el respeto y la valoración del otro. Trabajan en el hospital desde hace 18 años dependiendo del Servicio Social y realizando diferentes tareas como: visitar pacientes, ayudándolos a comer, realizando tareas en los consultorios externos, guardia y realizando consultoría entre otros.

El **Hogar de Misioneras de Calcuta de la Madre Teresa** es una congregación dedicada a la atención de "los más pobres" fundada por la Madre Teresa de Calcuta. Las Hermanas vienen de diferentes partes del mundo y si bien hablan castellano, entre ellas se entienden en inglés -el idioma oficial de la congregación- y rotan de países cada seis meses como mínimo y cinco años como máximo. El Hogar en sus comienzos fue

destinado a personas viviendo con VIH en su fase terminal. El mismo cuenta con cocina, comedor, sala de esparcimiento, sala de lectura, living con sillones y televisión, habitaciones compartidas con placard y baño en cada habitación, cuarto de almacenado de alimentos, morgue (actualmente sin uso) y capilla. Con los años el VIH se transformó en una enfermedad crónica y las Hermanas se vieron obligadas a modificar los objetivos de la institución, ya que los pacientes que llegaban, llegaban para recuperar su salud y no a morir como antiguamente.

El Servicio Social atiende dos tipos de demanda:

Demanda espontánea: personas que se acercan al Servicio Social con consultas particulares.

Demanda Interna: personas atendidas por primera vez en el área de infectología y derivadas por este al Servicio Social o bien personas internadas.

Cada persona atendida por el Servicio tiene su ficha con datos personales y seguimiento del caso. El espacio físico es compartido con “Almacenes Culturales” y con miembros de la red de voluntarios.

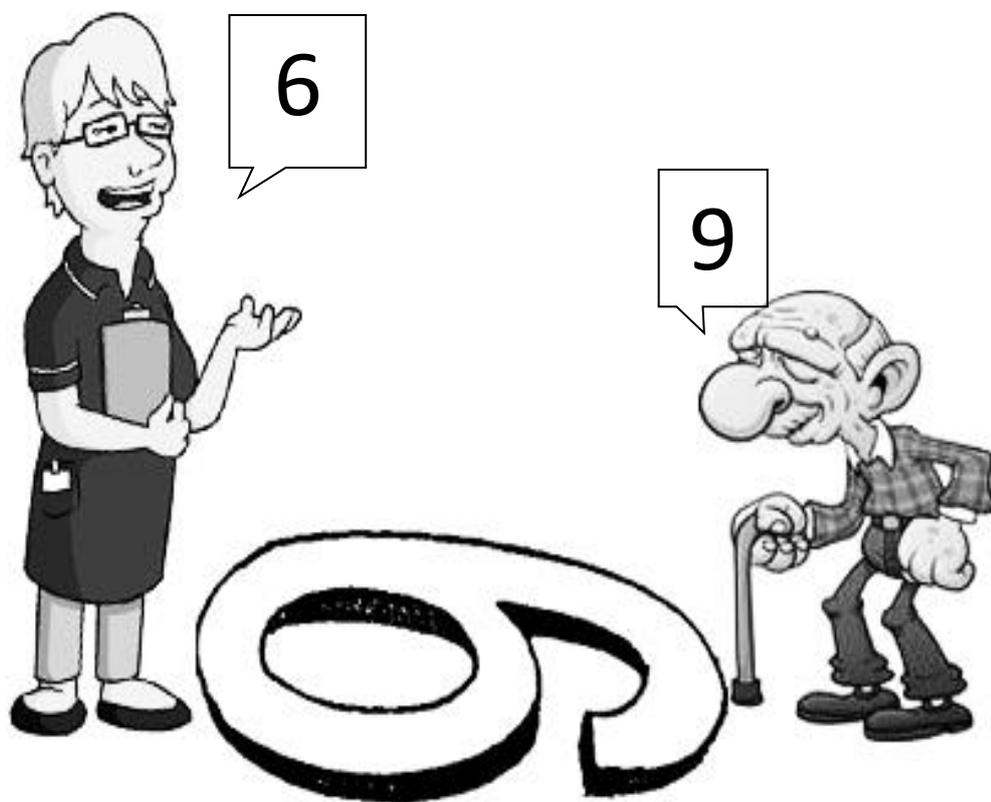
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

En el área de infectología, hombres y mujeres que se atienden tienen una edad promedio de entre 25 a 55 años, aunque también se atienden pacientes desde los 15 años y adultos mayores.

Gran parte de los pacientes son personas con escasos recursos económicos que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, económica, etc. Subsisten de los ingresos provenientes de changas, trabajos informales, trabajos temporarios, etc. En muchos casos también se encuentran desempleados.

Por lo general los pacientes cuentan con redes familiares de apoyo, aunque muchas veces al momento de la internación se encuentran distanciados del grupo familiar.

Cuarta Parte: Estudio de Casos



• **ESTUDIO DE CASOS: SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

CASO N° 1: los datos que se presentan a continuación pertenecen a E. A. D.- A fin de proteger su identidad llamaremos al sujeto-objeto de intervención con el nombre de Ezequiel. Con el mismo propósito, la identidad de los miembros de su familia también ha sido modificada

INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA DEMANDA:

Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”, Servicio Social en el Área de Infectología.

ORIGEN DE LA DEMANDA:

La demanda es de derivación interna. Toda persona atendida por primera vez en el área de infectología es evaluada por el Servicio Social de dicha área.

MOTIVO DE LA DEMANDA:

Evaluación socio-sanitaria y de soportes sociales para el post-alta del paciente.

ESTADO DE SALUD AL MOMENTO DEL INGRESO:

Ezequiel ingresa por guardia. Es atendido por dicho servicio y derivado al tercer piso de internación (sector A) en una habitación única. Es diagnosticado como persona viviendo con VIH desde el año 2009 sin

tratamiento ni controles. Existe además la sospecha de un diagnóstico de TBC (Tuberculosis) pulmonar. Herpes Zooster en brazo izquierdo. Múltiples intentos de suicidio en ocasiones anteriores. Consumo de sustancias psicoactivas y alimentación deficiente. Además refiere situaciones de violencia con su actual pareja.

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA:

El día 31 de julio de 2012 se toma contacto con Ezequiel de 23 años de edad. Se mantiene la primera entrevista donde el paciente manifiesta que fue trasladado al hospital por su hermana ya que se sentía débil y su pareja no había querido acompañarlo.

Expresó conocer su diagnóstico de VIH desde el año 2009 aunque nunca hizo tratamiento. Refiere consumir sustancias psicoactivas, específicamente alcohol, marihuana y pegamento en grandes cantidades junto a su pareja y no estar alimentándose de manera adecuada, ni todos los días.

Manifiesta estar viviendo en situación de calle desde el año 2003 y haber vivido en varias oportunidades y por cortos periodos de tiempo en la casa de su hermana Julia. Contó que la situación de convivencia no perduraba porque según sus palabras *“se sentía atrapado, eso no era para él”*. Agrega que su hermana esta *“cansada de él y de sus problemas”* y que *“no cree que su hermana acceda a recibirlo nuevamente en su hogar”*. Plantea que la posibilidad de ir a vivir con su padre es nula, ya que no se llevan bien, han pasado por situaciones de violencia y hace tiempo que no tienen contacto.

En un primer momento, el paciente no está seguro de abandonar la calle, porque no quiere dejar a su pareja y teme que éste pueda enojarse. Comenta que su hermana no acepta a Juan (pareja de Ezequiel) porque este no

atiende ningún aspecto de su vida cotidiana. Después de reflexionar con él sobre sus necesidades y el cuidado de su salud comienza a entender que lo mejor para él es abandonar esta situación en la que se encuentra.

En base a esto y a posteriores entrevistas realizadas con Ezequiel se obtiene a la siguiente información:

DATOS BASE DEL SUJETO ENTREVISTADO:

Nombre: EZEQUIEL

Fecha de nacimiento: 15/03/1989

Edad: 23 años

DNI: se encuentra indocumentado

Nacionalidad: argentino

Domicilio: se encuentra viviendo en situación de calle.

Barrio: -

Localidad: Mar del Plata

Partido: Gral. Pueyrredón

Provincia: Buenos Aires

Lugar de nacimiento: Mar del Plata

Antigüedad de residencia en el lugar: -

Grado de instrucción: primario incompleto

Otros estudios o cursos realizados: -

Estado Civil: Soltero

Obra Social: no cuenta con obra social.

• ESTRUCTURA DE LA RED PERSONAL:

Los datos que aquí se presentan pertenecen al grupo familiar y han sido modificados para resguardar su identidad.

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado civil
Pareja	Juan	30	Desempleado, cuida coches	Soltero

OBSERVACIONES:

Ezequiel manifiesta que su pareja consume grandes cantidades de alcohol (entre cuatro y seis litros de vino por día) y narcóticos. Expresa que todos los ingresos que generan cuidando coches están destinados a estos fines. Refiere situaciones de violencia que se da entre él y su pareja, luego de consumir dichas sustancias.

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado civil
Padre	Luis	56 años	Changas	Viudo
Hermana	Julia	26 años	Trabajo temporario	Soltera
Sobrina	Maite	7 años	Estudia	Soltera
Sobrina	Luz	4 años	Estudia	Soltera
Sobrino	Lucas	2 años	-	Soltero

OBSERVACIONES:

Ezequiel refiere tener una relación conflictiva con su padre como así también con sus hermanos a quienes no ve desde que fue a vivir a la calle a la edad de 14 años. Esto se debió a las peleas permanentes y a las palizas a las que era sometido por parte de su padre a razón de su orientación sexual. Dicho acontecimiento coincide con la muerte de su madre quién era quien lo protegía de esta violencia. La única integrante de su familia con la que tiene

contacto es con su hermana Julia quién lo ha ayudado en varias oportunidades. La misma realiza tareas de fileteado de productos de mar, siendo este un trabajo no registrado. Respecto al domicilio de su hermana refiere que es una vivienda precaria, que presenta deterioros estructurales y escaso mobiliario.

MIEMBROS DE SU RED PERSONAL QUE BRINDAN APOYO

Respecto a su red personal Ezequiel cuenta con el apoyo de su hermana Julia que es el único miembro de su familia con la que tiene contacto. Su madre que era quién lo protegía, falleció hace unos años. Este hecho acentuó el distanciamiento con el resto de su familia. El vínculo que tiene con su pareja es estable pero según refiere conflictivo. Según expresa no tiene otros vínculos aparte de los mencionados ya que no tiene amigos ni compañeros de ningún tipo ya que no realiza actividades comunitarias ni de recreación ni de ningún tipo.

• **ASPECTO HABITACIONAL:**

Ezequiel vive en situación de calle desde el año 2003 a raíz de diversos conflictos suscitados al interior del hogar familiar. Manifiesta vivir en la costa en la zona de Cabo Corrientes. Su vivienda está construida entre las rocas con material de nylon y no cuenta con ningún servicio público lo que hace dificultoso el acceso a la higiene personal. Es de destacar que durante la internación Ezequiel mostró ser ordenado y cuidadoso con su higiene personal.

• **ASPECTO ECONÓMICO Y LABORAL:**

Al momento de la internación se encuentra desempleado y los ingresos con los que cuenta tanto él como su pareja, provienen de la actividad que realizan ocasionalmente como cuida coches. Los bajos ingresos y la mala administración de los mismos hacen que sus necesidades básicas se encuentren insatisfechas, aunque muchas de estas necesidades no son percibidas como tales.

De acuerdo a la información recabada en las sucesivas entrevistas realizadas a Ezequiel, el Servicio Social de Infectología plantea el siguiente proceso de intervención en el caso:

• **OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:**

- Conocer la situación socio-sanitaria del paciente.
- Identificar a miembros de su red social personal que puedan brindar apoyo en el proceso de salud-enfermedad.
- Generar que Ezequiel al momento del alta médica cuente con un domicilio fijo donde realizar su tratamiento a fin de mejorar su estado de salud.
- Gestionar los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida del paciente.

• **SUPUESTOS ORIENTADORES:**

- Posibilidades de cambio.
- Posibilidades de cumplir con el tratamiento.
- Capacidad de cambio y adaptación.
- Capacidad de aprendizaje.
- Posibilidad de acordar y cumplir reglas y pautas.

- **HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN:**

- Historia Clínica
- Entrevistas (en la Institución y en el domicilio)
- Reuniones con el equipo de salud (médico infectólogo y psicólogo)
- Observación en visita domiciliaria.

- **PLAN DE ACCIÓN:**

- Lectura de la Historia Clínica
- Entrevistas: con el paciente; con el grupo familiar conviviente; con el grupo familiar no conviviente.
- Tramitación del Documento Nacional de Identidad para comenzar a gestionar recursos que contribuyan a satisfacer sus necesidades básicas.
- Visita domiciliaria en la vivienda de su hermana Julia.
- Intervención del Psicólogo de “Almacenes Culturales” dependiente de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón.
- Elaboración de un informe social a fin de iniciar el trámite por una pensión no contributiva por invalidez.
- Tramitación de la Tarjeta de Alimentos del “Programa de Asistencia Alimentaria para Pacientes Inmunodeprimidos”

- **PROCESO CRONOLOGICO:**

Durante el período de internación el equipo médico descarta la posibilidad de TBC pulmonar. Se lo medica para controlar el Herpes Zooster y la abstinencia por el abandono de las sustancias psicoactivas. Es con el equipo médico que se resuelve no dar de alta hasta que no estén dadas las

condiciones socio-sanitarias para que él pueda realizar su tratamiento de forma continua y efectiva.

Después de aproximadamente un mes de internación, a la espera de la recuperación de Ezequiel, el Servicio Social logra ponerlo en contacto con un Acompañante Terapéutico para que lo guíe en la tramitación de su documento de identidad. Éste lo acompañaría desde el Hospital hasta el Registro Provincial de las Personas, ida y vuelta.

Se puede observar que Ezequiel mantiene su habitación aseada y ordenada, como así también su aspecto personal. Manifiesta no querer volver a vivir en la calle pero su pareja quiere obligarlo. Le dice, según las palabras de Ezequiel, que el Servicio Social desea encerrarlo en una institución. Su pareja bebe alcohol frente a su ventana y lo insulta. Se intenta tener una entrevista con Juan, pero él no se presenta al Servicio Social.

El día 6 de agosto se realiza una entrevista domiciliaria a la hermana de Ezequiel, Julia. En el domicilio también se encontraba el padre de ambos, el Sr. Luis. Se le explica a la familia la situación por la cual está atravesando Ezequiel, la importancia de cumplir con el tratamiento indicado, de salir de la situación de calle en la que se encuentra. La hermana manifiesta comprender la situación, y nos explica que su temor a recibirlo en su casa se basa en que en ocasiones anteriores Ezequiel se ha ido sin avisar dejando a sus sobrinos solos y que no desea que traiga a Juan a dormir a la casa. Se le plantea una nueva situación en la que él debe ayudar en el hogar, salir a trabajar y cumplir las reglas y las condiciones que ella plantee. En toda la entrevista el padre se mantuvo en absoluto silencio, escuchando la conversación. Cuando Julia accede a recibir a su hermano en el hogar el

padre se expresa diciendo que Ezequiel es un problema, que nunca va a cambiar, que va a pervertir a las niñas y que los va a contagiar a todos.

El Servicio Social le planea que el hogar es de Julia y que ella será quien tome la decisión final. En la entrevista tuvimos la posibilidad de conocer las habilidades para las artes manuales de Ezequiel en pintura y dibujo. El mismo había realizado un mural en las paredes de la escalera de la casa de su hermana.

El Servicio Social se entrevista con Ezequiel y se le comenta la decisión que tomo su hermana respecto de recibirlo en su hogar. Por intermedio de “Almacenes Culturales” se consiguen hojas y lápices de colores para dibujar. Luego de pautar estrategias para el alta con Julia, Ezequiel va a vivir con ella. Se les entrega una bolsa de alimentos para colaborar con el hogar y se pauta una próxima entrevista con Ezequiel y Juan con el objetivo de explicarle a éste que nuestra intención no es separarlos, sino que él se convierta en una herramienta para acompañar a Ezequiel en su recuperación.

El 10 de agosto se acerca al Servicio Social Ezequiel con el pedido de una nueva bolsa de alimentos, explicándonos que su hermana la había regalado. Por consiguiente se le explica la importancia de una buena alimentación y que los alimentos que le son otorgados son para su alimentación y la de su familia.

El día 14 de agosto se concreta la entrevista con Ezequiel y Juan. En la misma Ezequiel manifestó que su padre, desde que se enteró que se le empezó el tramitar una pensión comenzó a dirigirle la palabra, hasta le ofreció la casa para que fuera a vivir con su pareja. Juan por su parte nos comenta que consume entre cuatro y seis litro de vino por día, que le

gustaría dejarlo pero que no puede pasar un día sin consumir, que le gustaría dejar la calle pero no quiere dejar a los cinco perros que tiene a su cargo. Ezequiel le explica que lo mejor para los dos es dejar la calle y que él también debería hacerse estudios médicos. Con apoyo del Servicio Social Juan accede a concurrir a una consulta médica. Con el fin de facilitar el acceso de ambos a la salud, las Trabajadoras Sociales se encargan de pedir el turno para Infectología y Hepatología para ambos. Ezequiel nos comenta que su hermana Julia está haciéndose estudios por un posible cáncer, enfermedad por la cual murió su mamá. Su padre sostiene que el virus que posee Ezequiel es el responsable de la enfermedad de su hermana.

Al día siguiente ambos concurren a consulta médica. Juan se muestra apurado y con ganas de irse del hospital. Ezequiel lo contiene y le proponen seguir esperando hasta ser atendidos.

Durante un mes se observa a Ezequiel y a Juan ir al hospital en varias oportunidades a realizarse distintos estudios. Nos comentan que cuando tienen un turno, Julia le permite a Juan quedarse a dormir para que le sea más accesible concurrir al hospital y poder bañarse. Julia comienza a trabajar en una fábrica de pescados lo que se llama “temporada de la anchoíta” por lo que Ezequiel queda al cuidado de sus tres sobrinos. Nos cuenta que han formado una especie de equipo y que están funcionando muy bien. Que en el tiempo que convivió con su hermana empezó a conocerla más y descubrir en ella cosas que no conocía y vivir experiencias nunca antes vividas (por ejemplo: ir al centro con su hermana y sus sobrinos, comer una pizza y jugar diferentes juegos en Sacoa). Nos cuenta que él se encarga de todos los quehaceres del hogar.

El día 11 de septiembre se acerca al Servicio Social a dejarnos su DNI para que podamos comenzar con el trámite de la pensión y se retira de manera apresurada. Al día siguiente vuelve exaltado y nervioso y nos cuenta que sostuvo una discusión muy fuerte con su pareja, que éste lo golpeo y que él le desarmo la casa de nylon que tenia armada en la costa. Nos cuenta que hacía unos días que no dormía por que se había quedado sin medicación para la abstinencia, que estaba muy nervioso y que los últimos días los había pasado en la calle porque su padre iba a quedarse a dormir en lo de Julia y no dejaba de maltratarlo y discriminarlo. En base a lo manifestado por Ezequiel las Trabajadoras Sociales acuden al Servicio de Guardia del hospital para pedir atención inmediata y se le avisa a su médico de dicha situación. Nos expresa sentirse discriminado por la familia de su pareja. Nos plantea que cuando usa algo enseguida lo lavan, y que esta situación lo altera. Con una nueva receta en mano Ezequiel se retira alrededor de las 13:00 hs diciendo que debía llevar a sus sobrinos a la escuela.

Unos días después Ezequiel se acerca al Servicio Social a contaros que se sentía mejor y que se había reconciliado con su pareja y que su relación con su hermana mejora cada día. Ella le empezó a pagar unos \$200 pesos por semana para que él cuente con un ingreso para sus gastos.

• **EVALUACIÓN:**

Respecto a la situación de calle del paciente se logró que su hermana acceda a recibirlo en su casa acordando con ella y con el paciente algunas reglas de convivencia para que sea una experiencia amena para ambos.

Respecto a los vínculos del paciente podemos decir que se fortaleció el de éste con su hermana Julia, empezaron a conocer cosas uno del otro que no

conocían, a pesar de tener una historia en común. Lograron formar un equipo en el cual ella trabaja y él se queda en casa, realizando las tareas domésticas y cuidando a sus sobrinos. Tareas por la cual su hermana le paga. Si bien su red social es mínima y ésta se encontraba sobrecargada y por tanto el vínculo que tenía con su hermana se había debilitado se logró por medio del diálogo y concesiones el fortalecimiento del mismo.

El paciente consciente de su enfermedad y de los cuidados que conlleva acercó, junto con la intervención del Servicio Social, a su pareja al hospital para que comience a realizarse controles médicos. Esta predisposición hizo que su hermana Celia comenzara a aceptar a la pareja de su hermano y que le permitiera en ocasiones quedarse a pasar la noche en su hogar.

El paciente pudo percibir las necesidades que tenía insatisfechas y con la ayuda del Psicólogo de “Almacenes Culturales” logró identificar que era lo que él quería para su vida y lo que no. Así fue como incentiva a su pareja a dejar de consumir sustancias psicoactivas manifestando según sus palabras que “no le gusta cuando su pareja se emborracha”.

A partir de lo trabajado se empieza a pensar en la autonomía del paciente. Después de haberle brindado las herramientas para desarrollarse se piensa estratégicamente en empezar a darle espacio, libertad para que pueda comenzar a transitar el camino con un acompañamiento con libertad pero por si mismo. Es en este momento que el Servicio Social comienza a visualizar que el paciente no es plenamente autónomo ni responsable por su salud, ya que cuando tiene que comenzar a sacar los turnos por su cuenta deja de hacerlo. El Servicio Social se replantea su actuar frente a la situación en cuestión, ya que por el afán de que el paciente adhiera al tratamiento realizó por él ciertos tramites que tendría que haber realizado el

paciente y que ahora aparecen como perjudiciales cuando el Servicio Social quiere tomar distancia y dejar que el paciente actúe personalmente.

CASO N°2: los datos que se presentan a continuación pertenecen a E. H. C.-
A fin de proteger su identidad llamaremos al sujeto-objeto de intervención con el nombre de Estela. Con el mismo propósito, la identidad de los miembros de su familia también ha sido modificada.

INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA DEMANDA:

Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”, Servicio Social en el área de Infectología.

ORIGEN DE LA DEMANDA:

La demanda es de derivación interna. Toda persona atendida por primera vez en el área de infectología es evaluada por el Servicio Social de dicha área.

MOTIVO DE LA DEMANDA:

Evaluación socio-sanitaria y de soportes sociales para el post-alta del paciente.

ESTADO DE SALUD AL MOMENTO DEL INGRESO:

Estela ingresa por guardia con un estado de malestar generalizado. Es atendida y derivada al tercer piso de internación (Sector B) en una habitación única. Tiene diagnóstico de VIH desde hace 16 años, sin tratamiento ni controles. Se encuentra angustiada por que no tiene noticias de sus hijos.

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA:

El día miércoles 3 de octubre se toma contacto con la Sra. Estela de 41 años de edad. Se mantiene la primera entrevista donde la paciente refiere que conoce su diagnóstico de VHI desde el año 1996 y que toda su familia, incluyendo sus hijos mayores están al tanto de su estado de salud. Nos cuenta que cuando se lo comento a su madre, ésta lo tomo muy mal, no entendía bien lo que me sucedía y por eso no quería compartir utensilios (vasos, platos, etc.) con ella, ni siquiera la besaba. Refiere que se sentía discriminada por su propia madre, lo cual la hacía pensar que pasaría con el resto de las personas si su propia madre la rechazaba. Con ayuda de sus hermanos (todos enfermeros) empezaron a explicarle a su mamá lo que implicaba la enfermedad, como se trataba, como se contagiaba, etc, lo que hizo que ésta cambiara su actitud respecto a Estela.

Nos cuenta que la persona que más sufrió fue su ex marido (padre de su segundo hijo). Él se angustio más porque sabía de donde se había contagiado, desde donde la arrastraba. Ambos se enteraron cuando recibieron una citación del hospital donde días antes habían donado sangre. Nos dice que para no molestar a sus respectivas familias decidieron venirse a vivir a Mar del Plata.

En base a esto y a posteriores entrevistas realizadas con Estela se obtiene a la siguiente información:

DATOS BASE DEL SUJETO ENTREVISTADO:

Nombre: ESTELA

Fecha de nacimiento: 14/01/69

Edad: 44 años

DNI: XX.XXX.XXX

Nacionalidad: Argentina

Domicilio: Neuquén XXXX

Barrio: Bernardino Rivadavia

Localidad: Mar del Plata

Partido: Gral. Pueyrredón

Provincia: Buenos Aires

Lugar de nacimiento: San Salvador de Jujuy (Prov. De Jujuy)

Antigüedad de residencia en el lugar: 16 años

Grado de instrucción: Terciario en curso (magisterio)

Otros estudios o cursos realizados: computación

Estado Civil: Divorciada

Obra Social: Ioma

• **ESTRUCTURA DE LA RED PERSONAL:**

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado Civil
hijo	Julio	21	empleado	Unido de hecho
nuera	María	18	estudiante	Unida de hecho
hijo	Javier	17	estudiante	Soltero
hija	Luna	7	estudiante	Soltera
nieta	Celeste	1	-	Soltera

OBSERVACIONES:

Estela manifiesta ser una madre exigente con sus hijos, lo que provoca en muchas ocasiones diferentes conflictos. Vive con sus tres hijos, su nuera (de nacionalidad boliviana) y su nieta. El hijo mayor trabaja en una verdulería. Su nuera está terminando el secundario al igual que su hijo Javier de 17 años de edad. Con Javier a estado teniendo problemas en el colegio por sus

reiteradas ausencias al establecimiento. Mientras Estela estuvo internada se pudo tomar contacto después de varios intentos con su hijo Javier quién manifestó no poder ir a verla porque estaba ocupado con Facebook y con su novia. La joven había sido internada en Salud Mental del Hospital por haber ingerido varias pastillas de Clonazepam en un intento de quitarse la vida. Se pudo observar que ambos jóvenes mantenían una relación simbiótica en la cual no toleraban estar separados. Tan así era, que en varias oportunidades Javier ingresó por la fuerza en Salud Mental del Hospital para ver a su novia. Ambos tenían planes de escaparse y formar una familia.

Con su nuera mantenía una relación de armonía aunque para Estela la joven era demasiado pasiva y no estaba atenta a su nieta. Durante la internación ni su hijo ni su nuera fueron a verla. Ester estaba preocupada por su hija menor que estaba al cuidado de ellos.

Este conjunto de situaciones mantenía en constante alerta y preocupación a Estela, lo cual hacía que ella no pudiera concentrarse en el tratamiento que se le estaba brindando en el hospital.

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Vínculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado Civil
Ex pareja	Carlos	44	Desempleado	Soltero

OBSERVACIONES:

Carlos es la ex pareja de Estela y padre de su hija Luna. Estela refiere tener buena relación con Carlos y nos cuenta que él siempre está presente, la ayuda en su casa, con sus hijos, etc. Carlos vive con su madre y se encuentra desempleado, por esto es que Estela, según sus dichos, decidió terminar la relación.

MIEMBROS DE SU RED PERSONAL QUE BRINDAN APOYO

Las personas que brindan apoyo a Ester principalmente es su ex pareja Carlos.

• **ASPECTO HABITACIONAL:**

Estela y su familia viven en un PH sobre la calle Neuquén, en el Barrio Bernardino Rivadavia. Al mismo se accede por una puerta que da a un pasillo en el cual se encuentran varias puertas que dan a otras viviendas. La primer entrada corresponde al domicilio de Estela.

La vivienda esta construida de ladrillo revestido con techo de losa y aberturas de madera. Cuenta con tres ambientes, de los cuales dos son utilizados como dormitorios. Uno de los dormitorios es habitado por Estela, su hijo Javier y su hija menor, Luna, cada uno con su cama propia. La otra habitación es utilizada por su hijo mayor, su nuera y su nieta.

La vivienda cuenta con un patio interno de escasa dimensión en donde se encuentran las dos mascotas de la familia. El estado de conservación de la vivienda y del mobiliario de la misma demuestra falta de mantenimiento. En algunos sectores de la vivienda la pintura y el revoque de las paredes esta prácticamente ausente. El mobiliario esta distribuido de forma que prácticamente no queda espacio libre en la vivienda. Cuenta con todos los servicios (agua corriente, cloacas y gas natural).

• **ASPECTO ECONÓMICA Y LABORAL:**

Los ingresos con los que la familia subsiste provienen del trabajo informal que realiza Estela en una panadería (hace cuatro años) y en una casa particular (esporádicamente) como empleada para el planchado de las

prendas familiares. Trabaja dos días por semana y gana \$ 100 por jornada, lo que nos da un promedio de \$800 al mes.

A esto debemos sumarle los ingresos generados por su hijo que trabaja en una verdulería, los cuales en general están destinados a los gastos de su pareja y su hija, colaborando en el pago de los servicios del hogar.

De acuerdo a la información recabada en las sucesivas entrevistas realizadas a Estela, el Servicio Social de Infectología plantea el siguiente proceso de intervención en el caso:

• **OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:**

- Conocer la situación socio-sanitaria de Estela.
- Identificar a miembros de su red social personal que puedan brindar apoyo en el proceso de salud-enfermedad.
- Generar en Estela adherencia al tratamiento y continuidad en los controles médicos pertinentes.
- Gestionar los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida del paciente (pensión y tarjeta de alimentos).

• **SUPUESTOS ORIENTADORES**

- Posibilidades de cambio.
- Posibilidades de cumplir con el tratamiento.
- Capacidad de cambio y adaptación.
- Capacidad de aprendizaje.
- Posibilidad de acordar y cumplir reglas y pautas.

- **HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN:**

- Historia Clínica
- Entrevistas (en la Institución y en el domicilio)
- Reuniones con el equipo de salud (médico infectólogo y psicólogo)
- Observación en visita domiciliaria.

- **PLAN DE ACCIÓN:**

- Lectura de la Historia Clínica
- Entrevistas: con el paciente; con el grupo familiar conviviente; con el grupo familiar no conviviente.
- Visita domiciliaria.
- Intervención del Psicólogo de “Almacenes Culturales” dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón con el hijo de Estela.
- Elaboración de un informe social a fin de iniciar el trámite por una pensión no contributiva por invalidez.
- Tramitación de la Tarjeta de Alimentos del “Programa de Asistencia Alimentaria para Pacientes Inmunodeprimidos”

- **PROCESO CRONOLÓGICO:**

Al momento de la internación, el día 2 de octubre, Estela se encuentra tranquila y expectante por su estado de salud. El día 5 de octubre, en una nueva entrevista con la paciente, nos comunica que se encuentra preocupada por sus hijos ya que ninguno de los mayores se hace presente a visitarla. Se le informa a Estela que se intentara tomar contacto con sus hijos a fin de poder tener una entrevista con ellos y saber por que no se hacen presentes ante la situación de internación de su madre.

El Servicio Social no logra comunicarse con los jóvenes. Dos días después, Javier se hace presente en la sala de internación de Estela. Rápidamente el Servicio Social toma intervención entrevistando al joven para saber como estaban llevando adelante la ausencia de su madre en su casa y que sucedía que no venían a acompañarla. El joven manifiesta estar ocupado con Facebook, saliendo con sus amigos y preocupado por su novia que recientemente había sido ingresada a Salud Mental del Hospital por intento de suicidio. Cuenta que le preocupa su mamá pero mas le preocupa su novia, ya que no pueden estar separados, nos cuenta que él también habría intentado quitarse la vida en otra oportunidad tirándose al agua en el puerto. Toda esta situación mantiene en alerta a Estela y no permite que la misma pueda concentrarse en su salud ni en el cumplimiento del tratamiento ya que los acontecimientos antes mencionados la mantienen constantemente nerviosa. Después de la comunicación que se tuvo con Javier, se conversa con Estela la situación y se decide conjuntamente dar parte al psicólogo que trabaja con el Servicio Social desde “Almacenes Culturales” para una evaluación y futuro seguimiento del caso de Javier. Se habla con Javier de la decisión y él se muestra interesado en hablar con el psicólogo y pactan un primer encuentro. Esto deja más aliviada a Estela y provoca que pueda concentrarse en el tratamiento. En paralelo se comienzan a gestionar distintos recursos como la pensión y la tarjeta de alimentos pensando en una futura alta médica.

El día 9 de octubre se mantiene una nueva entrevista con Estela en la que manifiesta estar muy angustiada y preocupada por su hija menor a quien refiere extrañar mucho. Ya que los niños pequeños no pueden ingresar a los pisos de internación, el Servicio Social piensa en una alternativa a esta

situación y se piensa en utilizar la oficina de Servicio Social de Infectología para el encuentro entre ambas. Para esto se toma contacto con la médica infectóloga a fin de conocer cómo evolucionaba la salud de Estela y confirmar si era conveniente que ésta dejara la sala de internación para ir al encuentro de su hija. Teniendo el aval médico, el Servicio Social junto a Estela y a su ex pareja planifican el encuentro.

Al día 10 de octubre se vuelve a tener contacto con Javier quien se encuentra más tranquilo que el día anterior, cuenta que le pidió disculpas a su madre por no haberla ido a visitar. Se muestra insistente con la posibilidad de ver a su novia ya que tiene prohibida la entrada a Salud Mental, pues los médicos creen que no es el momento adecuado para un encuentro entre los jóvenes. Pidió al Servicio Social que hicieran lo posible para que él pueda ver a su novia, se le informó que el Servicio Social no tenía injerencia en el caso de su novia, aunque paralelamente se habló con médicos de Salud Mental que seguían el caso. Javier pidió concretar el encuentro con el psicólogo quien lo atendió el mismo día. Paralelamente en la oficina de Servicio Social se concretaba el encuentro entre Estela y su hija menor.

El día 15 de octubre la Sra. Estela es dada de alta. Unos 15 días más tarde el Servicio Social decide hacer una entrevista domiciliaria a fin de conocer cómo está llevando el tratamiento Estela, si tiene alguna dificultad para tomar la medicación, si surgieron nuevos conflictos en el ámbito familiar, etc.

• **EVALUACIÓN:**

Estela es una paciente con predisposición al cambio y a seguir un tratamiento médico. Los problemas de la vida cotidiana, las presiones, las responsabilidades, y las preocupaciones hicieron que Estela deje a un lado su salud, lo cual generó que la misma se deteriorara.

El Servicio Social guió y acompañó a Estela en el proceso de adherencia al tratamiento y de resolución de conflictos familiares con resultados satisfactorios. Logró comprender lo importante que es el tratamiento para mantener una buena calidad de vida apoderándose del tratamiento incorporando a su vida cotidiana la medicación sin mayores dificultades. Uno de los medicamentos la hacía sentir mal pero a la hora de llevar a cabo sus actividades diarias no le generaba un problema.

Se gestionaron la pensión como ayuda económica y la tarjeta de alimentos sin inconvenientes, de manera que significará un apoyo a la economía del hogar familiar y le quitara ciertas presiones que recaían en Estela.

Su relación con los hijos mejoró notablemente cuando ellos comenzaron a mostrarse más colaboradores con ella en las tareas del hogar, comprendiendo también su familia la importancia para Estela de tener cierta contención y acompañamiento que le permita abocarse a su tratamiento.

CASO N°3: los datos que se presentan a continuación pertenecen a M. C. A.-
A fin de proteger su identidad llamaremos al sujeto-objeto de intervención con el nombre de Celina. Con el mismo propósito, la identidad de los miembros de su familia también ha sido modificada.

INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA DEMANDA:

Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”, Servicio Social en el área de Infectología.

ORIGEN DE LA DEMANDA:

La demanda es de derivación interna. Toda persona atendida por primera vez en el área de infectología es evaluada por el Servicio Social de dicha área.

MOTIVO DE LA DEMANDA:

Evaluación socio-sanitaria y de soportes sociales para el post-alta del paciente.

ESTADO DE SALUD AL MOMENTO DEL INGRESO:

Celina ingresa al nosocomio el día 4 de septiembre con un deterioro físico general provocado por la falta de adherencia al tratamiento. Tiene un diagnóstico de VIH desde el año 1994. Además tiene TBC ganglionar. Abandonó su tratamiento hace dos meses a causa de la muerte de su madre (cáncer). Hay sospechas de la presencia de un linfoma en sus ganglios debido al antecedente familiar.

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA:

El día 4 de septiembre se toma contacto con Celina, quién se encontraba acompañada por su pareja y su hija, quienes se retiran al comienzo de la entrevista por pedido de Celina. Se observó un discurso verborrágico, ansiedad y preocupación por el resultado de los estudios sobre sus ganglios. Manifestó que dejó el tratamiento de VIH hace dos meses con el fallecimiento de su madre. Comenta que estar internada en el mismo hospital le trae malos recuerdos. Reflexiona sobre la muerte permanentemente. Esta convencida de que va a morir por el VIH o por cáncer y quiere asegurarse de dejarle “algo” a su hija según sus propias palabras.

Nos comenta que se encuentra preocupada por una hermana menor que estaba a cargo de su madre y que tiene un retraso madurativo. Se siente angustiada porque su padre no quiere hacerse cargo de ella y tampoco sus hermanos y ella no está en condiciones económicas ni de salud para afrontar tal responsabilidad.

Refiere tener una pésima relación con su padre que también tiene VIH y vive en el “Hogar de Misioneras de Calcuta de la Madre Teresa”. Continuamente le pide a ella que lo lleve a vivir a su hogar, ella se niega ya que lo responsabiliza por haberse contagiado a los 16 años. Refiere que cuando ella era chica su padre hecha a su madre de la casa y traía a personas de malvivir a la casa. Una de las mujeres con las que mantenía una relación utilizaba drogas inyectables. Un día limpiando la casa se pinchó con varias jeringas que la mujer guardaba. Celina cree que fue en esa situación en la que se dio el contagio. Ella no se entera de la situación hasta el nacimiento de su primera hija, quien también tenía VIH y fallece a los seis meses de edad a causa de graves problemas gastrointestinales.

En base a esto y a posteriores entrevistas realizadas con Ezequiel se obtiene a la siguiente información:

DATOS BASE DEL SUJETO ENTREVISTADO:

Nombre: CELINA

Fecha de nacimiento: 01/10/1978

Edad: 34 años

DNI: XX.XXX.XXX

Nacionalidad: argentina

Domicilio: Castelli XXXX

Barrio: San José

Localidad: Mar del Plata

Partido: Gral. Pueyrredón

Provincia: Buenos Aires

Lugar de nacimiento: Mar del Plata

Antigüedad de residencia en el lugar: -

Grado de instrucción: secundario incompleto

Otros estudios o cursos realizados: -

Estado Civil: Soltera. En pareja.

Obra Social: PROFE

• ESTRUCTURA DE LA RED PERSONAL:

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado Civil
Pareja	Luis	41 años	artesano	soltero
hija	Lorena	12 años	estudiante	soltera

OBSERVACIONES:

Respecto a su pareja Celina manifiesta que es compañero de vida, se siente cuidada y protegida por él. Se conocen desde que ella tenía 15 años y es el padre de sus dos hijas. Luis también tiene VIH, pero su hija Lorena no. Celina trata de compartir todo el tiempo que puede con su hija, ya que piensa que pronto va a morir. Miran películas, juegan juegos de video, hacen adornos, cocinan y salen a caminar. Según sus propias palabras desea vivir hasta que su hija tenga 16 o 18 años y pueda valerse por si misma.

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado Civil
Padre	Jorge	63 años	pensionado	viudo

OBSERVACIONES:

La relación con su padre es conflictiva. Ella le cobra la pensión a su padre y se la acerca al Hogar. Esta situación le provoca angustia ya que tiene que verlo cuando no lo desea.

MIEMBROS DE SU RED PERSONAL QUE BRINDAN APOYO

Las personas que brindan apoyo son su pareja y su hija. Además menciona a un hermano mayor que esta en contacto telefónico con ella pero que vive en Europa y no ve hace años.

• **ASPECTO HABITACIONAL:**

Celina y si familia viven en una casa que legalmente pertenece a su padre y a sus hermanos. La misma cuenta con todos los servicios (luz, agua corriente, gas natural, cloacas. Etc.). La vivienda se encuentra emplazada en

un amplio terreno, en el cual se encuentran dos propiedades. La vivienda que se encuentra al frente del terreno es usada por la familia como taller de artesanías. La que se encuentra en la parte del fondo del terreno es la vivienda de la familia y cuenta con tres ambientes de los cuales son dos dormitorios.

• **ASPECTO ECONÓMICO:**

Celina y su pareja son artesanos y es por medio de la comercialización de éstas que generan sus recursos económicos para vivir. Trabajan por cuenta propia en su hogar. Utilizan distintas herramientas y materiales (alpaca y madera) que luego transforman en mates, cuchillos y pulseras. Además ambos son beneficiarios de la pensión de PROFE.

De acuerdo a la información recabada en las sucesivas entrevistas realizadas a Ezequiel, el Servicio Social de Infectología plantea el siguiente proceso de intervención en el caso:

• **OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:**

- Conocer la situación socio-sanitaria del paciente.
- Identificar miembros de su red personal que puedan brindar apoyo en el proceso salud-enfermedad.
- Generar en Celina cierta estabilidad que le permita adherir al tratamiento.

• **SUPUESTOS ORIENTADORES:**

- Posibilidad de cambio.
- Posibilidades de acordar y cumplir reglas y pautas.

- Capacidad de adaptación.

- **HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN:**

- Historia Clínica
- Entrevistas (en la institución y en el domicilio).
- Reuniones con el equipo de salud (médico infectólogo y psicóloga).
- Observación en visita domiciliaria.
- Contacto personal y telefónico con el “Hogar de Misioneras de Calcuta de la Madre Teresa”.

- **PLAN DE ACCIÓN:**

- Lectura de la Historia Clínica
- Entrevistas: con la paciente, con el grupo familiar conviviente y con el no conviviente
- Visita domiciliaria.
- Intervención de la psicóloga del servicio de Infectología.

- **PROCESO CRONOLOGICO:**

El día 4 de septiembre se toma el primer contacto con Celina y con su pareja e hija. Se la pudo observar nerviosa, con un discurso verborrágico y con ganas de expresarse y contar su conflictiva con su padre (también paciente del Servicio Social). Se obtiene la primera información y sus datos personales.

El día 9 de septiembre se mantiene una nueva entrevista con la paciente que continua manifestando su malestar y su incomodidad respecto a su padre. Relata situaciones conflictivas y se profundiza sobre estas situaciones.

Celina comienza a expresar todo lo que siente. En un momento de la entrevista se le pregunta si desearía también hablar con una psicóloga. Celina se muestra entusiasmada con la idea y acepta hablar con la psicóloga.

Con un diagnóstico negativo de linfoma ganglionar y luego de haber recuperado su estado de salud, se da de alta a Celina. En el mismo momento se planifica una visita a su domicilio que se concreta los primeros días de octubre.

El día 9 de octubre llega Celina al Servicio de Infectología a pedir una receta para retirar la medicación. Se mantiene una nueva entrevista donde manifiesta que su padre “es un dolor de cabeza” y le pide constantemente que sea ella quien se haga cargo de su hermana con retraso madurativo. Ella se muestra preocupada por su hermana, ya que la madre de ella falleció.

Se le informa que desde el Servicio Social de Derechos Humanos ya se elevó un informe social a la justicia para nombrarle un curador y también se está pensando en la posibilidad de designarle un acompañante terapéutico. Celina también nos cuenta que con su hermano que vive en el exterior pensaron en tramitarle la ciudadanía italiana a su hermana para que viaje y se instale allá.

Nos refiere que su padre continuamente la amenaza por teléfono con instalarse en su casa. Ella dice que no quiere volver a las situaciones de antes, que traiga personas desconocidas a la casa, sustancias psicoactivas y conductas inmorales, ya que hoy su hija vive en esa casa y tiene que velar por su bienestar físico y mental. Manifiesta que le tiene resentimiento y que no desea verlo, pero tampoco puede alejarse y abandonarlo porque le provoca gran culpa, cuestión que su padre conoce y que aprovecha para

manipularla. Tiene sospechas de que su padre quiso abusar en algún momento de su hermana con discapacidad, ya que la joven no puede ni escuchar hablar de su padre, se pone nerviosa e incómoda.

El día 18 de octubre se acerca al Servicio Social uno de los voluntarios que trabaja en el “Hogar de Misioneras de Calcuta de la Madre Teresa” a plantear una situación de violencia y maltrato ocurrida con él en el hogar y el padre de Celina. Plantea que el padre de Celina, Jorge, ya no puede vivir más en el Hogar ya que es agresivo con las Hermanas, con los demás residentes del Hogar, con los voluntarios y que Celina debe hacerse cargo de su padre.

El Servicio Social le expresa que posiblemente sea un comportamiento premeditado por Jorge para causar su expulsión del Hogar para poder ir a vivir con Celina, ya que a estado amenazándola por teléfono y diciéndole que faltaba poco para volver a la casa. Se plantea que el Servicio Social va a ir al Hogar a conversar con Jorge de la situación.

El día 21 de octubre el Servicio Social va al Hogar a dialogar con Jorge sobre los conflictos que se han suscitado. Inmediatamente niega todas las acusaciones, desmiente al voluntario y a su hija. Se le explica que por su estado de salud, que aún requiere cuidados exhaustivos que solo pueden brindarle las hermanas, no puede ir a vivir con Celina, ya que ella trabaja y no puede brindarle dichos cuidados. Se le recuerdan las pautas y las reglas de comportamiento que se deben cumplir en el Hogar. Él manifiesta que Celina no le entrega toda su pensión. Se le recuerda que en el Hogar no esta permitido tener dinero en efectivo, por eso Celina sólo le entrega una parte del dinero, y con la otra parte le compra y le entrega artículos de higiene personal, ropa y alimentos que entrega al Hogar para compartir entre todos como galletitas y dulces.

Jorge se molesta con el Servicio Social pero entiende las razones por las cuales aún no puede irse del Hogar. Se le informa que en unos meses el médico del lugar hará una evaluación para conocer su estado de salud, y si resulta favorable se pensará en una estrategia para poder abandonar el Hogar.

Se utiliza la misma visita para reunir a todos los pacientes del Hogar y recordarles y explicarles las pautas y las reglas de convivencia del mismo, y se les hace firmar un “contrato” elaborado por el Servicio Social y la Directora del Hogar, en el que dejan asentado que aceptan las reglas y las pautas de convivencia.

El día 29 de octubre se mantiene una nueva entrevista con Celina y su marido para informarle de la visita a su padre. Se le informa que se habló con la médica tratante de Jorge quién manifestó que el paciente no puede cuidarse por sí mismo y que su hija no está en condiciones de hacerse cargo de los cuidados que requiere su padre. Esto dejó tranquila a Celina. Acepto hablar con su padre e ir a visitarlo una vez por mes.

Luis comenta que Jorge manipula a Celina, que utiliza su debilidad y la culpa para dominarla y provocarle miedo. Teme que Celina no pueda enfrentarlo y ponerse firme con las decisiones. Se le explica a Celina que ella tiene el respaldo del Servicio Social y que ya se hablo con su padre sobre el tema y que no debe tener temor ni remordimientos, no lo esta abandonando. Lo está dejando al cuidado de personas especializadas.

- **EVALUACIÓN:**

Celina se mostró predispuesta al cambio para mejorar su calidad de vida. El Servicio Social junto con la psicóloga del Servicio de Infectología trabajaron

en conjunto la idea que la paciente tenía con respecto a ella y a su enfermedad. Se trabajó sobre la premisa de la vida, del cuidado de la salud y de la familia siguiendo adecuadamente el tratamiento recomendado para ella por el equipo médico.

La prioridad para el Servicio Social era lograr un entorno apacible para que Celina lograra enfocarse en el tratamiento. En base a esto se gestionó para su hermana un curador ya que Celina no estaba en condiciones de tomar esa responsabilidad, aunque continuarían en contacto.

Respecto a la relación con su padre, Celina logró poner una distancia entre ella y él. Para evitar tener que ir todos los meses a entregarle su pensión y pasar un mal momento se les entregó a las Hermanas de Calcuta el documento de su padre para que ellas puedan cobrar la pensión.

CASO N°4: los datos que se presentan a continuación pertenecen a M. T. A. a fin de proteger su identidad llamaremos al sujeto-objeto de intervención con el nombre de Adrián. Con el mismo propósito, la identidad de los miembros de su familia también ha sido modificada.

INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA DEMANDA:

Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”, Servicio Social en el área de Infectología.

ORIGEN DE LA DEMANDA:

La demanda es de derivación interna. Toda persona atendida por primera vez en el área de infectología es evaluada por el Servicio Social de dicha área.

MOTIVO DE LA DEMANDA:

Evaluación socio-sanitaria y de soportes sociales para el post-alta del paciente.

ESTADO DE SALUD AL MOMENTO DEL INGRESO:

Adrián se encuentra internado por tercera vez en el año a causa de un linfoma de Hodgkin y un cáncer de ano. Es una persona viviendo con VIH desde el año 2007. Su esposa y sus cinco hijos son negativos. Le hacen sesiones de rayos continuamente. No toma la medicación por VIH durante dos meses que le hicieron rayos ya que le producía efectos adversos y volvió a retomar hace poco tiempo con otro coctel de drogas ya que las anteriores no hacían efecto.

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA:

El día 6 de junio se mantiene el primer contacto con Adrián quién se encontraba en compañía de su esposa María y de su padre. Manifiesta estar preocupado por su situación económica, ya que desde hace meses no trabaja y su esposa trabaja en casas de familia pero no les alcanza para mantener el hogar.

Nos comenta también que dos años atrás habían tramitado en Desarrollo Social la pensión pero que habían ido a preguntar y nunca había llegado la resolución. Se pacta averiguar sobre el estado de la pensión y se piensa en poder tramitar un Certificado de Discapacidad.

En base a esto y a posteriores entrevistas realizadas con Ezequiel se obtiene a la siguiente información:

DATOS BASE DEL SUJETO ENTREVISTADO:

Nombre: ADRIAN

Fecha de nacimiento: 12/07/1982

Edad: 31 años

DNI: XX.XXX.XXX

Nacionalidad: argentino

Domicilio: Martínez de Hoz Bis XXXX

Barrio: Bosque Grande

Localidad: Mar del Plata

Partido: Gral. Pueyrredón

Provincia: Buenos Aires

Lugar de nacimiento: Mar del Plata

Antigüedad de residencia en el lugar: -

Grado de instrucción: primario completa

Otros estudios o cursos realizados: -

Estado Civil: Soltero en pareja

Obra Social: no cuenta con obra social.

• **ESTRUCTURA DE LA RED PERSONAL:**

Los datos que aquí se presentan pertenecen al grupo familiar y han sido modificados para resguardar su identidad.

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado Civil
Pareja	María	29 años	Servicio domestico	Soltera en pareja
Hijo	Martín	8 años	estudiante	soltero
Hijo	Lucas	7 años	estudiante	soltero
Hija	Romina	5 años	estudiante	soltera
Hija	Lucia	3 años	estudiante	soltera
Hijo	Ulises	1 año	----	soltero

OBSERVACIONES:

Adrián convive con sus cinco hijos y su pareja en una casa que todavía están pagando. Manifiesta que sus dos hijos mayores conocen su estado de salud, aunque no saben del VIH. Todos son VIH negativo.

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Estado civil
Padre	Raúl	56 años	Remisero	viudo
Hermana	Claudia	35 años	Cooperativista	Soltera en pareja
Hermana	Karina	27 años	Cooperativista	Soltera
Suegra	Norma	55 años	Ama de casa	Casada
Suegro	Antonio	57 años	Maestranza	Casado

OBSERVACIONES:

Adrián manifiesta tener una excelente relación con su familia como con sus suegros. Comenta que son una familia unida y que se brinda apoyo constantemente unos a otros.

MIEMBROS DE SU RED PERSONAL QUE BRINDAN APOYO

En las condiciones en que se encuentra Adrián se apoya en su familia y en la familia de María. Ellos los ayudan de todas las formas, cuidando a los niños, colaborando económicamente, con alimentos, etc. Refiere que su hermana Claudia está manteniendo prácticamente a las dos familias.

• ASPECTO HABITACIONAL:

La familia habita una vivienda propia e independiente de uno de los Planes de Vivienda que continúan pagando. La misma esta construida con materiales (ladrillos y cemento). Cuenta con tres ambientes, dos de los cuales funcionan como dormitorios. Uno es el dormitorio matrimonial y el otro es el dormitorio de los niños. La vivienda cuenta con los servicios de agua corriente, cloacas y gas natural, aunque la familia no tiene hecha la conexión y utilizan garrafa.

• ASPECTO ECONÓMICO Y LABORAL:

Al momento de la internación Adrián no se encuentra trabajando ya que no puede hacer fuerza ni golpearse. María realiza algunos trabajos ocasionales. Sobreviven gracias a la ayuda de sus familias. Anteriormente a esta situación, Adrián se ha dedicado a manejar taxis, remises y camiones.

También fue peón de albañil. Pidieron una pensión hace dos años pero no han tenido respuesta al respecto.

De acuerdo a la información recabada en las sucesivas entrevistas realizadas a Adrián, el Servicio Social de Infectología plantea el siguiente proceso de intervención en el caso:

• **OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:**

- Conocer la situación socio-sanitaria del paciente.
- Identificar miembros de su red personal que pueden brindar apoyo.
- Lograr la asistencia económica necesaria para que la familia pueda afrontar la situación por la que atraviesa.

• **SUPUESTOS ORIENTADORES:**

- Capacidad de adaptación.
- Posibilidades de acordar y cumplir.
- Apoyo familiar.

• **HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN:**

- Historia Clínica
- Entrevistas
- Reuniones con el equipo de salud
- Gestión de recursos.

• **PLAN DE ACCIÓN:**

- lectura de la Historia Clínica.

- Entrevistas con el paciente
- Gestión de recursos.

• **PROCESO CRONOLÓGICO:**

Luego de tener el primer contacto con Adrián y de ponernos al tanto de su situación, el Servicio Social averigua el estado de la pensión del paciente. Se averigua que la pensión esta otorgada desde hace ocho meses y que pueden ir con su documento a cobrarla. Se les informa que van a tener que hacer un reclamo por los meses que no cobraron la pensión. En los días posteriores al alta médica Adrián cobró la pensión.

El día 14 de agosto se acerca al Servicio Social Adrián manifestando que cobro la pensión durante los meses de junio y julio y que en el mes de agosto le dieron de baja la pensión por invalidez. Desde ANSES le informan que le figura una obra social a su nombre y que por tal motivo se le suspende la pensión. Adrián nos cuenta que esa obra social que le figura es del año anterior, de un trabajo que tuvo en una cooperativa de taxis. El Servicio Social le informa que debe concurrir de manera urgente a la obra social y pedir la constancia de la negativa de afiliación y dirigirse de inmediato a Desarrollo Social y hacer el reclamo correspondiente.

El día 22 de agosto Adrián regresa al Servicio Social manifestando que le han encontrado un linfoma más grave que el anterior y que deben volver a hacerle rayos, que aún no le han restituido la pensión y que se encuentran en una situación desesperante. El Servicio Social les pide escribir una carta de puño y letra que será enviada a Desarrollo Social de la Nación. Paralelamente se mantiene contacto con Desarrollo Social de la ciudad para pedir que se busque el expediente y poder acelerar el trámite.

El día 9 de octubre se mantiene conversación con Adrián quien manifestó que la pensión estaba para cobrar pero que cuando fueron a cobrar en el sistema volvía a aparecer como que estaba trabajando en blanco. Tras averiguaciones en Desarrollo Social se plantea que está dada de baja la pensión alegando que estuvieron dos años sin cobrar. Se recomienda abrir un nuevo expediente y pedir que se reconozcan los dos años en retroactivos.

El 27 de noviembre llega al hospital Nadia para pedir los certificados que necesita para entregar nuevamente en Desarrollo Social. Estaba angustiada ya que la salud de Adrián iba desmejorando notablemente. Nos cuenta que hace unos días llegaron a la guardia del hospital porque Adrian tenía una hemorragia. Manifestó que los hicieron sentir muy mal, discriminados, ya que no sólo los hicieron esperar sino que también les arrojaron (según sus propias palabras) una toallita femenina para que Adrian se colocara para contener la hemorragia. Hablaron con directivos del hospital e hicieron la respectiva denuncia. El Servicio Social preparó la documentación a presentar a Desarrollo Social.

El 29 de noviembre Nadie retira la documentación y a comentarnos como están subsistiendo con el apoyo de la familia, pero están sufriendo la enfermedad y el tratamiento. El Servicio Social hace el seguimiento del expediente de la pensión.

- **EVALUACIÓN:**

La intervención del Servicio Social en este caso estuvo orientada a dos aspectos fundamentales, por un lado el acompañamiento del paciente durante el tratamiento por el linfoma y por otro lado, la gestión de la pensión

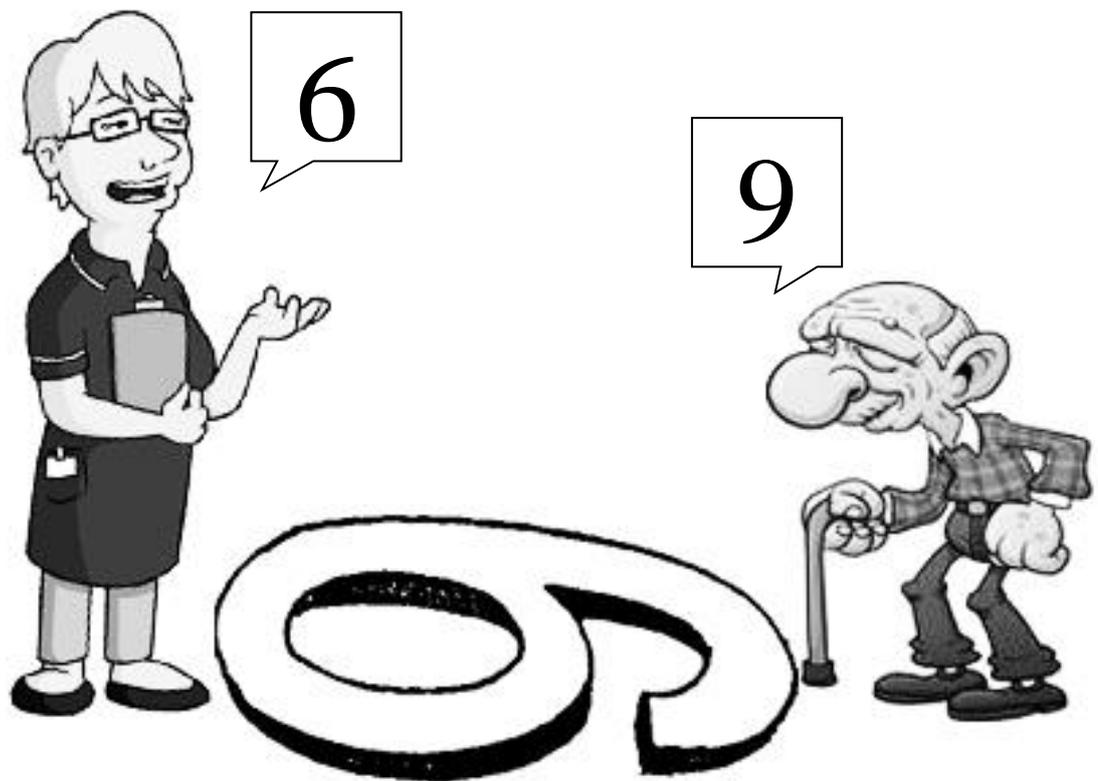
para brindar apoyo económico a la familia a fin de poder satisfacer las necesidades que se encuentran insatisfechas.

Respecto al acompañamiento, el paciente estuvo contenido en todo momento por su familia, principal sostén emocional y económico de Adrian y por el equipo médico de infectología y el Servicio Social.

En relación con la gestión se puede decir que se llevaron a cabo innumerables trámites, llamados, cartas, notas pero sin conseguir buenos resultados. La familia no logró acceder al beneficio económico que les correspondía por derecho pese a los intentos del Servicio Social.

El estado de salud del paciente desmejoro considerablemente en poco tiempo. Debido a esto Adrian tuvo que suspender el tratamiento de VIH por estar transitando una terapia de rayos que lo mantenía en cama y en malas condiciones. El paciente fallece en el 2014 acompañado por su familia, de quien se despidió estando internado en el hospital, y del Servicio Social.

Quinta Parte: Conclusión Final.



CONCLUSIÓN FINAL

Tras la aparición de los tratamientos antirretrovirales de gran efectividad a mediados de los años ´90 se visualizaron cambios que tuvieron lugar tanto en la salud de las personas viviendo con VIH, como en los equipos de salud.

El descenso de la morbimortalidad que introdujeron los antirretrovirales trajo consigo la necesidad de contar con una mayor información sobre las personas viviendo con VIH que no habían alcanzado un estado avanzado de la infección. Los pacientes ya no morían, sino que comenzaban a prolongar su expectativa de vida y los equipos de salud se vieron obligados a pensar en estrategias conjuntas de acción que no perdiera de vista esta nueva realidad, el VIH era ahora una enfermedad crónica. La intervención con el paciente no sólo queda reflejada en el hecho del acceso a la salud y a la medicación, sino que queda refleja en una mirada integral de la vida del paciente que le permita enfocarse en el tratamiento.

Los objetivos planteados en esta sistematización reflejan la necesidad de conocer el accionar de los equipos de salud en general y del Servicio Social en particular en esta nueva mirada integral de la enfermedad y como el convivir día a día con esta realidad afecta o no sus actividades diarias.

Se puede visualizar que las intervenciones profesionales fueron abordadas interdisciplinariamente, entre el equipo médico, el Servicio Social y otros

dispositivos como la red de voluntarios y “Almacenes Culturales”. Es necesario que cada intervención se llevara a cabo conjuntamente ya que la persona es un todo, un ser biológico pero también psíquico, social y cultural.

De las intervenciones realizadas se desprende una realidad que plantea que la adherencia a los tratamientos se ve afectada por el contexto en el cual está inserta la persona. Los problemas que de este contexto se desprenden están relacionados a la exclusión social y a la situación de calle, el aumento del consumo de sustancias tóxicas, intentos de suicidio, diferentes formas de violencia, conflictos familiares, enfermedades, entre otras. Uno de los factores importantes es el de la estigmatización y la discriminación no solo por parte de familiares de los pacientes, por el mismo sistema de salud y en ocasiones por ellos mismos. Todos estos factores hacen que los pacientes enfoquen sus energías en resolver y sobrellevar estas cuestiones descuidando por completo su salud personal.

Se puede afirmar que el tratamiento antirretroviral en sí mismo no obstaculiza el desarrollo de las actividades diarias. A los pacientes no les trae mayores inconvenientes tomar entre dos y tres pastillas diarias, sino que son sus propias realidades las que entran en conflicto con el tratamiento, ya que muchos no tienen cubiertos las necesidades básicas.

De aquí se desprende la necesidad del sistema de salud de elaborar objetivos y metas que conlleven una mirada integral del paciente. Este objetivo muchas veces se ve imposible de cumplir ya que las políticas públicas y los programas muchas veces no contemplan a la persona como un todo integral.

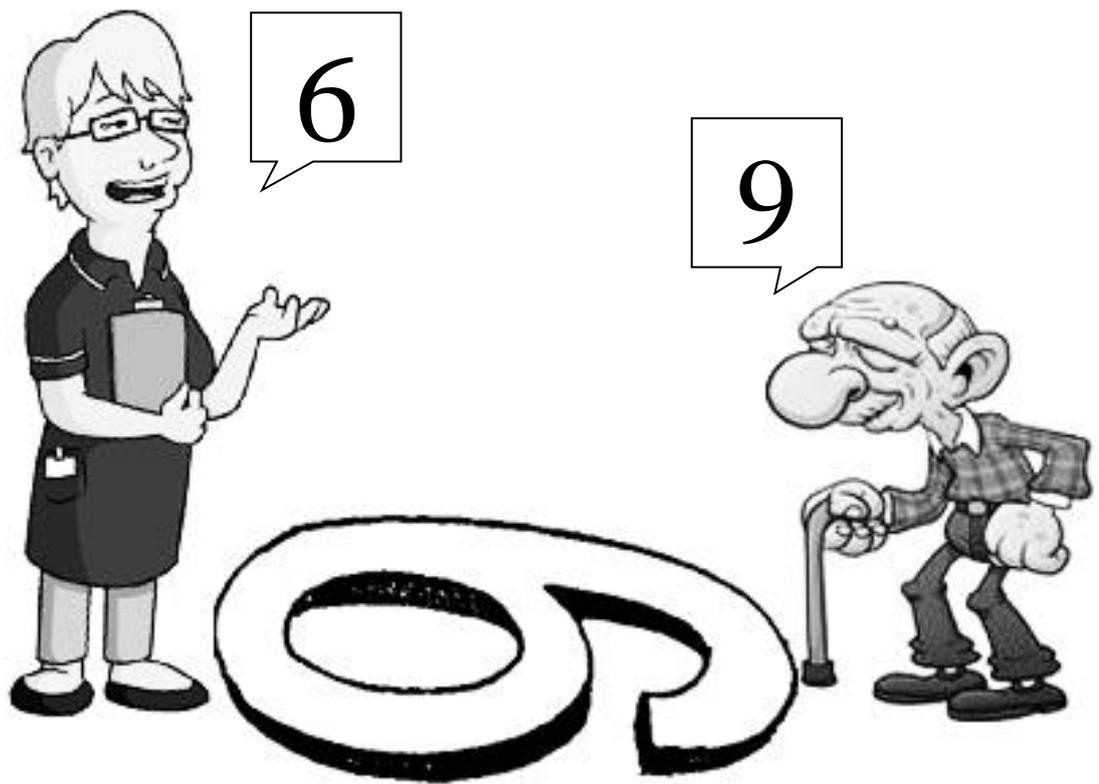
El apoyo económico no siempre llega en tiempo y forma al paciente que lo necesita. La falta de otros recursos hacen que el trabajo del equipo de salud, especialmente del Servicio Social sea arduo pero también mucho más comprometido.

Como profesionales del campo de la salud debemos abogar por políticas integrales que reconozcan al hombre como un todo y que puedan reconocer en ellas la necesidad del hombre de ser acompañado en la enfermedad, tanto en los aspectos médicos como en los aspectos sociales y emocionales, por los equipos médicos como así también por el Estado.

Como estudiante la experiencia de realizar la pasantía de pre-grado me permitió acceder y desarrollar un proceso de aprendizaje, integrando conocimientos teóricos con conocimientos prácticos conociendo el rol profesional en todos sus aspectos: como educador, como asesor-orientador, planificador, mediador, gestos y sobre todo acompañante en el proceso de enfermedad del paciente y su familia, respetando sobre todo el derecho a la salud, a la privacidad y a la confidencialidad dentro del vínculo entre la persona y el profesional.

La realidad cotidiana muchas veces supera a la teoría, es por eso que debemos acomodar la teoría con la realidad que vivimos a fin de poder lograr intervenciones transformadoras.

Bibliografia.



CARBALLEDA, A. *“La Intervención en Lo Social, Las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas”* Revista Escenarios N°2 Escuela Superior de La Plata. UNLP, La Plata 1997

DE ROBERTIS, C. *“La Intervención Colectiva en Trabajo Social”* Primera Parte, La intervención Colectiva, definiciones y métodos. Ed. El Alamo, Bs As, 1994

DIEGUEZ, A. J. *“La Intervención Comunitaria”* Experiencias y reflexiones. Ed. Espacio. Bs. As. 2000

DELL'ANO, A *“Análisis crítico del concepto de resiliencia y su valor en la intervención profesional”* Filminas, mayo 2008.

FLOREAL FERRARA. *“En torno al concepto de salud”*, Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina.

<http://www.who.int/3by5/publications/en/arvtoolkitsp.pdf>

KADUSHIN, A. *“La entrevista en el Trabajo Social”* ed. Extemporáneos. México. Cap. I

KISNERMAN, N *“Vida Cotidiana y Trabajo Social”* (no figuran más datos)

LLOBET, V. *“La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión”*. Herramientas para la transformación. Cap.1 Consideraciones acerca del concepto de resiliencia. Ed. Novedades educativas. Bs. As. 2005

MELILLO, A. SUAREZ OJEDA, E. *“Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas”* cap. 4. Ed. Paidós. Bs As.

MERCADO, L. *“Posmodernismo y resiliencia juvenil. Subjetivación y comportamientos resilientes ante la crisis estructural en adolescentes de la ciudad de Córdoba en 2004-2005. Ed. De la Universidad Católica de Córdoba. Cap. 3.*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD (OPS) *“Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”* Cap 2, “Estigma y discriminación”, 2003

QUIROGA, A. *“Enfoques y perspectivas en psicología social”* Ed. Cinco. Bs. As. 1986

ROZAS PAGAZA, M *“Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”* Cap.3 El objeto de Intervención en el Trabajo Social. Ed. Espacio Bs As, 1998

SANDOVAL AVILA, A. “Propuesta Metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social”. Editorial Espacio. Bs. As. Cap. VI

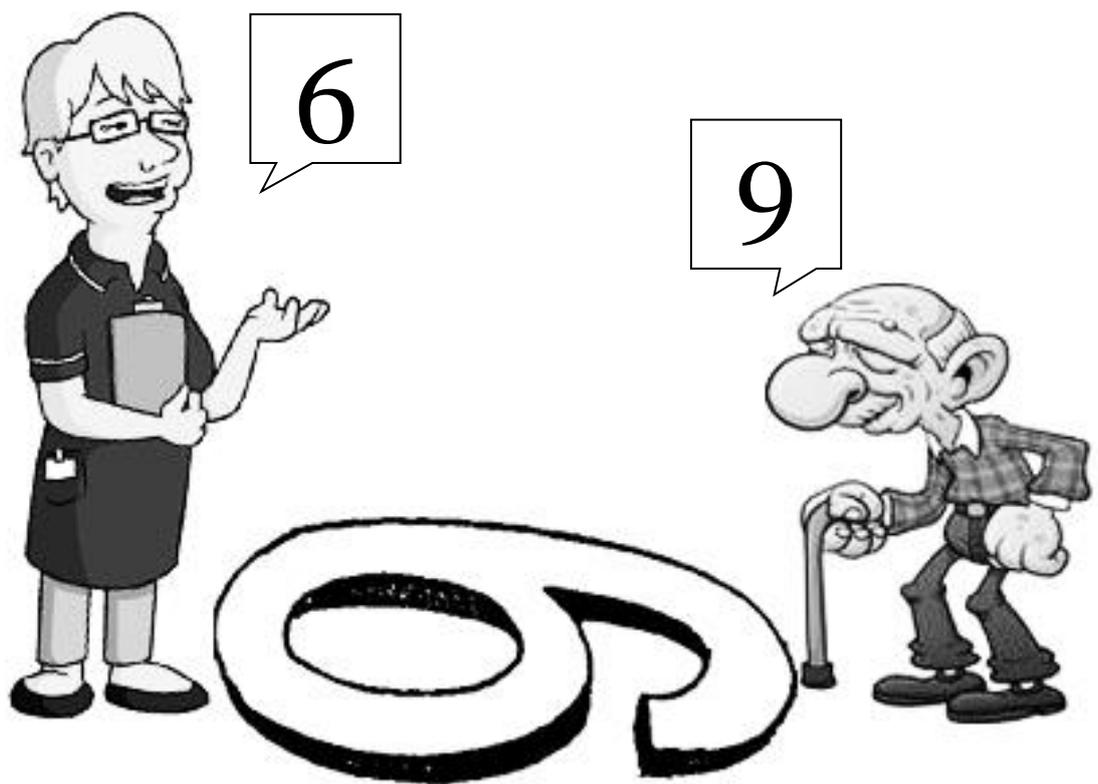
TALLER DE PRACTICA INTEGRADA NIVEL II – POLAR, *“Los registros de la práctica”* Universidad Nacional de Mar del Plata, apunte de cátedra. (2009)

Tesis *“Una aproximación a la problemática de los ‘pacientes sociales’, un abordaje desde el Servicio Social.”* El trabajo social en el ámbito de la salud. Universidad Nacional de Mar del Plata

UNICEF “Salud, Sexualidad y VIH/SIDA”. “Ser diferentes” WEIS-GRECO, 2005

VELEZ RESTREPO, Olga, *“Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas”* Ed. Espacio. (2000)

Anexos



Consentimientos

Mar del Plata, a los 13 días del mes de FEBRERO de 2013

Yo...M.C.A..., mayor de edad y paciente del Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Oscar Alende" autorizó a Lara Iris Karina estudiante de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata a realizar las entrevistas pertinentes para la realización de su Tesis de Grado, teniendo en cuenta que he sido informado claramente que en dicho escrito no se presentará información sobre mi identidad ni la de mi familia.

Comprendiendo esto, doy mi consentimiento para que se presente mi caso en la Tesis de Grado y firmo a continuación:



Firma del paciente



Firma de la Jefa del

LIC. GABRIELA
SERVICIO SOCIAL
M.P. S.O.C.B.H.I.G.A.

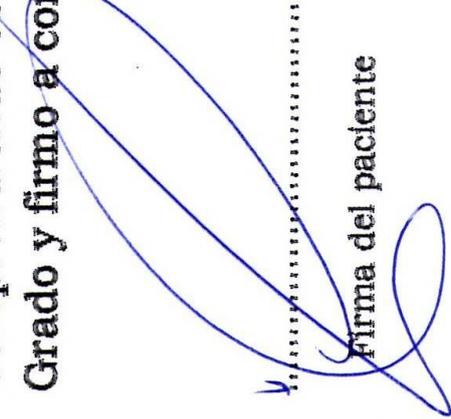


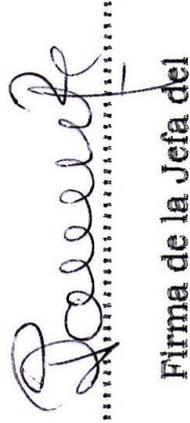
Firma de la estudiante

Mar del Plata, a los 08 días del mes de FEBRERO de 2013

Yo, M.A.T., mayor de edad y paciente del Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Oscar Alende" autorizó a Lara Iris Karina estudiante de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata a realizar las entrevistas pertinentes para la realización de su Tesis de Grado, teniendo en cuenta que he sido informado claramente que en dicho escrito no se presentará información sobre mi identidad ni la de mi familia.

Comprendiendo esto, doy mi consentimiento para que se presente mi caso en la Tesis de Grado y firmo a continuación:


.....
Firma del paciente


.....
Firma de la Jefa del

Servicio Social
LIC. GABRIELA RE
Servicio Social H.I.G.A.


.....
Firma de la estudiante

Mar del Plata, a los 13 días del mes de FEBRERO de 2013

Yo E.A.D., mayor de edad y paciente del Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Oscar Alende" autorizó a Lara Iris Karina estudiante de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata a realizar las entrevistas pertinentes para la realización de su Tesis de Grado, teniendo en cuenta que he sido informado claramente que en dicho escrito no se presentará información sobre mi identidad ni la de mi familia.

Comprendiendo esto, doy mi consentimiento para que se presente mi caso en la Tesis de Grado y firmo a continuación:

x. delgado.....

Firma del paciente

Sauer.....

Firma de la Jefa del

Servicio Social

[Firma].....

Firma de la estudiante

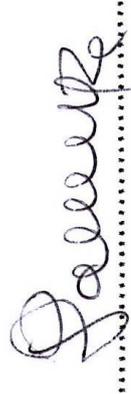
Mar del Plata, a los 08 días del mes de Febrero de 2013

Yo E.H.C., mayor de edad y paciente del Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Oscar Alende" autorizó a Lara Iris Karina estudiante de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata a realizar las entrevistas pertinentes para la realización de su Tesis de Grado, teniendo en cuenta que he sido informado claramente que en dicho escrito no se presentará información sobre mi identidad ni la de mi familia.

Comprendiendo esto, doy mi consentimiento para que se presente mi caso en la Tesis de Grado y firmo a continuación:

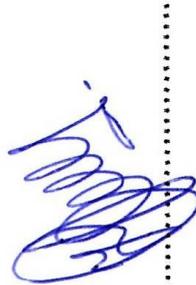


Firma del paciente



Firma de la Jefa del

Servicio Social
LIC. GABRIELA RE



Firma de la estudiante

Ley Nacional de SIDA N° 23.798

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

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

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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 Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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. ARTÍCULO 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.

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

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

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

ARTÍCULO 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.

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

ARTÍCULO 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 actuaren 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

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

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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

ANEXO I

ARTÍCULO 1º: Incorporase 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.

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

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

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

5. A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia. 6. A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134.

Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

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

Inciso d).- Sin reglamentar.

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

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

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

ARTÍCULO 4°:

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.

ARTÍCULO 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.

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

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

ARTÍCULO 7º: A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

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

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

Se entiende por "profesionales que detecten el virus" a los médicos tratantes. ARTÍCULO 9º: El Ministerio de Salud y Acción Social determinará los controles mencionados en el artículo 9º de la Ley. El Ministerio de Interior asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

ARTÍCULO 10º: La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4º, inciso a) de la Ley 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 13º: Sin reglamentar.

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

ARTÍCULO 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.

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

Programa Provincial de Prevención de VIH-Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

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

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

¿Qué cobertura brinda?

- Control de la distribución de medicamentos antirretrovirales.
- Distribución de drogas para el tratamiento de infecciones oportunistas y otras ETS.
- Cobertura del diagnóstico de la infección por el VIH y ETS.
- Distribución del Programa de Asistencia Alimentaria para pacientes Inmunodeprimidos.
- Acciones de promoción y prevención.
- Distribución de insumos preservativos y gel lubricante para la adopción de prácticas sexuales más seguras.
- Reducción de la discriminación relacionada al VIH-Sida.
- Fortalecimiento de asociaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la problemática.

¿Cómo se accede al programa?

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

Información básica sobre la enfermedad

El sida es una enfermedad infecciosa que ataca al sistema inmunológico. Sida significa Síndrome (un conjunto de síntomas) de Inmunodeficiencia (que ataca al sistema

inmunológico) Adquirida (no es hereditaria, sino causada por un virus). Es provocado por el virus que VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

El HIV se encuentra en todos los líquidos orgánicos de la persona infectada: sangre, semen, saliva, lágrimas, leche, calostro, orina, secreciones vaginales y en el líquido preseminal. Pero sólo en la sangre, el líquido preseminal, el semen, fluidos vaginales y la leche materna presentan una concentración suficiente como para producir la transmisión. La provincia de Buenos Aires concentra la mitad de la epidemia en el país con 4642 casos notificados de infecciones por VIH y 8859 casos Sida.

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

ENTREVISTAS

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DE MAR DEL PLATA

ENCUESTA SOCIAL UNICA

Causa del estudio social

A) IDENTIFICACION:		1) Fecha: Día Mes Año		
2) Apellido y Nombre		3) H.C. N°:		
4) Domicilio: Calle: Localidad: Antigüedad de residencia en el mismo:		N°: Partido: Procedencia:	Tel: Provincia:	
5) Lugar y fecha de nacimiento: Nacionalidad:				
6) Año de ingreso al país		7) Radicación legalizada Si () No () en tr. ()		8) LC () LE () CI () DU () N°
9) Estado Civil:		10) Nivel educacional: Analfabeto () Prim. () Sec. () Univer. ()		
11) Profesión u oficio: Lugar de trabajo:		12) Ocupación actual: Domicilio: Horario:		
13) Ingreso: Mensual Jornal		14) Pensionado () Jubil. () Ingreso: Afiliado N°		
15) Obra social o mutual: Afiliado N°		Cuenta con servicio médico: Si () No ()		
16) Motivos que dificultaron su utilización				

B) VIVIENDA

17) Urbana () Rural ()	18) Propia () Alquil. () Amart () Cedida ()	19) Independiente () Compartida ()	20) Material de Construcción	21) Estado de Conservación B () R () M ()
-----------------------------	--	---	------------------------------	--

22) N° de dormitorios	23) Ventilación B () R () M ()	24) Iluminación B () R () M ()	25) Aseo y orden: B () R () M ()
26) Dormitorio del paciente: Individ. () Compartida () Con: Edad Sexo		27) Cama del paciente Individ. () Compartida () Con: Edad Sexo	

28) Servicios Sanitarios y Otros:

Provisión Agua

Corriente ()

Motor ()

Bomba ()

Grifo público ()

Inodoro ()

Desagües: Cloaca () Pozo negro ()

Cámara séptica ()

Letrina ()

Ducha ()

Bañera ()

Lavatorio ()

Grifo ()

Cocina ()

Heladera ()

C) COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR Y COHABITANTES:

29)	30)	31)	32)	33)	34)	35)	36)	37)
N° Apellido y Nombre	Vinculo	Edad	Nacionalidad	E. Civil	N. Educ.	Ocupación	Ingresos	Aportes
.....
.....
.....

D) ASPECTO MEDICO

N°	38) Salud	39) Enfermedad que padece	40) Lugar de Atención	41) Mutual
.....
.....
.....

E) OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

F) DIAGNOSTICO SOCIAL

.....

.....

.....

.....

G) SOCIALTERAPIA

.....

.....

.....

.....

H) FIRMA Y ACLARACION DEL TRABAJADOR SOCIAL ACTUANTE

ENTREVISTA

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:
Género:
Fecha de nacimiento:.....
Edad:.....
Lugar de nacimiento:.....
Nacionalidad:.....
Domicilio:
Barrio:.....
Localidad:.....
Partido:.....
Provincia:.....
Antigüedad de residencia en el lugar:.....
Procedencia:.....
Año de ingreso al país:.....
Radicación: si no en trámite
Grado de instrucción:.....
Otros estudios o cursos realizados:.....
Estado civil:.....

SITUACIÓN LABORAL:

Profesión u oficio:.....
Ocupación actual:
Trayectoria laboral:
• Lugar de trabajo:años:.....ingresos:.....
Pensión:.....
Jubilación:.....
Observaciones:.....
.....
.....

SITUACION HABITACIONAL:

Vivienda: urbana
rural
Posesión de la vivienda: propia
alquilada
cedida
otro:.....
Vivienda: independiente
compartida
Materiales de construcción:
.....
Nº de ambientes.....
Nº de dormitorios:.....

Dormitorio del paciente: individual
 Compartido con:.....edad:.....sexo:.....

Cama del paciente: individual
 Compartido con:.....edad:.....sexo:.....

Servicios sanitarios:
 Provisión de agua: corriente
 Motor
 Bomba

Desagües: cloaca
 pozo negro
 cámara séptica

gas: natural
 garrafa

observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SITUACION FAMILIAR Y SOCIAL:

Grupo familiar conviviente:

SEXO	VINCULO	EDAD	NACIONALIDAD	E. CIVIL	° DE INSTRUCCION	OCUPACION

Observaciones:

.....

.....

Grupo familiar no conviviente:

SEXO	VINCULO	EDAD	NACIONALIDAD	E. CIVIL	° DE INSTRUCCION	OCUPACION

Observaciones:

.....

.....

¿Su familia conoce su estado de salud?

.....

¿Fue difícil contarles su situación?

.....

¿Cómo tomaron la noticia?

.....

¿Se siente acompañado y contenido por su familia?

.....

¿Qué actividades realiza diariamente?

.....
.....
¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

.....
¿Realiza algún deporte? ¿Cursos?

.....
¿Se ha sentido alguna vez discriminado?

.....
¿Por quién?

SITUACION SANITARIA:

Estado de salud.....

.....
.....
¿En qué año conoció su diagnostico?

.....
¿Se lo imaginaba?.....

¿Cómo se sintió?

.....
¿Toma ARV?

¿Cuándo comenzó?

¿Cuánto cree que sabe usted de su enfermedad?

Nada
Muy poco
Poco
Lo suficiente
Mucho

¿Cuanto cree que le aportó su médico a lo que sabe de las ventajas y desventajas de tomar ARV?.....

.....
La medicación ¿le genera algún malestar?

.....
La medicación ¿le genera algún inconveniente en su vida cotidiana?

.....
En el último mes ¿Cuántas veces se olvido de tomar las pastillas?.....

.....
En algún momento ¿las ha dejado de tomar por un período mayor de tres meses?.....

.....
¿A qué se debió?

.....
¿Debió cambiar su esquema de medicación? ¿Cuántas veces?

.....
.....
¿Consume alcohol?

¿En que cantidades?

¿Consume sustancias psicoactivas?

¿Cuáles?

¿Se siente apoyado y acompañado por el Servicio Social de Infectología?

.....