

2013

El Trabajo Social en el Campo de la Salud Pública. Abordaje Interdisciplinario con Mujeres Embarazadas Viviendo con VIH, HIEMI. Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón. 2012-2013

Dipardo, Florencia

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

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/191>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Departamento de Servicio Social

“El Trabajo Social en el Campo de la
Salud Pública. Abordaje
Interdisciplinario con Mujeres
Embarazadas Viviendo con VIH,
HIEMI. Mar del Plata, Partido de
General Pueyrredón. 2012-2013.”

Mar del Plata, Octubre, 2013



Autoras: Dipardo, Florencia

Ruiz, Fabiana

Directora: Epele, María Eugenia

Co-directora: Cano, Georgina

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....Pág. 3

PARTE I: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

CAPITULO I: SALUD

Concepción de Salud.....Pág. 7

Salud Pública.....Pág. 8

Derechos Sexuales y Reproductivos.....Pág. 10

Proceso Salud-Enfermedad-Atención.....Pág. 13

Sistema de Salud.....Pág. 14

Atención de la Salud.....Pág. 17

Efectores de Salud en el Partido de General

Pueyrredón.....Pág. 18

CAPITULO II: VIH/SIDA

VIH/SIDA.....Pág. 22

Signos y Síntomas.....Pág. 22

Transmisión.....Pág. 24

Factores de Riesgo.....Pág. 25

Diagnóstico.....Pág. 25

Tratamiento.....Pág. 26

Prevención.....Pág. 27

Antecedentes de VIH.....Pág. 27

Situación Epidemiológica Actual.....Pág. 32

CAPITULO III: MUJERES Y VIH

Feminización del VIH.....	Pág. 35
Transmisión vertical.....	Pág. 38
Familia.....	Pág. 40
Vida cotidiana.....	Pág. 42
Maternidad.....	Pág. 46

CAPITULO IV: INTERVENCION EN EL CAMPO DE LA SALUD

La Intervención en el Campo de la Salud.....	Pág. 51
Equipo de Salud.....	Pág. 52
Atención de VIH.....	Pág. 54
Trabajo Social y VIH.....	Pág. 61

PARTE II: TRABAJO DE CAMPO

HIEMI.....	Pág. 67
Sistematización.....	Pág. 73
Presentación de casos.....	Pág. 74

PARTE III: CONSIDERACIONES FINALES

Conclusiones.....	Pág. 94
Propuestas.....	Pág. 103
GLOSARIO.....	Pág. 105
ANEXO.....	Pág. 108
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 124

Agradecimientos

Las autoras de esta tesis consideran que fue indispensable el aporte de los profesionales y de la presidenta de La Red, que dispusieron de su tiempo y voluntad para brindarles su conocimiento y experiencia en esta temática.

Agradecen el acompañamiento y asesoramiento brindado por la directora de este trabajo; Epele, María Eugenia y la co-directora; Cano, Georgina.

Fue fundamental, para concluir con esta etapa el apoyo incondicional de familia y amigos.

“No existen más que dos reglas para escribir:

Tener algo que decir y decirlo”

Oscar Wilde (1854- 1900)

Introducción



Introducción

A partir de la realización de las prácticas de pre-grado en el Hospital Interzonal Especializado en Materno Infantil (HIEMI), surge el interés de abordar la temática de mujeres embarazadas viviendo con VIH/SIDA.

Si bien en sus inicios la epidemia afectaba mayormente a hombres, los datos actuales reflejan que del total de personas viviendo con VIH y SIDA en el mundo, el 50 % son mujeres. Desde la década del '90 se evidencia en la Argentina un aumento constante en las cifras de mujeres infectadas. Esta "feminización" de la epidemia está relacionada con la desigualdad existente en las relaciones de género, desigualdad y asimetría de poder que condiciona las posibilidades de cuidado de las mujeres durante las relaciones sexuales, (en la medida en que no poseen el poder suficiente para negociar prácticas de cuidado, entre ellas el uso del preservativo masculino).

El recibir un diagnóstico de infección por VIH durante el embarazo fue para todas las mujeres, una experiencia que abrió para ellas un futuro incierto y las interpeló sobre el pasado y sobre sí mismas. El diagnóstico no sólo las enfrentó con los imaginarios sociales sobre los afectados por el virus (Grimberg, 2003) sino que también las confrontó con sus propias historias y relaciones. En este proceso, el cuerpo adquiere una nueva visibilidad a través de la propia vulnerabilidad, deviniendo así en un objeto específico y privilegiado de atención (Kirmayer, 1992).

La enfermedad implica un quiebre en la vida cotidiana y la biografía de las personas afectadas, cuestionando la "actitud natural" con la que se desenvuelven y viven en el mundo y exigiendo la construcción de un nuevo orden de cosas, una nueva cotidianeidad significativa (Alves; Rabelo; Souza, 1999). En ese proceso de (re)construcción y (re)organización, el cuerpo se sitúa en primer plano y deviene en un objeto específico y privilegiado de atención. Pero, mientras las personas experimentan la enfermedad en el contexto de sus "cuerpos vividos", la intervención médica lo construye como su objeto en términos de un cuerpo

atomizado, medicalizado, ahistórico y desocializado (Good, 1994; Good; Del Vecchio Good, 2000).

En este sentido el VIH no es sólo un problema de salud, es un problema social que impacta sobre todos los aspectos de la vida del individuo y sobre las posibilidades de desarrollo de una sociedad, por lo que requiere un abordaje integral. Es por esto que es fundamental pensar la intervención desde un equipo interdisciplinario, que este formado por trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y equipo médico como es el infectólogo, obstetra y pediatra. Desde la intervención social se busca un conocimiento de los espacios y de los actores sociales que circulan en ellos, en relación a cómo comprenden, construyen y explican el mundo en el que viven.

El lugar de la intervención en lo social se relaciona con la vida cotidiana, es decir con los espacios microsociales en donde los sujetos le atribuyen sentido a sus prácticas, sin perder de vista el escenario macrosocial que condiciona la realización de las prácticas cotidianas de los mismos. Más allá de las cuestiones relacionadas al diagnóstico y las situaciones particulares de cada persona, es fundamental tener en cuenta los aspectos inherentes al embarazo, los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Estos últimos se expresan en cambios en el núcleo familiar, habitacional (necesidad de mayor espacio) y redefinición de lazos (pareja, familiares y amigos).

La intervención se direcciona a un conocimiento más profundo orientado a disminuir y atenuar el padecimiento de quien consulta. A veces los equipos interdisciplinarios se presentan institucionalmente de ese modo pero el funcionamiento y la integración de las distintas perspectivas resulta problemático.

La agenda pública sobre VIH/SIDA tiene como una de sus prioridades la reducción de los índices de transmisión vertical. Sobre la base de un tipo de abordaje que recorta sus acciones a la prevención de la transmisión perinatal omitiendo una respuesta integral al conjunto de requerimientos de las mujeres que se embarazan y tienen hijos estando afectadas por esta enfermedad estigmatizada y frecuentemente asociada con la muerte.

Como eje de este trabajo se plantea conocer la atención que reciben las mujeres embarazadas con VIH, la articulación entre las distintas instituciones intervinientes, visualizar el lugar que ocupa el trabajador social, su relación con los demás profesionales y caracterizar su actuación en esta problemática. Indagar el modo en que la experiencia en la atención médica y la utilización de procedimientos para evitar la transmisión perinatal del VIH reconfiguran la experiencia de vivir con la enfermedad y los sentidos asignados a la maternidad y al VIH/SIDA por parte de las mujeres afectadas.

Para profundizar en esta temática y responder a los objetivos planteados se presentarán tres casos sistematizados en los que se ha intervenido desde el HIEMI y se plasmarán datos obtenidos de las entrevistas realizadas a profesionales de los distintos niveles de atención que abordan la problemática de VIH/SIDA.

Esta tesis se divide en tres partes: en la primera el marco teórico, donde se encuentran los conceptos fundamentales para comprender la problemática planteada, una segunda parte en donde se exponen y describen tres casos, y una tercera parte que contiene las conclusiones finales del trabajo y propuestas.

Primera Parte

Capítulo I

Salud



Concepción de Salud

No existe un consenso a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco, sino una construcción sociocultural, relativa a cada momento histórico.

Por lo cual, se piensa a la salud desde una perspectiva dialéctica, que no recaiga ni en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, que implica trabajar las relaciones “social-biológico” y “sociedad-naturaleza”, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación.

Se adhiere a la concepción de salud como derecho; lo cual significa “la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad”. (Belmartino, 1991:291)

Se puede sostener que “la salud es una necesidad humana básica, en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción de la misma, derecho que solo puede ser garantizado mediante la acción pública, particularmente en las sociedades marcadas por grandes desigualdades”. (Laurell, A.C, 1994)

El derecho a la salud hace a la dignidad de la persona y a su condición de sujeto de derecho. El pleno ejercicio de este derecho en forma efectiva, igualitaria y no discriminatoria es exigible por todos los seres humanos. Esto incluye la prevención y atención de las enfermedades epidémicas y la lucha contra éstas y la disponibilidad de condiciones que aseguren el tratamiento médico y los servicios sanitarios adecuados en caso de enfermedad.

Maglio plantea que “La salud en tanto derecho humano básico y personalísimo debe ser: universal, absoluto, innegociable, inalienable y positivo, esto es, el Estado se hace cargo y no simplemente “tutela”.

Plantea dos posiciones de salud:

- La salud como derecho humano personalísimo, jurídicamente es un derecho positivo y en consecuencia una decisión política en tanto el Estado interviene activa y sustantivamente para asegurar a toda la población no solo la promoción y protección de la salud, sino el derecho a la atención de la enfermedad, en forma igualitaria en cantidad y calidad independientemente de la situación social, económica o cultural.
- La salud como mercancía en la economía de mercado, la salud entra en el sistema de oferta y demanda. Es un derecho, en términos jurídico negativo, esto es que el Estado simplemente tutela la promoción y protección de la salud, mientras que la atención de la enfermedad entra como mercancía en la economía de mercado. Quienes poseen los medios económicos entran en ella y los que no, serán provistos por la beneficencia pública o privada.

Salud Pública

La concepción de salud y enfermedad ha ido cambiando históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político.

A fines de los años sesenta se producen transformaciones en las sociedades del mundo occidental, impulsadas por movimientos sociales que tienen gran influencia en la redefinición del sujeto de intervención de los sistemas sanitarios.

Estos movimientos cuestionan las relaciones de poder, condiciones de trabajo, falta de autonomía y responsabilidad del trabajador y sus consecuencias en la salud.

Junto a esta relación trabajo-salud surge una creciente concientización por la relación entre otras dimensiones ambientales y de salud.

Así es que en 1973 la O.M.S. definió a la Salud Pública de la siguiente manera: “El concepto de salud pública se refiere a todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, del estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de los servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos. La salud pública se ocupa de la salud global de la población bajo sus aspectos de promoción y protección de la salud, curación, readaptación y educación para la salud”.

“La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (O.P.S. 2002).

Las funciones esenciales son:

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación de los ciudadanos en la salud.
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

- Investigación en salud pública.
- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.¹

Derechos Sexuales y Reproductivos

Cuando se mencionan los derechos sexuales y reproductivos, es necesario hacer referencia a las Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas, que son los espacios donde se sentaron las bases para su conceptualización. En el contexto de esas conferencias se acordó a fines de los años 90 que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, cuya base fundamental es que mujeres y hombres tienen derecho a vivir sus vidas sexuales de forma satisfactoria y segura y a controlar sus vidas reproductivas.

Petchesky y Correa afirman que los derechos sexuales y reproductivos se basan en cuatro principios éticos: integridad corporal, autonomía, igualdad y diversidad, e implican poder para tomar decisiones y recursos que permitan el ejercicio de esas decisiones. Es decir, la vigencia de derechos sociales, como el acceso a los servicios de salud, el trabajo digno, la vivienda y la educación, resulta indispensable para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y éstos a su vez, son un requisito para la integración económica y social de las mujeres. Por lo tanto, las políticas públicas de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos deben incluir también el abordaje de cambios sociales, especialmente en lo referente a la eliminación de la pobreza y el empoderamiento de las mujeres.

Recién en 1994, en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo, se definieron los alcances de la salud reproductiva como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida

¹ Apuntes de cátedra, Medicina, 2010, Facultad de Servicio Social, UNMDP.

sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de selección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de la atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.” (Capítulo VII, Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo)

El propósito de la salud sexual fue definido como “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

El concepto de sexualidad es mucho más amplio que el de reproducción pero en el discurso de los derechos humanos ha quedado subsumido dentro del concepto de derechos reproductivos. Aunque es claro que ambos derechos parten del reconocimiento de un cuerpo sexuado, es de suma importancia distinguir entre sexualidad y reproducción y, por tanto, distinguir entre lo que significan e implican los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Es común que el tratamiento de los derechos sexuales sea limitado y que las políticas de salud reproductiva se circunscriban al ámbito de lo materno infantil y la planificación familiar. Los derechos sexuales entendidos como el derecho a la autodeterminación sexual, a la diversidad, a la equidad en las relaciones de parejas, al reconocimiento del placer sexual y de las orientaciones sexuales como un derecho, se encuentran aún en proceso de construcción.²

Tanto el empoderamiento de la mujer como la participación del hombre en las decisiones contribuyen a, y dependen de, una adecuada salud reproductiva.

² Correa, 2001; Abracinkas y López Gómez, 2001; Petchesky, 1996.

Los amplios roles de la mujer en la sociedad contemporánea llevan a un desafío que consiste en no limitar su salud reproductiva a lo puramente materno infantil sino abarcar el cuidado de su sexualidad y salud en forma integral.

Para ellos es necesario ofrecer a toda la población el acceso a la información en sexualidad y conserjería, la utilización de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y de patologías genital y mamaria; así como la prevención del aborto incluyendo tratamiento de sus complicaciones, y finalmente, a una adecuada atención del embarazo y el parto. Para ellos, se requieren servicios de salud de calidad que brinden amplia cobertura desde el primer nivel de atención a los mayores niveles de complejidad.³

En Argentina el desarrollo de políticas públicas en el campo de la salud sexual y reproductiva ha sido lento y escaso, y ha representado un tema sensible y controvertido. Con frecuencia, la discusión sobre estas cuestiones se ha planteado como asuntos morales y de disputa ideológica y no como derechos humanos, cuya denegación afecta la salud, la vida y el bienestar de las personas.⁴

El estado argentino ha tenido históricamente una actitud refractaria para reconocer y atender los derechos sexuales y reproductivos de la población, y a su vez, se ha hecho sentir la fuerte influencia de la jerarquía de la Iglesia Católica y de los sectores conservadores en las decisiones de política pública. Esa injerencia ha marcado un camino plagado de obstáculos en el reconocimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos por parte del Estado y en la efectiva implementación de políticas públicas en este campo.

³ Ministerio de Salud, El libro de la salud sexual, reproductiva y la procreación responsable. Política, programa, herramientas. Junio, 2006.

⁴ Gogna y Ramos, 1996.

Proceso Salud-Enfermedad-Atención

El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.

La enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento, las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanente con la medicina oficial y que dan cuenta no solo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que inicia con la percepción de un problema de salud que se convierte en necesidad, y está en demanda de algún tipo de atención. Se considera que hay utilización cuando esta demanda es realmente satisfecha por algún sistema de salud, formal o no.

La construcción del concepto salud-enfermedad-atención no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive en este proceso. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un

proceso dinámico no solo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina.

Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, sexo y las condiciones de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.⁵

“La salud es un proceso histórico, social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y el contexto” (Alfredo J.M. Carballeda y Mariano Berbenera).

Sistema de Salud

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. El sistema es resultado de tres componentes: político, económico y técnico.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

El sistema de salud argentino se caracteriza por su fragmentación, por lo cual está compuesto por tres subsectores; el público, el de seguridad social y el privado. Cada sector tiene distintas fuentes de financiamiento, distintos regímenes y órdenes de fiscalización. El Ministerio de Salud de la Nación es el encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional, comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación.⁶

⁵ HIEMI, Ateneo N° 2, Residencia Campo Salud, Proceso Salud-Enfermedad-Atención, Agosto,2011

⁶ Belmartino, 1992:291

- Subsistema Público: Está integrado por los Hospitales Públicos y los Centros de Atención Primaria de la Salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de las distintas jurisdicciones (Nacional, Provincial y Municipal) y presta servicios de provisión gratuita. Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de la población a través de sus ministerios, realizando aproximadamente el 75 % del gasto público destinado a financiación de servicios de atención médica. También las provincias tienen a su cargo el manejo de los hospitales públicos que anteriormente estaban en la órbita de la Nación.

Este subsistema se financia a través de los recursos que las provincias obtienen de la coparticipación federal y de los recursos provenientes de rentas generales que son fijados anualmente en los presupuestos públicos de cada jurisdicción.

La relación entre Nación y Provincia se establece a partir del Consejo Federal de Salud (CoFeSa).

- Subsistema de Obras Sociales: Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de las Obras Sociales Sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleado como del empleador.

Se encuentra bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996.

Podemos encontrar:

- ✓ Obras Sociales Nacionales: (285 en total, con cobertura a una población de 11 millones) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), que cubre aproximadamente a 3 millones de personas.
- ✓ Obras Sociales Provinciales: (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Bs. As.) que dan cobertura a 5 millones de personas.
- ✓ Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad: cubre cerca de 800 mil personas.
- ✓ Obras Sociales de las Universidades Nacionales y de los Poderes Legislativo y Judicial, con 320 mil beneficiarios.

➤ Subsistema Privado: Está conformado por Medicina Prepaga con fines de lucro; se nuclean en dos cámaras empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Este subsector se financia a través del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (doble afiliación).

Este subsistema está conformado por un conjunto de instituciones heterogéneas, con gran número de entidades, costos altos de operación y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor.

En nuestro país, operan alrededor de 196 empresas de medicina prepaga. Es común que hagan contratos con las obras sociales.

Según datos oficiales de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Presidencia de la Nación (septiembre 2011), el 56% de los habitantes de nuestro país cuenta con la cobertura de alguna obra social (sindical, provincial, P.A.M.I.); el 10% está afiliado a compañías de medicina prepaga

o tiene más de una cobertura y el 34 % restante, (16 millones de habitantes), se atiende en el sistema público: hospitales, centros de atención primaria de la salud, etc., que hoy son administrados por la provincias.⁷

Atención de la Salud

La Atención de la Salud se efectiviza a partir de tres niveles de atención:

- Primer Nivel: es aquel destinado a cumplir las funciones de prevención y promoción de la salud. Estas actividades se llevan adelante en los Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Centros Periféricos, Salas de Primeros Auxilios, Dispensarios, etc.

La Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón cuenta con una importante Red de Atención Primaria de la Salud cuyo objetivo fundamental es contribuir a mejorar la salud de la población, favoreciendo la accesibilidad y la cobertura sanitaria.

La División de Servicio Social en Salud orienta a los profesionales que la conforman a intervenir prioritariamente en el eje materno infantil, incluyendo mujeres embarazadas y niños hasta seis años de edad, desarrollando estrategias de intervenciones asistenciales, preventivas y de promoción ante problemáticas y necesidades sociales que presentan las familias, grupos y actores de la comunidad en el marco del proceso salud-enfermedad-atención, tendiendo a la construcción de estrategias de intervenciones interdisciplinarias.

- Segundo Nivel: Está relacionado con la atención en Hospitales Generales, en donde la Intervención del Trabajador Social se vincula con las problemáticas de pacientes internados o que concurren a consultar al hospital. En algunos servicios se trabaja dentro de programas específicos como: maternidad adolescente, infección por

⁷ Acuña, Carlos H, Chudnovsky, Mariana, “El sistema de Salud en Argentina”, Marzo, 2002

VIH, Tuberculosis o desde los diferentes servicios que existen dentro de cada hospital. En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo que se denomina referencia y contra referencia, dentro de un área definida que generalmente es llamada Programática, coordinando con el Centro de Salud acciones de diversa índole, como por ejemplo, la realización de estudios complementarios.

- Tercer Nivel: Constituido por Hospitales de Referencia cuya característica es contar con recursos tecnológicos de avanzada complejidad en relación con el sistema de salud al que pertenece, así como con recursos humanos de alta calificación y una estructura que le permite cumplir funciones de asistencia médica, docencia e investigación de alto nivel.

El HIEMI se encuadra dentro del tercer Nivel de Atención en salud.⁸

Efectores de salud en el Partido de General Pueyrredón

A nivel local el Sistema de Salud está conformado por instituciones de:

- Dependencia Nacional:
 - I.N.E. Instituto Nacional de Epidemiología. “Dr. Juan H. Jara”
 - I.Na.Re.P.S. Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur.
- Dependencia Provincial:
 - H.I.E.M.I. Hospital Interzonal Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”.
 - H.I.G.A. Hospital General de Agudos “Dr. O. Allende”.
 - Hospital Local “Casa del Niño”.
 - Centro Regional de Hemoterapia.
- Dependencia Municipal:
 - Conformado por tres Centros de Referencia; veinticuatro Centros de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S.), cinco Postas Sanitarias y el

⁸ HIEMI, Ateneo “Proceso Salud-Enfermedad-Atención”, 2011

Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias (C.E.M.A), son dependientes de la Secretaria de Salud de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón.

Los mismos son:

- Centros de Referencia:
 - I.R.E.M.I.
 - Centro de Salud N°1
 - Centro de Salud N°2
- C.A.P.S.:
 - Belgrano
 - Playas del Sur
 - Nando Miconi
 - Antártida Argentina
 - Aeroparque
 - Belisario Roldán
 - Parque Hermoso
 - Las Américas
 - La Peregrina
 - Faro Norte
 - Newbery
 - Libertad
 - Santa Rita
 - Ameghino
 - Centenario
 - Alto Camet
 - 9 de julio
 - Cohelo de Meyrelles
 - Martillo
 - Las Heras
- Postas Sanitarias:
 - Santa Paula
 - Parque Palermo
 - Feliz U. Camet
 - La Peregrina
 - Playa Chapadmalal
- Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias

Nace como idea en el año 2008 con el objetivo de ser una herramienta de fortalecimiento para los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón y para el mejoramiento de la referencia y contra referencia con los hospitales regionales.

Entró en funcionamiento a fines del 2012 permitiendo la articulación de la atención sanitaria entre el primer nivel y el tercer nivel, que se dedicará exclusivamente a la resolución de las problemáticas que revisten cierto grado de especialización y tecnología que pueden satisfacerse sin requerimiento de internación.

Es un Centro construido en un área estratégicamente designada, siendo el centro geográfico de la Ciudad y cercano a la Avenida Juan B. Justo, su ubicación permitirá un acceso más fácil de toda la población a la vez que teniendo cercanía con los Hospitales Provinciales habilitará una articulación más ágil entre los centros.

Los Centros de Salud y las Postas Sanitarias presentan distintos niveles de complejidad con especialidades y prácticas médicas dependiendo de su estructura y ubicación territorial; los equipos interdisciplinarios están conformados por diferentes especialidades: Administrativo, Trabajador Social, Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, Médico Psiquiatra, Médico en Ginecología y Obstetra, Odontólogo, Psicólogo, Fonoaudióloga, Terapista Ocupacional, Enfermera, Bioquímica, Nutricionista, Especialidades Médicas: Traumatología, Cardiología, Endocrinología y Otorrinolaringología. Técnicos: laboratoristas, radiólogos y personal de mantenimiento.

Capítulo II

VIH/SIDA



VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función.

Desde que ocurre la infección hasta la aparición del SIDA, la persona afectada es denominada seropositiva o portadora (VIH+). En este período, que puede durar varios años, no hay ni dolor ni otros síntomas que indiquen la presencia del VIH en el organismo, por lo que éste pasa desapercibido tanto para la persona infectada como para los profesionales, por eso es importante realizar un análisis de sangre para detectar los anticuerpos sanguíneos frente al VIH.

A medida que el virus destruye las células e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia, estado que provoca una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH es Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o SIDA, que puede tardar de 10 a 15 años en manifestarse. Esta etapa se define por la aparición de ciertos cánceres, infecciones u otras manifestaciones clínicas de gravedad.

En caso de que se realice el tratamiento temprano con antirretrovirales, los síntomas del SIDA no aparecen. Este es el período asintomático.

Gracias al avance en los tratamientos, hoy la mayoría de las personas con VIH no desarrollan el SIDA y aquellos que sí, al tomar medicación pueden recuperar sus defensas y vuelven a la etapa asintomática; es decir, a vivir con VIH.

Signos y Síntomas

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "Síndrome Retroviral Agudo" durante la

seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras la infección.

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este período inicial.

Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas⁹.

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

- Infección primaria: en esta fase puede que no existan síntomas, o bien, presentar el síndrome retroviral agudo, que provoca fiebres, erupciones, dolor articular, entre otros. Desde este momento el virus se puede contagiar a otras personas, independientemente de que se manifiesten o no los síntomas.
- Fase 1: asintomática o inflamación de nódulos linfáticos, comenzando a dañar el sistema inmunitario.
- Fase 2: fiebre, sudoración, pérdidas de peso, manifestaciones cutáneas leves (como dermatitis), cefaleas, e infecciones en vías respiratorias.
- Fase 3: diarrea crónica sin motivos aparentes, fiebre severa, infecciones bacterianas de consideración, tuberculosis pulmonar, etc. En esta fase, algunas personas tienen SIDA.

⁹ ONUSIDA, información básica sobre el VIH;

http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

- Fase 4: se trata de 22 infecciones oportunistas o tipos de cáncer relacionados con el VIH. En este punto, todas las personas infectadas tienen SIDA.

El tiempo que suele tardar una persona en desarrollar SIDA una vez que está infectado de VIH, oscila entre 10 y 15 años, pero es en los primeros 5-10 años cuando corre el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con VIH si no recibe tratamiento. Cuanto más tiempo haya permanecido el virus en el cuerpo sin haber recibido tratamiento, mayor cantidad y gravedad alcanzarán los síntomas.

Transmisión

El VIH se encuentra en todos los líquidos orgánicos de aquella persona que tiene el virus: sangre, semen, saliva, lágrimas, leche, calostro, orina, secreciones uterinas y vaginales y el líquido preseminal. Pero solamente la sangre, el líquido preseminal, el semen, fluidos vaginales y la leche materna presentan una concentración suficiente como para producir la transmisión.

Las vías de transmisión son tres:

- Relaciones sexuales: vaginales, anales u orales, heterosexuales u homosexuales sin protección. El paso del virus en las relaciones sexuales se realiza a través de las lesiones o heridas microscópicas que se producen durante la penetración y otras prácticas sexuales, por donde los fluidos de quien tiene el virus ingresan al cuerpo de la pareja. Tres de cada cuatro casos de transmisión son por vía sexual. El 90% de estos casos corresponde a exposición heterosexual.
- Vía sanguínea: por compartir jeringas para el uso de drogas o cualquier otro elemento cortante o punzante, o a través de la transfusión de sangre no controlada.
- Transmisión perinatal: de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. La transmisión madre – hijo plantea el principal mecanismo de

adquisición del VIH para los niños. De no recibir adecuada atención médica, una madre positiva tiene una chance sobre tres de dar a luz a un niño infectado.

Con atención médica y con la correcta realización de la profilaxis, el riesgo de transmisión del virus al bebé es casi nulo (1,2%)¹⁰

Factores de riesgo

Hay ciertos comportamientos que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH. Se trata de los siguientes:

- Practicar coito anal o vaginal sin protección
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, blenorragia o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas o jeringas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud.

Diagnóstico

El VIH se diagnostica mediante un simple análisis de sangre. Se extrae una muestra de sangre y se analiza para detectar la presencia de anticuerpos del VIH.

Lo que se busca en la sangre son los anticuerpos (CD4) que produce el organismo cuando ingresa el VIH. No se busca el virus directamente sino de manera indirecta: si hay anticuerpos es porque hay virus.

Desde que el virus entra al organismo hasta que los anticuerpos se pueden detectar en la sangre pueden pasar hasta dos meses. Ese es el período ventana.

¹⁰ Fundación Huésped.

El test tiene los siguientes pasos:

Se extrae una muestra de sangre y se le hace una prueba que se llama ELISA.

- Si el ELISA da "No reactivo" (o negativo), la persona no está infectada.
- Si el ELISA da "Reactivo" (o positivo), no es suficiente para saber si la persona está infectada. Hay que hacer una confirmación con otro método que se llama Western Blot. El resultado de este estudio puede ser:
 - Positivo: indica que el individuo está infectado por el virus.
 - Negativo: Significa que el individuo no está infectado por el virus.
 - Indeterminado: En este punto se generan dudas y no se puede decir que esté o no infectado. En este caso, se debe pedir una nueva muestra a los tres meses¹¹.

Tratamiento

Es posible inhibir el VIH mediante tratamientos que combinan el uso de tres o más fármacos antirretrovíricos, que, si bien no curan la infección, inhiben la replicación del virus en el organismo de la persona y permiten que su sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para luchar contra las infecciones.

Actualmente los tratamientos antirretrovirales, que consisten en la combinación de AZT y otras drogas, (triterapia) contribuyen a que se pueda tener una mejor calidad de vida, aunque se esté hablando de una enfermedad crónica.

Los medicamentos actualmente disponibles se dividen en cuatro grandes familias: inhibidores de la proteasa, inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido, inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido e inhibidores de la entrada o fusión.

¹¹ Dirección de SIDA y ETS.

Argentina es uno de los pocos países de Latinoamérica que cuenta con una Ley 23.798 —sancionada en 1990— que protege a las personas que viven con VIH. Esta Ley habilitó la creación de un Programa Nacional de SIDA que asegura la atención y el tratamiento a todo aquel que viva con el virus.

Prevención

Una persona puede reducir el riesgo de infección por el VIH teniendo en cuenta los principales métodos para prevenir el contagio:

- Uso de preservativos.
- Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS.
- Profilaxis anterior a la exposición por relaciones sexuales para la persona VIH-negativa.
- Profilaxis posterior a la exposición al VIH.
- Circuncisión masculina.
- Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño.
- Tratamiento con antirretrovíricos.
- Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables.¹²

Antecedentes de VIH

Es en EEUU a principios de la década del 80 cuando se registra un aumento en la incidencia de casos de Sarcoma de Kaposi, un especial cáncer de piel que afecta principalmente a personas de condición homosexual, registrándose una carencia similar en todos ellos de un tipo de células sanguíneas.

¹² Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>

A partir de éste momento se comienza a investigar el fenómeno y se lo empieza a identificar como “La Peste Rosa”, asociando la aparición de manchas rosas en la piel con la tendencia homosexual de la mayoría de estos primeros casos. Así es, que se extendió esta idea, aunque ya había constancia de otros afectados que también padecían la enfermedad, como inmigrantes, receptores de transfusiones sanguíneas, personas que se inyectaban droga y mujeres heterosexuales.

En 1984 se empieza a considerar la enfermedad como epidemia, basándose en un estudio realizado a un grupo de personas contagiadas, que habían tenido parejas en común, extrayendo así patrones que lo demostraban. A esta altura ya existía al menos un caso de SIDA en distintas regiones del mundo y se comprueba la transmisión sexual como la principal vía de contagio, no solo homosexual sino también heterosexual.

En Argentina el primer caso conocido aparece en 1986; se trata de una pareja heterosexual, de Mar del Plata; la mujer está embarazada, y en este caso la vía de transmisión enunciada por ellos mismos es por droga-dependencia intra venosa.

En Mar del Plata en el año 1987 se comienza a asistir y a prevenir la problemática del VIH/SIDA desde el Instituto Nacional de Epidemiología y desde los hospitales.

En un principio fue una etapa investigativa por ser una epidemia nueva. Se abordaba desde lo médico, bioquímico y desde el Servicio Social. El INE contaba con un equipo importante de prevención, donde se atendía y se trabajaba en las escuelas, en la comunidad, con talleres educativos, formativos y reflexivos sobre la epidemia. Se hablaba del uso de preservativos, en un momento donde era difícil, porque no se permitía nombrar la palabra “preservativo” en la televisión o en las radios, se sufría la oposición de los grupos más tradicionales de la medicina, de la Iglesia, planteando que para ellos la solución a la epidemia era la abstinencia, en adolescentes y en personas solteras. Se negaban al uso del

preservativo, decían que era inseguro, por lo cual fue un trabajo importante para establecer formas de cuidado en una sociedad cerrada y con gran influencia de la Iglesia.

En esa época un grupo de profesionales creó una organización “Fundación Un Lugar”, donde se abordaban temas que no se estaban tratando en las instituciones públicas en ese momento, como grupos de reflexión para personas viviendo con VIH, grupos de ayuda para los familiares, un programa de radio enfocado a la prevención.

En un primer momento se hacían informes para pedir el AZT, que aparece en 1987 (primera droga utilizada en el tratamiento de la infección) que venía de EEUU. Se ayudaba a que las personas comunicaran a sus contactos que tienen la infección, se trabajaba con las familias para informar sobre esta nueva epidemia y se acompañaba a las personas en todo aquello que necesitaran.

En ese momento la población mayormente afectada eran personas que provenían de grupos de drogodependientes intravenosa y en menor medida de grupos de personas homosexuales y poli-transfundidos.

En 1988 la OMS declara el primero de diciembre “Día mundial de la lucha contra el SIDA” (Primer Congreso Científico que se reúne para compartir conocimientos sobre el tema).

En 1991 el lazo rojo se convierte en el símbolo internacional de sensibilización de la enfermedad y se reglamenta la ley 23798, por lo cual las Obras Sociales son obligadas a ocuparse de la atención integral de la salud de las personas viviendo con VIH, responsabilidad que hasta el momento era sólo del Estado como de todas las enfermedades infecto-transmisibles.

En 1996 aparece el cóctel que complementa a la droga conocida como el AZT, mejorando la calidad de vida de las personas que viven con el virus; el SIDA pasa de ser una enfermedad mortal a convertirse en una dolencia crónica. Este

cóctel se comienza a implementar en forma preventiva en mujeres embarazadas con VIH/SIDA disminuyendo la transmisión vertical.

En este mismo año se conforma “La Red”, por un grupo de personas con VIH, quienes no tenían acceso a los tratamientos y al control de carga viral y CD4 en la ciudad de Mar del Plata, por lo cual se veían obligados a viajar a Buenos Aires. Fue la primera organización que instaló el acceso a medicamentos en la ciudad y que obtuvo las pensiones graciables por discapacidad en la Provincia de Buenos Aires. Lo que se buscaba era tener acceso al sistema de salud, la pensión era de \$100 e incluía la prestación médica y que sus hijos y familiares pudieran tener acceso a la carga viral y CD4, porque esto no era contemplado desde el sistema público.

El año 2001 comienza con escasas y/o nulas campañas de información sobre la prevención y el avance de la epidemia y se empieza a observar una disminución en la incidencia en personas drogodependientes intra-venosa, y un aumento de la misma en personas con conductas heterosexuales, lo que impacta en el concepto de “Grupos de Riesgo”, ya que los riesgos provienen de las conductas y no de los grupos.

En el año 2002, se empieza a transformar el perfil de la epidemia cuando la ONU-SIDA informa que las mujeres conforman la mitad de los adultos que viven con VIH/SIDA en el mundo.

En el Centro de Salud Número 1 se conforma el Consultorio de Medicina Preventiva, que comienza a reunirse en el año 1992 elaborando una propuesta de intervención integral.

El Programa se instrumentó a través de dos áreas:

El Área Asistencial funcionaba en instalaciones de IREMI y el área Preventiva en el Centro de Salud N° 1, y estaba destinada a la atención clínico infectológica con la intervención de un equipo interdisciplinario integrado por:

médicos clínicos; ginecólogos; pediatras; bioquímicos; enfermeros; psicólogos; psiquiatras y trabajadores sociales.

El Área Preventiva estaba conformada por un equipo interdisciplinario para desarrollar proyectos/programas acordes con el curso de la epidemia en Mar del Plata, conformando una red con establecimientos Provinciales (HIGA e HIEMI), Nacionales (INE) Y ONG's (Red de PvvS).

Desde el año 1999 al 2004, el Programa y el Consultorio sufrieron el virtual desmantelamiento del Sistema Público de Salud, la escasa responsabilidad del Estado en lo atinente a la provisión de recursos humanos y materiales; insuficiencia de subsidios oficiales; falta de apoyo por parte de las autoridades a la especificidad en salud, así es que en el 2005 se deja de trabajar con esta modalidad.

A partir del último mes del año 2006 se comienza a brindar atención desde el Consultorio de Medicina Preventiva a las embarazadas portadoras de VIH, en forma integral por todos los integrantes del equipo técnico. De esta manera la embarazada realiza el control infectológico, como así también entrevistas individuales y seguimiento desde psicología y servicio social.

El Consultorio de Medicina Preventiva se mantiene hasta fines del año pasado, cuando se inaugura el CEMA y la atención a pacientes VIH se deriva allí; el Centro Número 1 se mantiene como centro de testeo y surge la modalidad de Consultorio Amigable (atención a población gay, travesti, bisexual, lesbiana, transgénero e intersexual)

Hoy en día, el INE también está en un proceso de derivación que empezó hace un año, ya que la Institución no cuenta con médico infectólogo, que es fundamental en esta afección.

Situación epidemiológica actual

En Latinoamérica la epidemia está focalizada en cuatro grupos: mujeres trabajadoras sexuales, el colectivo Trans en un 70%, los hombres que tienen sexo con otros hombres 16%, (antes a estos colectivos se los clasificaba como un mismo grupo) y los usuarios de drogas

Actualmente el VIH/SIDA en nuestro país, no es una epidemia, sino una endemia, o sea que es una enfermedad que aparece regularmente en la sociedad, y se espera que aparezca, no es algo nuevo.

El Ministerio de Salud y ONUSIDA estima en 130.000 la cantidad de personas que vive con VIH en el país y el 40 % de ellos desconoce su condición.

Se diagnostican anualmente alrededor de 5 .500 personas con VIH; fallecen aproximadamente 1 .400 personas por SIDA y se infectan alrededor de 100 niños/as por transmisión vertical.

Con respecto a la mortalidad, luego de haber alcanzado un pico en 1996, comenzó a descender hasta estabilizarse en 2005, aunque las dificultades para mejorar aún más se deben, entre otras causas, a los diagnósticos tardíos, a obstáculos en la adherencia a los tratamientos y a problemas en la accesibilidad a los servicios de salud.

En cuanto a la vía de transmisión, de las 5 .000 personas en promedio diagnosticadas con VIH que se notifican a la DSyETS cada año, el 90% de las mujeres y el 88% de los varones se infectaron durante una relación sexual sin protección. Entre los hombres, el 48% se infectó durante una práctica con una mujer y el 40%, con otro varón.

En tanto que la cantidad de diagnósticos en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años se mantuvo relativamente constante a lo largo de los años, los que corresponden a niños de 0 a 14 disminuyeron a lo largo de la década, desde un pico de 333 en 2002 hasta menos de la mitad en los últimos años.

Las vías de transmisión están claramente diferenciadas según grupos de edad; el 91% de los niños de 0 a 14 diagnosticados entre 2001 y 2009 se infectaron por transmisión perinatal. En cambio, en el grupo de 15 a 19, el 80% de los varones y el 88% de las mujeres se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas.

.En el período 2009-2011 se infectaron 4.662 mujeres; en el 89,6% de los casos, debido a relaciones sexuales no protegidas. Casi el 50% de estas mujeres tuvo diagnóstico de VIH en el contexto de embarazo.

Para el 60 % de las mujeres con diagnóstico de VIH el resultado fue totalmente inesperado. Más del 40% llevaba seis años o más de relación con su pareja, y un 27% adicional, entre tres y cinco años. Pese a ello, una minoría (menos del 10%) conocía entonces el estado serológico de su compañero.

Casi la mitad de las mujeres dijeron que el uso de preservativo a menudo fue motivo de desacuerdo o de tensión con una pareja.

El 75% se encontraba con una pareja estable al momento de realizarse el análisis y tener un resultado positivo.

Estos datos señalan un descenso sostenido en las personas infectadas por uso compartido de equipos de inyección para consumir drogas y un aumento del número de aquellas que se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas.¹³

¹³ Dirección de Sida y ETS. Boletín sobre el VIH/Sida en Argentina, N°29, Año XV, diciembre de 2012.

Capítulo III

Mujeres y VIH



Feminización del VIH

Si bien en sus inicios la epidemia afectaba mayormente a hombres, los datos actuales reflejan que del total de personas viviendo con VIH y SIDA en el mundo, el 50% son mujeres.¹⁴

Desde los años 90 se evidencia en la Argentina un aumento constante en las cifras de mujeres infectadas por VIH. Esta “feminización” de la epidemia está relacionada con la desigualdad existente en las relaciones de género, desigualdad y asimetría de poder, que condicionan las posibilidades de cuidado de las mujeres durante las relaciones sexuales, (en la medida en que no poseen el poder suficiente para negociar prácticas de cuidado, entre ellas el uso del preservativo masculino) la imposibilidad de acceder a servicios de salud, el establecimiento de otras prioridades en condiciones de vida precaria, ubicando a muchas de ellas en una particular situación de vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS.

Por esto mismo, es importante en el abordaje de esta temática tener en cuenta la distinción entre sexo y género que pone de manifiesto que muchos de los comportamientos distintivos entre hombres y mujeres tienen su base en los procesos de socialización. Sexo remite principalmente a los comportamientos y diferencias que reconocen origen biológico o anatómico, mientras que la palabra género da relevancia a los condicionamientos de tipo cultural, el modo en que cada cultura ha ido definiendo históricamente los comportamientos esperados y el lugar social de hombres o de mujeres.¹⁵

Ante esta nueva característica que adquiere la epidemia, se parte de un enfoque social que ha superado los encuadres del inicio de la misma, que se centraban en los conceptos de “riesgo individual”, “grupos de riesgo”, “prácticas de riesgo”; más tarde ,en “situaciones y contextos de riesgo”. Esos enfoques, además de estigmatizar a ciertos grupos, invisibilizan la problemática de algunos otros, como la de las mujeres y la de la niñez. (Magis et al., 2008).

¹⁴ Onusida, “Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida”, 2008.

¹⁵ Margulis Mario, “Juventud, Cultura, Sexualidad. La dimensión cultural en la efectividad y la sexualidad de los Jóvenes de Buenos Aires”. Editorial Biblos, 2004

“En el enfoque social se privilegia el análisis de la “vulnerabilidad”, que en el caso del SIDA enfatiza las condiciones estructurales de desigualdad social en que se encuentran algunas personas por diferentes factores, tales como sexo, edad, situación socioeconómica, condición de salud, preferencia sexual, origen étnico, estatus de ciudadanía, entre otros. Esto lo sitúa en desventaja en relaciones donde existen desequilibrios de poder, por lo que además son susceptibles de vivir episodios de violencia.” (Bronfman et al., 2003)

En este contexto, el concepto de vulnerabilidad cobra gran relevancia, al considerar la oportunidad de exposición de las personas a la enfermedad como resultante de un conjunto de aspectos no solo individuales, sino también colectivos, contextuales, que acarrearán mayor susceptibilidad a la infección y a la enfermedad y de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos de todas las clases para protegerse de ambos.¹⁶

La vulnerabilidad se refiere a la dificultad o ausencia de condiciones que permitan hacer efectivos sus derechos, aún cuando éstos estén reconocidos por el ordenamiento jurídico vigente. La vulnerabilidad de la mujer frente al VIH se manifiesta en diferentes factores:

- Vulnerabilidad biológica: En relaciones heterosexuales, las mujeres serían de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH que los hombres, por diversos factores fisiológicos (mayor zona de exposición a las secreciones sexuales, la carga viral en el semen es elevada, las ITS son con mayor frecuencia asintomáticas y por ende, no tratadas en la mujer). En niñas o mujeres jóvenes este riesgo se potenciaría, debido a la inmadurez de su aparato genital y sus escasas secreciones vaginales. Además, la transmisión sería más probable durante una relación sexual forzada o violenta, ya que la vagina no se lubrica y por lo tanto, existe mayor posibilidad de que el tejido se desgarre.

¹⁶ De Carvalho M, Junqueira C, Franca J, Haaldo C, Saletti F, “El Concepto de Vulnerabilidad y las Prácticas de Salud: Nuevas Perspectivas y Desafío”. Buenos Aires, Lugar, 2006

- Vulnerabilidad epidemiológica: Los patrones de formación de pareja llevarían a que mujeres más jóvenes estén en un riesgo mayor, debido a la práctica de sexo “desprotegido” con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS. Además, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas, principalmente por razones gineco-obstétricas (aunque actualmente no existen muchos casos de transmisión por esta vía, ya que la sangre es testada en los laboratorios antes de realizar transfusiones).
- Vulnerabilidad sociocultural: A los hombres se les “permite” tener múltiples parejas sexuales, mientras que para las mujeres se fomentaría la fidelidad y la monogamia; allí, el uso del condón no es una práctica frecuente. El papel pasivo que se espera de ellas en la sexualidad les impediría tomar medidas para prevenir el VIH. La dependencia de los hombres en muchos sentidos, las situaría con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud. Las mujeres serían más susceptibles de sufrir los efectos de la pobreza, que podrían llevarlas a intercambiar sexo por dinero, haciéndolas aun más vulnerables a la violencia física, psicológica, sexual y al abuso sexual.¹⁷

Todo esto implica que ser mujer o varón tendrá consecuencias particulares en el proceso salud-enfermedad-atención de los sujetos.

El análisis del proceso de vulnerabilidad incluye tres niveles relativos a las trayectorias de los sujetos y sus fragilidades biográficas, a las interacciones sociales entre sujetos y al contexto como espacio macro-social en que se desarrolla su vida cotidiana. La vulnerabilidad ante el VIH/SIDA tendría, así, dos dimensiones: una dimensión objetiva y material, y una dimensión subjetiva y biográfica en la que se impone la necesidad de recuperar los significados que los sujetos le atribuyen a los procesos de vulnerabilidad.

¹⁷Revista Latinoamericana. ISSN 1984/6487/ n.3-pp. 82-105 “Sexualidad, Salud y Sociedad”.

“A nivel contextual, la vulnerabilidad femenina ante el VIH/SIDA encuentra anclaje en la historia del SIDA y la mujer. Al inicio de la epidemia, desde el discurso médico se asoció el problema a la población masculina, con la creencia que las mujeres se presentaban inmunes a la infección al establecer límites que separan “grupos de riesgo” de la población general. La falsa sensación de que las mujeres estaban excluidas no ha hecho más que retrasar los abordajes y las respuestas terapéuticas y preventivas específicas para la población femenina frente a la epidemia. Este hecho demoró la visibilidad de las mujeres con VIH casi diez años después que en los varones.”(Gerlero, 2001).

El segundo aspecto a tener en cuenta es que, una vez reconocida la presencia de la mujer en la epidemia, se construyeron clasificaciones restrictas aplicadas a los grupos de riesgo “femeninos” (prostituta, pareja de adicto, promiscua) por lo que dicho problema de salud se separa quedando ajeno y extraño para el conjunto de mujeres que no se reconocían en tales sectores poblacionales. Los estereotipos “clasificatorios” sobre las mujeres condicionan el modo de visualizar la emergencia del problema en la población femenina al delimitar dos grandes grupos que distinguen entre “responsables” y “víctimas inocentes”.

Transmisión vertical

El VIH puede ser transmitido de la madre al niño en tres momentos diferentes: en el útero (intrauterino: a través de la placenta), durante el parto o bien durante la lactancia natural.

El VIH llega al feto o neonato a través de:

- Sangre
- Secreciones vaginales
- Leche materna
- Líquido amniótico

De estos fluidos, los tres primeros son los que mayor concentración viral contienen. La transmisión en el 1º y 2º trimestre de gestación es excepcional, lo que explica la ausencia de embriopatías. Los estudios de seguimiento sugieren

que 1/3 de la transmisión ocurre al término del embarazo y los 2/3 restantes durante el parto y puerperio.

Factores que contribuyen a la transmisión vertical:

- El tipo de parto.
- La ruptura prematura de membrana (RPMO) prolongada mayor de 4 horas, espontánea o artificial.
- El monitoreo invasivo.
- El uso de vacumm.
- La asistencia instrumental del parto.
- Segundo estadio prolongado de trabajo de parto.
- Corioamniotitis.
- Bajo conteo de linfocitos CD4+ maternos.
- Enfermedad materna avanzada.
- Carga viral materna alta al momento del parto.
- Aumento de antigenemia materna.
- Uso de drogas por vía intravenosa por parte de la madre durante el embarazo.
- La lactancia materna exclusiva prolongada aporta un riesgo adicional de transmisión de hasta un 10 % más.¹⁸

En 1994, el Protocolo 076 probó que la transmisión madre a hijo(a) se puede prevenir efectivamente si se administra AZT(zidovudine) a mujeres VIH positivas , empezando en la catorceava semana de embarazo y por vía intravenosa durante el parto y finalmente al bebé durante las primeras seis semanas de vida.

En Mar del Plata, recibían atención obstétrica en el HIEMI alrededor de 50 mamás con VIH al año; hoy en día el número es menor, alrededor de 40, lo cual tiene que ver con la reforma de la ley de salud sexual y reproductiva, ya que a partir de ésta, las madres que van a cesárea (en el HIEMI todas las madres van a cesárea aunque tengan una carga viral baja o indetectable) pueden optar por

¹⁸ Manual de Apoyo para Equipos de Salud, “Prevención de la Transmisión del VIH de la Mujer Embarazada a su Hijo”

realizarse la ligadura tubaria. En este momento son seis las madres que viven con VIH y lo han transmitido a sus hijos; son casos en que por algún motivo no han podido cumplir con las medidas de profilaxis. En aquellas mamás que cumplen con todas las medidas, la efectividad es de 100%.

Desde el 2007 se reduce la transmisión vertical, los casos más jovencitos de nenes son de ocho años.

Familia

Se considera fundamental tomar en cuenta a la familia, ya que es el núcleo básico de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. En su tarea socializadora, la familia cumple con la trascendente función social de preservar y transmitir los valores y las tradiciones del pueblo, sirviendo de enlace a las generaciones. Hoy en día no podemos hablar de “un único y mejor modo de ser familia”, de un modelo en el sentido de un solo cuadro de valores, ni de una sola forma de ser familia legitimada jurídicamente.

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

El adecuado interjuego del sistema familiar es un factor fundamental para sostener y elaborar las crisis vitales normales de cada uno de sus miembros y los problemas de convivencia desencadenados por la crisis estructural y permanente de nuestra sociedad.¹⁹

Sin embargo, muchas veces en vez de ser un lugar de comprensión, afecto y contención, es el lugar del desencuentro, la agresión, el conflicto y la tensión. Como ámbito de conflicto la familia debe ser considerada, como actor social

¹⁹ Eroles, Carlos “Familia y Trabajo Social. Un Enfoque Clínico e Interdisciplinario de la Intervención Profesional, Espacio, 2001.

particular que demanda de la sociedad y del Estado, un marco de orientación y protección, en beneficio de sus miembros más débiles y para prevenir situaciones de abandono, violencia o maltrato. Por lo cual, en pacientes VIH, siempre se intenta tomar contacto y trabajar con la familia o con aquellas personas significativas para la paciente.

En el transcurso de los últimos años, investigaciones y estudios epidemiológicos muestran que, al contrario de lo que pre-conceptualmente se suponía, son las mujeres en relaciones conyugales las que están siendo más afectadas por la infección.²⁰

En consonancia con esto, una de las profesionales entrevistadas refiere que en Mar del Plata la infección no se da solo en clases sociales bajas ni en grupos de riesgo, sino que también se da en parejas estables, en un porcentaje amplio es en parejas heterosexuales. En este momento hay un alto contagio de la población Trans, quienes en su mayoría se dedican a la prostitución; tienen relaciones con hombres que tienen una pareja estable y familia, que seguro ignora esa situación, por lo cual, en la actualidad no se debería hablar de grupos de riesgo, sino de conductas y situaciones de riesgo que exponen a la población en general a la infección.

Por otro lado, teniendo en cuenta que el VIH es una afección crónica, se considera fundamental el rol que ocupa la familia (se incluyen aquí amigos, personas significativas de la persona, vecinos, etc.) en el acompañamiento de esta enfermedad, ya que se ha observado que los niños que viven con VIH tienen una buena adherencia en aquellos casos en que las mamás son más activas y han contado su diagnóstico, no lo ocultan, hablan sobre las responsabilidades, a diferencia de otras familias que no lo hablan, lo ocultan, lo viven con mucha culpa, entonces esos niños no han podido clarificar y tener conciencia de su enfermedad y esto se ve reflejado en las dificultades para la adherencia al tratamiento.

²⁰ Gerlero, 2001

El ser humano se incluye en muchos sistemas, pero sin duda el más consecuente, duradero e importante es la familia, por sus funciones de crianza y educación. Como dice Carlos Eroles (2001), la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso, asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre.

Vida cotidiana

La cotidianidad es, ante todo, la organización día tras día, de la vida individual de los hombres; la reiteración de sus acciones vitales se fija en la repetición de cada día, en la distribución diaria del tiempo. La cotidianidad es la división del tiempo y del ritmo en que se desenvuelve la historia individual de cada cual. La vida cotidiana tiene su propia experiencia, su propia sabiduría, su horizonte propio, sus previsiones, sus repeticiones y también sus excepciones, sus días comunes y festivos (Kosic.K.; 1967 p. 92).

En la cotidianidad, señala Kosic, “la actividad y el modo de vivir no son examinados ni se manifiestan, son simplemente y se aceptan como un inventario, como parte de un todo conocido”.

En ella, el individuo se crea relaciones sobre la base de su propia experiencia, de su propia posibilidad y actividad y, por ello considera esta realidad como su propio mundo.

Agnes Heller, define a la vida cotidiana “como el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez crean la posibilidad de la reproducción social” (Heller. A.; 1977 p.19).

Todo hombre al nacer se encuentra en un mundo ya existente, independiente de él. El mundo se le presenta ya constituido, en este mundo para adquirir su particularidad, debe ir apropiándose de capacidades manipuladoras y orientadoras, debe aprender a usar las cosas, lo que se evidencia en la cotidianidad, reproducir las enseñanzas de la familia, escuela, sociedad y transmitir las a generaciones futuras.

En el caso del VIH, la enfermedad implica un quiebre en la vida cotidiana y la biografía de las personas afectadas, cuestionando la "actitud natural" con la que se desenvuelven y viven en el mundo y exigiendo la construcción de un nuevo orden de cosas, una nueva cotidianeidad significativa (Alves; Rabelo; Souza, 1999).

En este marco, y para analizar los cambios en la vida cotidiana a partir del diagnóstico de VIH, son interesantes los aportes de Janine Pierret (2000) desde la sociología de la enfermedad crónica. Al estudiar los problemas de las personas enfermas en la gestión de su cotidianeidad, afirma que las enfermedades crónicas se confunden con la vida misma. En este sentido, propone reemplazar el modelo tradicional de síntoma- diagnóstico- tratamiento- cura por un esquema abierto e incierto; ya que no se trata de curar sino de gestionar una enfermedad que repercute en las diversas esferas de la vida social por un lapso de tiempo indeterminado. Así, el VIH/SIDA no es un episodio puntual en la vida de una persona, sino un proceso situado en una trama de relaciones que se construye y reconstruye histórica y socialmente.

Hay una ruptura entre un antes y un después de la enfermedad en las trayectorias de vida de las mujeres, más aun en los casos que llevan adelante un embarazo no planificado y cuando el resultado positivo es totalmente inesperado. Así, aparecen nuevos sentimientos, asociados al odio, culpa, desconfianza y negación de la enfermedad.

La confirmación del diagnóstico aparece, como una situación que redefine sus vidas, ya que altera la cotidianeidad de la persona, por este motivo la importancia de propiciar políticas de testeo voluntarios.

En este sentido, los períodos asintomáticos y la posterior irrupción de la enfermedad, la construcción social del carácter terminal del SIDA, y la especificidad dada por su transmisibilidad que interpela las relaciones de los sujetos con su entorno social permiten comprender las formas en que cada mujer reordena la gestión de su vida cotidiana. Pierret (2000) plantea, en este sentido, tres tipos de problema: el de los síntomas, las tensiones de su todavía

construcción como enfermedad mortal, y las relaciones del individuo con su entorno.

A diferencia de otras enfermedades, la ausencia de síntomas durante años en algunos casos refuerza la negación de la enfermedad y del inicio del tratamiento.

Asimismo, una vez confirmado el diagnóstico algunas mujeres interrumpen los controles o la toma de medicación. En cambio, ante la posibilidad de transmisión vertical, mayormente cumplen el tratamiento sin referir molestias por la ingesta de medicación; lo anterior podría leerse a la luz de los resultados que se obtienen: en estos casos el tratamiento tiene altas probabilidades de evitar la transmisión al bebé, en cambio no observan en ellas modificaciones concretas e inmediatas. Así, se suma el hecho de tener que cuidar un cuerpo sin síntomas, la asociación de la ingesta de medicamentos con el recuerdo de la enfermedad. La medicación, los controles de salud y el preservativo aparecen como representantes del VIH y, en consecuencia, son evitados por algunas personas; además que la cantidad de comprimidos y tomas que se prescriben obligan a organizar la jornada en torno a la enfermedad y su tratamiento. El VIH/SIDA está asociado desde el discurso social a un castigo o “maldición” y al anuncio de una muerte próxima. Esto está relacionado con el concepto de representación social; éstas designan una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente. De manera más amplia, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión, y el dominio del ambiente social, material e ideal (Denise Jodelet). En el caso del VIH/SIDA, las representaciones sociales aun lo asocian a la muerte, la promiscuidad sexual y la potencial peligrosidad del portador. Este discurso construido en torno al temor del otro, a partir de considerar el cuerpo como contaminado y también contaminante, hace que las personas que viven con VIH sean y/o se sientan estigmatizadas. La problemática del estigma adquiere

diferentes características en cada etapa de la enfermedad: de riesgo (pre estigma e inquietud); diagnóstica (confrontación con una identidad alterada); latente (vivir entre enfermedad y muerte); manifiesta (paso a la muerte social y física). En esta perspectiva el estigma no es estático sino el resultado de una lucha de los individuos por renegociar y redefinir su vida en cada momento de la enfermedad.

En este sentido las diferentes modalidades de gestión del estigma inciden en la redefinición de la biografía y del sí mismo en función de la búsqueda de sentidos a su padecimiento. Hay mujeres que refieren “merecer la enfermedad” o contraer el VIH como “castigo”; manifiestan prejuicios sobre ser “buena mujer”, sintiendo que no merecían adquirir el virus por haber vivido para la familia. O lo asocian a problemas vividos en su infancia, percibiéndolo como un castigo más. Algunas plantean como un hecho injusto haberse infectado: después de haber pasado varios años de su vida con un solo hombre; o haber hecho sacrificios por su pareja. De lo anterior, se desprende la connotación moral que adquiere el SIDA en las personas afectadas.

Aparece el tema de la discriminación, temor a ser discriminadas o que sus hijos lo sean, o como actos concretos de discriminación sufridos en distintos ámbitos. La discriminación implica tratar a alguien de manera diferente e injusta, parcial o prejuiciada, muchas veces sobre la base de su pertenencia, y puede percibirse como resultado final del proceso de estigmatización. Consiste en acciones u omisiones que se derivan del estigma y están dirigidas a aquellos individuos que son estigmatizados. La discriminación puede ocurrir a diferentes niveles; dentro de la familia, del entorno comunitario, por ejemplo cuando no se le permite utilizar los mismos utensilios que usan los demás miembros de la familia a la persona que vive con VIH, o rechaza a estas personas al no permitirles la entrada o la membrecía a un grupo, o por no desear asociarse con ellas. También puede ocurrir dentro de un entorno institucional, cuando las personas con VIH son segregadas de otros pacientes en una institución de salud o se les niega el acceso

a los servicios de atención a la salud o al seguro médico debido a que viven con VIH.²¹

Desde este marco, se entienden las dificultades para comunicar la enfermedad o la decisión de mantenerla en secreto y las implicaciones que tiene el conocimiento de la condición serológica. En esta misma línea una de las profesionales plantea que es necesario reconstruir los lazos sociales, que están quebrantados, hay mucho prejuicio, ya que es una enfermedad de transmisión sexual y la sexualidad sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad, aunque se habla mucho más que hace unos años pero sigue estando el tabú. Además es una epidemia silenciosa, como la gente no puede, no quiere, o tiene miedo a ser excluido, no dice que tiene VIH, entonces hay mucha gente que vive con el virus y nadie lo sabe o pocas personas lo saben.

Maternidad

Al interior de los sectores populares existe una gran heterogeneidad, con lo cual deberíamos hablar de “maternidades” y no de maternidad.

Es importante desnaturalizar el concepto de una maternidad basada en el instinto, considerada como algo nato y dado en la mujer para entender que la maternidad es cultural, se construye contextualmente, a lo largo de la historia, a través de las luchas por la imposición de un sentido legítimo de ser madre. Por ende, deben analizarse con sentido crítico las teorías que históricamente han postulado como generales o universales las normas de lo que debe ser una buena madre diseñada de acuerdo a los patrones de la familia occidental, moderna y de clase media.

El significado social de la maternidad adquiere diferentes características según la clase social y las diferentes culturas. El mandato cultural dominante de “ser madre” recae sobre toda mujer sin importar clase social (Mancini, 2004). Si bien, en nuestra cultura occidental, la maternidad es el principal organizador de la vida de la mujer, las pautas que cada sociedad transmite en cuanto al momento

²¹ Fundación Huésped, Red de personas Viviendo Con VIH “Índice de Estigma en Personas que viven con VIH en Argentina, 2011.

para ser madre o al número de hijos, varían de acuerdo a los diferentes estratos socioculturales. La maternidad es percibida socialmente en los sectores populares como un valor positivo donde “(...) se potencia la valorización de la maternidad como principal proyecto de vida y símbolo de la identidad femenina” (Mancini y Wang, 2003; 236). En estos estratos, la maternidad temprana es culturalmente más aceptada, así como la cantidad de hijos por mujer suele ser bastante más elevada que en los sectores medios.

En los sectores populares se liga directamente a la mujer con el ser madre; el ser madre otorga identidad como mujer. La figura de la madre acarrea prestigio y valoración social a las mujeres. Se sienten un individuo completo en tanto madres, pues su hijo es su alegría y su justificación. A través de él termina de realizarse socialmente.

Nancy Chodorow realiza un análisis acerca del ejercicio de la maternidad, refiriendo que el rol maternal ha ganado significación desde lo psicológico y lo ideológico, habiéndose convertido en el principal definidor de la vida de la mujer. La mujer desea y se gratifica con el ejercicio maternal a pesar de los conflictos y contradicciones que le puede acarrear, y es precisamente el rol maternal y no la maternidad biológica lo que produce efectos más profundos en la vida de la mujer. Las mujeres de sectores populares urbanos verbalizan que, además de dar sentido a sus vidas, la maternidad las reivindica frente a la comunidad, les permite ejercer un control sobre los hijos.²²

Esta postura es coherente con la perspectiva histórica del abordaje de la salud de la mujer fundada en el énfasis de lo materno-infantil, invisibilizando una vez más a la mujer detrás de la preocupación central de la salud de los niños. El vivir con VIH condiciona las decisiones sobre la maternidad, se reconocen e identifican modificaciones y límites en torno a los proyectos y posibilidades de tener hijos. Así, se configura el cuerpo de la mujer en un objeto doblemente negativo, como “agente de la infección” o como “vacío de sentido” (Gerlero, 2001)

²² Marcus, Juliana “Ser madre en los Sectores Populares: Una aproximación al Sentido que las Mujeres le otorgan a la maternidad”

La probabilidad de transmisión vertical del virus supone una serie de tensiones que ponen a la mujer ante procesos de incertidumbre y dolor al señalarla como responsable de la afección del niño. Si bien existen avances médicos y tratamientos específicos, las indicaciones profesionales se orientan a desestimar la posibilidad de tener un hijo, reproduciendo mensajes de culpabilización. Generalmente a las mamás se les dice su diagnóstico en el embarazo, lo cual reconfigura la experiencia de la maternidad ya que en el momento más importante de sus vidas, empiezan a aparecer cuestionamientos e interrogantes; el no saber cómo va a nacer su hijo, si tener VIH le va a causar algún problema, los prejuicios, la decisión de compartirlo o no con la familia, generando sentimientos de angustia, tensión e incertidumbre ante la posibilidad de transmitir la infección a sus hijos.

En tanto las expectativas sociales se construyen en torno a que las mujeres seropositivas no tengan hijos, las mismas se confrontan a una situación paradójica para su identidad femenina. El mandato social de la realización femenina a través de la maternidad, en las mujeres que viven con VIH, puede ser significado de manera inversa. Siguiendo a la misma autora, mientras que en el padecimiento de otras enfermedades la mujer que arriesga la vida para tener un hijo llega a ser visualizada como una heroína, en el caso de las mujeres que viven con VIH, la madre suele ser ubicada como la “culpable” de la enfermedad en el hijo. La vinculación de la maternidad y la infección produce y reproduce valoraciones discriminatorias y procesos de censura hacia aquellas que apelan a la experiencia de la procreación.

Desde los mismos profesionales se siguen sosteniendo discursos muy conservadores y que no contribuyen al cuidado de la salud. Algunos profesionales siguen proponiendo la abstinencia como método anticonceptivo, entonces lo más probable es que las personas mantengan relaciones sin cuidarse, desde la culpa, desde el tabú, desde lo prohibido, cuando en realidad se debe trabajar desde la prevención para que la gente se cuide en un marco de legalidad y de realidad social, porque con cuidado y usando preservativo, mejorando la comunicación, se

previene el VIH y otras situaciones, como la violencia sexual, otras ITS; es con educación, formación y acompañamiento, en la legalidad, no en la ilegalidad.

Una de las profesionales planteó en las entrevistas que ha tenido conflictos con los médicos, ya que a veces estos no aprobaban la decisión de las mujeres de ser madre teniendo VIH, pero ella considera que eso se vuelve en contra, porque si la persona tiene la idea, lo va a hacer igual, y muchas veces como algunos médicos las retan, quedan embarazadas en las peores condiciones porque no vuelven, quedan sin tratamiento, las cargas virales altas, por lo cual es necesario acompañar desde un lugar ético a las personas que tienen libre albedrío y si quedan embarazadas que sea en las mejores condiciones posibles.

Actualmente, a partir del método llamado PCR, que apenas el bebé nace mide si los anticuerpos de VIH son de la madre o del bebe, reduce la angustia de las madres, aunque tienen que esperar hasta los 18 meses para un alta definitiva.

Capítulo IV

Intervención en el Campo de la Salud

A large, stylized red ribbon graphic is positioned behind the text. The ribbon is thick and has a slightly textured, hand-drawn appearance. It forms a large, open loop that encircles the text, with the ends of the ribbon extending downwards and outwards.

La intervención en el campo de la salud.

La intervención aparece como el lugar de formulación de nuevas preguntas, como lugar que hace ver y que genera instancias de interpelación. La intervención construye formas de relación entre lo macrosocial y lo micro. Crea espacios de encuentro, de diálogo entre los diferentes campos de saber que en escenarios turbulentos, cambiantes, tratan de generar acciones de asistencia. Recuperando prácticas a veces olvidadas, tales como lo grupal.

Pero, esto también implica la necesidad de interrogarse acerca de los nuevos padecimientos sociales, analizando las diferentes instancias de relación entre los distintos campos de saber, la implicancia de los mismos y la necesidad de repensar los modelos de asistencia desde una perspectiva integral que abarque a todo el sistema de salud.

El VIH/SIDA abarca múltiples cuestiones, entre las que cabe mencionar su impacto desde el punto de vista epidemiológico; el creciente estigma y discriminación hacia los afectados; las dificultades de su prevención, tratamiento, e inexistencia de una vacuna efectiva; las políticas de la industria farmacéutica, protegidos por la expansión del neoliberalismo; la crisis en los sistemas de salud y seguridad social; la precarización de las condiciones de vida de vastas poblaciones; las implicaciones políticas a nivel de los países, y en las relaciones internacionales. Estos factores conllevan a afirmar el VIH/SIDA como un fenómeno complejo, por lo que es indispensable emplear un enfoque de trabajo interdisciplinario.

En este sentido, el VIH/SIDA no es sólo un problema de salud, es un problema social que impacta sobre todos los aspectos de la vida del individuo y que requiere de un abordaje integral.²³

²³ Fundación Huésped, “Guía de derechos Humanos y Sida”

Equipo de Salud

En las instituciones de salud del Partido General Pueyrredón se conforman equipos para intervenir sobre esta problemática. El equipo de salud es definido por la OMS en 1973 como “una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”

Para que un equipo o grupo sea eficiente, los miembros del mismo deben contar con un ambiente de apoyo, claridad de funciones, metas superiores, un adecuado liderazgo, ambiente propicio basado en un clima de organización, confianza y compatibilidad, sus miembros deben conocer y comprender los roles o funciones de aquellos con los que están trabajando. Debe existir una organización del trabajo que implique que éste se realice conjunta y coordinadamente, dirigido al logro de objetivos que implique el sentimiento de pertenencia y de apropiación del trabajo.

El equipo puede intervenir de distintas formas:

Multidisciplina: “La multidisciplinareidad o pluridisciplinareidad según González, P. (2003) supone un conjunto de disciplinas estudiando diferentes aspectos de un mismo objeto y /o cooperando en su abordaje desde cada una de ellas. No están ligadas a ninguna modificación de sus estructuras teóricas”.

Interdisciplina: Kisnerman, N (1998) “...la interdisciplinariedad articula dos o más disciplinas a un equipo de trabajo, con códigos y metodología compartida. En algunos casos, llegan a fundirse y configurar un nuevo objeto teórico”. La interdisciplina surge ante la demanda social, como repuesta a los problemas cada vez más complejos y no de las disciplinas dadas. Denise Najmanovich plantea que “la interdisciplina es diálogo entre diferentes, manteniendo y disfrutando el poder creativo de la diferencia, enriqueciéndonos con ellas”. Implica el enriquecimiento en el intercambio, para ello, ante todo, se debe reconocer el agujero, la falta estructural de la propia disciplina. Implica articulación de igualdades y diferencias;

la pérdida de lo uno para la puesta en marcha del no todo. Tiene que ver con la habilidad de conversar y para ello, debemos partir del reconocimiento de otros saberes. La interdisciplina no une, sino reúne.

Transdisciplina: Kisnerman, N (1998) dice: “Es quizá la modalidad de abordaje más adecuada pero también más difícil de lograr por cuanto supone trascender los límites de las disciplinas logrando con el equipo profesional un marco referencial común, un mismo modo de interpretación y de acción pudiendo complementarse y hasta sustituirse entre los participantes de las ciencias sociales intervinientes.”.

Esto obliga a los sistemas de atención a construir una nueva cultura, en la que el proceso salud-enfermedad-atención sea considerado dinámico y dialéctico; donde la biología es solo una parte de éste. Para ello, es necesario el trabajo interdisciplinario que permita una visión integral del mismo, sin olvidar que el eje central de estos modelos son las personas. Esto implica cambios en las prácticas relacionadas con la salud que conduzcan a la formación de nuevos sujetos sociales. La comprensión del proceso salud-enfermedad-atención solo puede lograrse desde la mirada del equipo como totalidad hacia el hombre o la comunidad.

Los profesionales entrevistados han planteado que en el equipo de trabajo se dan interconsultas permanentes entre las distintas especialidades, pero no hay un espacio ni horario fijo de reunión, sino que se lleva adelante mediante encuentros informales. Solo se reúnen en casos muy complejos.

Esto se evidencia como un obstáculo dentro del Equipo ya que una disciplina no logra “entender” qué es lo que hace la otra, generándose diferentes expectativas que surgen de desiguales concepciones acerca del sentido de lo que se está haciendo.

Las relaciones que se plantean entre diferentes campos de saber se tornan complejas y heterogéneas, tanto desde la propia identidad del campo como de las expectativas que cada disciplina construye en el imaginario de las otras.²⁴

Atención de VIH

En relación al Derecho a la Salud y específicamente relacionadas al VIH, existen una serie de reglamentaciones que todo profesional debe tener en cuenta al momento de la intervención.

- Ley Nacional de SIDA (23798)
- Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud (25629)
- Ley de Protección Integral a las Mujeres (26485)
- Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y adolescentes (26061)
- Ley de Ofrecimiento de Test de VIH a toda mujer embarazada (25543)
- Ley de Prestaciones Obligatorias de las Obras Sociales (24445)
- Ley de Prestaciones Obligatorias de Tratamiento para Prepagas (24754)
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25673)

De la Ley Nacional de SIDA se desprenden una serie de principios básicos que deben tenerse presentes cuando se trabajen temáticas relacionadas con el VIH/SIDA en distintos ámbitos: el hogar, la escuela, las instituciones comunitarias, el sistema de salud, los medios de comunicación, etcétera.

Estos principios son:

- Consentimiento informado
- Confidencialidad
- Veracidad
- No discriminación

²⁴ Carballada, Alfredo Juan M, "Escuchar las Prácticas. La Supervisión como Proceso de análisis de la Intervención en lo Social".

- Acceso a la atención de la salud

Consentimiento informado

Es una de las reglas éticas que integran la responsabilidad profesional y que todo el equipo de salud debe cumplir. Deriva de la aplicación conjunta de los principios de dignidad, respeto por la autonomía y confianza básica existente en toda relación entre personas. Es un procedimiento que se desarrolla durante toda la relación entre el equipo de salud y el paciente, y está basado en el diálogo y el respeto mutuo.

Información y consentimiento son los dos componentes del “consentimiento informado”. En este proceso el equipo de salud brinda la información al paciente sobre su diagnóstico, los riesgos y beneficios que puede tener y qué tratamiento o alternativas terapéuticas existen. El consentimiento es una decisión libre que da el paciente y supone su comprensión sobre su situación de salud.

El consentimiento informado se realiza con una autorización escrita por parte del paciente en los casos en que lo exige la ley. En el caso del análisis de VIH, el paciente debe firmar dicha autorización antes de la extracción de sangre.

El Consentimiento informado tiene las siguientes excepciones:

- Cuando un paciente está en situación de urgencia y el tiempo que demandaría darle la información y obtener su consentimiento le provocaría un daño grave.
- Cuando un paciente está grave, en estado de inconsciencia y no hay familiares ni allegados para representarlo.
- Cuando un paciente dio su consentimiento para realizarse una intervención médica pero durante la misma los profesionales evalúan que es necesario realizar una intervención diferente de la prevista.

Confidencialidad

Es la obligación de guardar o no revelar información obtenida en una relación de confianza. Se trata de la obligación de guardar secreto, de callar y no difundir, de ninguna forma, datos de carácter confidencial. Es parte del derecho a la privacidad del que gozan todas las personas.

En el caso del VIH/SIDA, la ley indica expresamente que la obligación de guardar secreto alcanza a todos los miembros del equipo de salud y a todos los que sepan que una persona vive con el virus.

El principio de confidencialidad tiene excepciones, ya que de ser necesario el diagnóstico se puede revelar a las siguientes personas:

- A la persona afectada y su representante.
- A otro profesional de salud.
- A los entes del Sistema Nacional de Sangre.
- A los jueces.
- A futuros adoptantes de una niña o un niño.

Asimismo, de acuerdo con lo que dice la ley, también puede revelarse el diagnóstico de una persona para “prevenir un mal mayor”.

Veracidad

Es la obligación de decir la verdad y no mentir o engañar en cuanto a la información sobre el estado de salud de una persona. Es importante recordar que para poder recibir tal información es necesario contar con la contención adecuada. El equipo de salud debe tener en cuenta: *¿Qué decir?, ¿cuánto decir?, ¿cómo decirlo?, ¿cuándo decirlo?*, sin que ello suponga un ocultamiento o disminución de la verdad.

El principio de veracidad tiene una excepción, conocida como “*privilegio terapéutico*”. Es cuando al no decir toda la verdad se beneficia al paciente, ya sea porque no está en condiciones de comprender la verdad o de querer saberla (mentira piadosa, altruista o benevolente).

No discriminación

Algunas nociones del término discriminación son: separación; distinción; diferenciación. La discriminación debe tomarse desde un lugar de cuidado, no de exclusión. Si bien “*todos somos iguales ante la ley*”, se trata de reconocer y respetar las diferencias personales para poder implementar medidas que superen las desigualdades sociales, hasta tanto desaparezcan las condiciones que impiden la plena vigencia de la igualdad jurídica.

En este marco, la discriminación consiste en la diversidad de tratamiento en cuanto a los derechos que se dan a un determinado grupo, en este caso a las personas que viven con VIH/SIDA.

En la Argentina la ley Antidiscriminación prohíbe expresamente cualquier forma de discriminación, quedando de este modo incluida cualquier práctica de exclusión arbitraria para personas viviendo con VIH/SIDA.

Acceso a la atención de la salud

Acceder a la atención de la salud es indispensable para conservar la buena salud y, en algunos casos, para conservar la vida de una persona. En la Argentina el acceso a la atención sanitaria está garantizado para toda la población que vive en todo el territorio nacional. Forma parte de la Constitución Nacional y de los Pactos Internacionales que esta incluye a partir de la reforma de 1994.

Además, la Ley Nacional de SIDA obliga a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga a brindar tratamiento médico, farmacológico y psicológico a todas las personas que viven con VIH/SIDA. Para aquellas personas que no tienen ni obra social ni cobertura privada es el Estado, a través de los

hospitales públicos, quien brinda la atención necesaria como así también la provisión de los medicamentos.²⁵

Por último, cabe destacar que existen dos tipos de pensiones por VIH; la Provincial, que consiste en \$330 y cobertura de IOMA y la Nacional, por medio de la cual se perciben \$1400 al mes y la Obra Social es PROFE.

En el Partido de General Pueyrredón las instituciones a nivel provincial, tales como el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) y el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) y las de nivel municipal, representadas por los Centros de Salud y por el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA) abordan la problemática de VIH trabajando interinstitucionalmente, creando un circuito donde se busca contener a la persona desde el Primer Nivel de Atención. Para esto la red asistencial se organiza de modo de establecer formas claras de información, retroalimentación y coordinación, que mantenga actualizada la información sobre personas y familias que hayan recibido atención en algún punto de la red, distinto al Centro de Salud primario. A su vez, el Centro de Salud proporcionará al resto de la red toda la información necesaria para mejorar las respuestas a las necesidades de salud de los sujetos. En caso de algún incumplimiento por parte de las Obras Sociales en cuanto al tratamiento del VIH/SIDA, la Zona Sanitaria VIII suplanta a la Obra Social por un período de hasta tres meses.

Rovere plantea el concepto de red como el lenguaje de los vínculos ya que en éstas siempre se conectan o vinculan personas. Parte de la lógica de asumir la heterogeneidad y permite pensar heterogeneidades organizadas. En esta lógica, la red no es solo una estructura para vincularse con el afuera, sino también para establecer nuevas formas vinculares en el adentro, pueden ser mecanismos de redes inter e intra institucionales.

En el 2002 los voluntarios de “La Red” empiezan a trabajar haciendo conserjería de personas viviendo con VIH en el HIGA, luego empiezan a tener

²⁵ Fundación Huésped, “Guía de derechos Humanos y Sida”.

consultorios en el HIEMI y también forman parte del Equipo de Salud del Centro N° 1. Una vez que la persona se entera de su diagnóstico, se la aconseja a través de una metodología de abordaje basada en la consejería, la cual sirve para acompañar a la persona en el proceso de aceptación de la enfermedad y también facilitarle los recursos que hay disponibles en la ciudad. Este abordaje busca hacer una derivación, y controlarla, que sea efectiva y de esta manera comenzar a construir una red de apoyo que no solamente quede en La Red sino que articule con todas las instituciones de salud.

A partir de la ley 25543 se hace obligatorio el ofrecimiento del test de VIH a toda mujer embarazada en los circuitos públicos, de seguridad social y medicina prepaga del país.

Los Centros de Salud del Partido de General Pueyrredón, son la vía de acceso al sistema de salud.

En la primer consulta se hace una ecografía y análisis completo, dentro de los cuales está el VDRL, VIH, requiriendo el consentimiento expreso y previamente informado de la mujer embarazada para realizar el test diagnóstico; también se hace un control odontológico y PAP.

Luego, la médica u obstetra deriva a la mujer a Servicio Social, donde se abre una ficha para conocer más a la paciente y se hace seguimiento en caso de que sea necesario.

Desde el Centro de Salud se asesora sobre la infección y se trabaja para que toda la familia se realice el estudio.

Si el análisis es positivo la médica del Centro de Salud es quien informa y hace la derivación correspondiente. La paciente pasa al sector de infectología del CEMA para realizar el estudio confirmatorio.

En el HIEMI se trabaja a partir de un proyecto interno, que se basa en los principios rectores que emanan de la Ley Nacional de VIH/SIDA; está planteado desde el Servicio Social y tiene como objetivo general prevenir la transmisión

vertical del VIH de madres a hijos. Desde el inicio de la intervención se visualiza el trabajo en equipo; con el acompañamiento de obstetricia, el profesional encargado de las muestras de laboratorio y los reactivos para VIH; desde Salud Mental se trabaja a partir de la demanda de la paciente o en aquellas situaciones en las que el equipo interviniente lo considere pertinente, pediatría hace el seguimiento de los niños desde su nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses de vida, momento en el cual se realiza un ELISA; si éste es negativo, el niño es derivado para control a la sala, y si es positivo, continua en tratamiento en el Hospital y se realiza seguimiento del caso desde el Servicio Social. En el equipo también hay una terapeuta ocupacional, ya que muchos de los bebés por el consumo de medicación de las madres durante el embarazo nacen con algún tipo de hipertensión, por lo cual, por lo general hasta los 6 o 7 meses siempre son derivados a terapia ocupacional.

Las vías de ingreso a la atención obstétrica en el HIEMI son tres:

- Pacientes con diagnósticos de VIH, que al quedar embarazadas el infectólogo deriva al HIEMI.
- La sala detecta el VIH, deriva al infectólogo y luego llega al HIEMI.
- Madres que por algún motivo no han controlado su embarazo y llegan por la guardia de admisión de partos, (sea por una infección urinaria o por algún problema de salud) quedan internadas y allí, por medio del testeo de control de embarazo se detecta el positivo. En este caso es el Servicio Social quien deriva al infectólogo y ya directamente si era un embarazo a término se le planifica la cesárea y si todavía es un embarazo que tiene gestación en curso, se lo deriva para que se siga atendiendo en los consultorios externos.

En el caso de detectarse el VIH en el HIEMI, el primer contacto de la paciente es con la infectóloga del Hospital, donde se busca decidir con la mujer, cuáles de los servicios infectológicos le queda más próximo, más adecuado, y en función de eso se la deriva. Por lo general se deriva al CEMA, pero por ejemplo si hay una madre que se atiende por alguna otra patología en el Regional, se trata

allí, así la persona adulta tiene una institución de referencia donde concentre la atención de su salud, ya que implicaría un desgaste sostener tratamientos en términos de mucha diversidad institucional.

Desde el primer test positivo, se trabaja con la mujer para que inicie con las medidas de profilaxis, que son: el control infectológico de la mamá, la medicación infectológica durante el embarazo, la planificación de la cesárea para evitar que corra fluidos vaginales en el canal de parto, la inhibición de la lactancia, ya que los fluidos de la leche materna son una de las principales vías de contagio, y la toma de mediación del bebé durante las primeras seis semanas.

Se hace un seguimiento de los niños hasta los 18 meses. Durante el primer año de vida se hacen tres laboratorios que se llaman PCR por VIH. La primera muestra es a los 45 días de vida y la segunda luego del tercer mes.

La PCR va midiendo lo residual que puede haber de la carga viral de la mamá en el bebé, y el ELISA es el análisis que se le hace a la persona adulta para ver concretamente en sangre si hay presencia o no del virus en el niño.

Si las PCR son negativas, entre los 12 y 18 meses la pediatra pide un ELISA, si este último resulta negativo, se deriva a la sala para seguir con los controles pediátricos.

Se confirma un caso como VIH positivo cuando han retornado al menos dos pruebas de PCR positivas con al menos un mes de separación. En caso de que la primer PCR tomada antes de las 48-72 horas de vida resulte no reactiva y la segunda, tomada después de la semana de vida, resulta reactiva, con la confirmación de la tercer muestra, significaría que la infección se adquirió durante el parto o muy cercano a él.

Una vez que el niño es dado de alta, desde el Hospital se articula con el Centro de Salud para que el bebé continúe los controles pediátricos en la sala.

Trabajo social y VIH

El trabajador social desde su especificidad se inserta en diferentes campos en los que se desempeña profesionalmente. Su misión es intervenir en situaciones que configuran una problemática social tomando como marco axiológico: Los

principios y Postulados Éticos, con el eje en los Derechos Humanos ²⁶ y la autonomía de las personas, promoviendo la participación activa, valorizando las significaciones que le otorgan a su vida diaria, como dice Travi, B. (2002):”...los objetivos rectores del ejercicio profesional se basan en una concepción de la persona como sujeto de derecho y apuntan fundamentalmente a su protagonismo y participación activa en la resolución de sus problemas”

Se adhiere al planteo de Brulc, Ana (1996) al referirse al rol del trabajador social hospitalario, quien señala que trabaja con los pacientes y sus familias conteniéndolos en el proceso de internación, facilitando la activación de su red vincular intra y extra hospitalaria, favoreciendo la integración del enfermo y los grupos familiares a la institución, creando situaciones que posibiliten la comunicación, cooperación, respeto por el otro, participación, normas sociales de convivencia y ocupación del tiempo libre. Paralelamente es importante investigar la incidencia de lo socio-económico-cultural en el origen de la enfermedad.

Para llevar adelante una intervención, Carballeda propone el concepto “escenario de intervención”, que incluye, por un lado, las diferentes expresiones de las representaciones sociales que se tienen de la situación que se está exteriorizando en el escenario de la intervención. Sumadas a la forma de presentación de éstas, tanto desde el sujeto que demanda intervención, como desde la institución misma, las políticas de intervención, la “cultura de presentación”, (tanto del sujeto como de quienes intervienen) y la “presentación institucional” (se entiende por esta a las formas en que las instituciones, prácticas, profesiones se visualizan así mismas y son percibidas desde la sociedad).

Por otro lado, forman parte de la escena, como elementos escénicos, las posibilidades de resolución del problema, que se presentan como producto de una trama de diferentes inscripciones relacionadas con distintas formas de

²⁶ Para la Declaración de la ONU de 1948, los Derechos Humanos son aquellas, libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

intervención ya realizadas y esperadas, tanto por el sujeto como para las instituciones. También forma parte de ésta los objetos mobiliario, arquitectura, diseño; se trate de un consultorio, una vivienda o un espacio barrial.

Es sustancial tanto la concepción como la postura que adopte el profesional para su intervención, ya que está orientada a transformar las situaciones problemáticas. Para ello, es necesario conocer lo que se quiere transformar. Travi, B. (2006) lo enuncia del siguiente modo "...la inseparable relación entre Conocer-Comprender-Intervenir-Transformar", lo cual incidirá en la manera en que el profesional se apropie del objeto de intervención, y en el tipo de categorías de análisis que se construyen para abordarlo.

El abordaje desde la singularidad supone ampliar la intervención profesional tradicional; con el entrecruzamiento de lo material, lo simbólico y lo imaginario. Se articulan el acceso de la población a los recursos (información, medicamentos, alimentos, análisis), con la posibilidad del saber sobre ella misma (explicitando miedos, historias singulares, mitos) y el poder de decisión (no imponer un "deber ser" sino proteger las conductas elegidas por cada uno). De este modo, la práctica profesional no se limita a la gestión del recurso sino que accede al campo de lo imaginario y lo simbólico.

Así mismo, cabe destacar la importancia de realizar un abordaje integral que articule prevención y asistencia; y no fragmente las prácticas por niveles de intervención. Y, fundamentalmente, concebir la investigación y la intervención como componentes inseparables e ineludibles de toda práctica profesional.

Desde el Servicio Social se interviene fundamentalmente sobre todas estas cuestiones que dificultan la adherencia al tratamiento, entendiendo a ésta como el sostenimiento sistemático y permanente del tratamiento construido.

La adherencia al tratamiento depende de múltiples factores y condicionantes, por lo cual el profesional de la salud debe identificarlos y trabajar sobre aquellas situaciones que obstaculizan sostener el tratamiento; está relacionado a cuestiones objetivas, tales como la gestión de turnos, que se

entregue la medicación en forma periódica, la accesibilidad a la institución, como también aspectos subjetivos; el vínculo con el equipo, la cotidianeidad de cada sujeto; es diferente la intervención cuando se trabaja con una persona sin red de contención, sin empleo, viviendo en situación de calle, de alta vulnerabilidad a personas contenidas por su familia, con trabajo, con embarazos planificados, con obra social. Esto plantea un problema social complejo, porque son múltiples aspectos a trabajar con la persona y con su entorno, por lo cual, desde el Servicio Social se busca ser un facilitador en el acceso y sostenimiento del tratamiento.

El Servicio Social toma contacto con las madres con VIH mediante una entrevista para conocer a la paciente, generar un vínculo, conocer su situación, su serología, diagnóstico y su recorrido institucional. Se trata de acompañar, si es necesario trabajar cuestiones relacionadas al diagnóstico (angustia, ansiedad, miedos, etc.) se pide interconsulta con salud mental. Se intenta trabajar con vínculos de referencia, sobre todo con la pareja porque para el Equipo es fundamental, (ya sea que la pareja sea negativa, positiva o no se haya testado) trabajar con ellos. Si es negativa para preservarlo de éste embarazo en adelante, a que siga siendo negativo, si es positivo para comprometerlo con el tratamiento por los riesgos a los que se expone la salud del bebé, por las patologías asociadas al VIH y, si no sabe, hay que trabajar el miedo, la incertidumbre y afrontar la situación de que es importante develar su propio diagnóstico como pareja y como padre.

Para intervenir es necesario comprender que los cambios y transformaciones son lentos y dificultosos, esto es un proceso y tiene distintos momentos; hay pacientes que deciden compartir su diagnóstico con toda su familia y luego se arrepienten, hay personas que no lo cuentan. Por estas razones, de los integrantes de la familia, se trabaja solo con aquellos miembros a los que la paciente haya blanqueado su diagnóstico. En caso de ser una paciente mayor de 16 años, por lo general el infectólogo lo trabaja con la paciente para generar un espacio en el que pueda plantearse a sus padres. Si es menor de 16, se cita a los padres, pero en este caso, se necesita el consentimiento de éstos

para la extracción de sangre para el análisis del VIH, en realidad hay un contacto previo, al momento que se solicita el análisis. Si es mayor de 18, es un adulto responsable y no tiene obligación de transmitir su diagnóstico si no desea hacerlo.

Los profesionales entrevistados coinciden que la mayoría de las madres, inclusive aquellas que tenían un diagnóstico de antes, y que nunca tuvieron adherencia propia al tratamiento, responden a la adherencia al tratamiento durante el embarazo, se responsabilizan en la transmisión vertical de un virus que es propio de ellas, esto se visualiza también en los controles pediátricos; mujeres que no volvieron a su consultorio de infectología, pero que nunca dejaron de traer a sus hijos hasta que se les dio el alta. El 80% de las mujeres diagnosticadas durante el embarazo, luego de recibir el alta de sus niños no vuelven a su control infectológico, unos de los motivos que se visualiza, está relacionado a que el VIH es una enfermedad asintomática, por lo cual pierde peso y fuerza como enfermedad ya que las pacientes plantean sentirse bien, entonces en algunos casos eso quita conciencia de enfermedad.

“...Se entiende por intervención profesional la puesta en “acto” de trabajos o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional...que exige desde el sujeto profesional la capacidad para comprender e interpretar esa demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce la intervención...nuestro accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas...” (Cazzaniga, 1997:34).

Segunda Parte

Trabajo de
Campo



Hospital Interzonal Especializado en Materno Infantil

Es un Hospital de Dependencia Provincial, depende administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La conducción del hospital se realiza a través de un Director Médico Ejecutivo y tres Directores Asociados, de quienes dependen las diferentes áreas y servicios.

Estructura y Organización

El H.I.E.M.I. es un hospital especializado, ya que atiende a pacientes de una determinada edad: menores de hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o embarazos de riesgo.

De acuerdo al promedio de permanencia de los enfermos hospitalizados, es un hospital de agudos, ya que el tiempo promedio en que los pacientes permanecen internados no supera los treinta días.

Además, cuenta con una residencia para madres, Residencia de Madres Dr. Moisés Modad, para el Servicio de Neonatología, para las madres que están amamantando, en ocasiones especiales se permite el ingreso de madres que tienen a sus hijos en la Unidad de Terapia Intensiva.

Este hospital mantiene una vinculación con la coordinación de la Zona Sanitaria VIII, pues es el hospital materno-infantil de referencia de la misma.

En cuanto al nivel de complejidad hospitalaria el HIEMI se encuentra inscripto en el nivel VIII, ya que cuenta con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que en este nivel comprenden servicios como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos.

El H.I.E.M.I. tiene como referencia y lugares de derivación al Hospital de Niños de La Plata “Sor María Ludovica” y al Hospital Nacional de Pediatría “Dr. Juan P. Garrahan”. Asimismo se articula con las instituciones de salud nacionales

como son: el Instituto Nacional de Epidemiología (I.N.E.) “Juan H. Jara”, y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (I.N.A.Re.P.S.)

Objetivos Institucionales

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

- Brindar asistencia, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud a niños de 0 a 15 años y mujeres embarazadas a partir del octavo mes y/o embarazos de alto riesgo.
- Realizar prevención secundaria.
- Brindar capacitación a profesionales de las diferentes disciplinas de pre - grado y post-grado de diferentes Universidades Nacionales.

En referencia al primer objetivo el nivel de atención del H.I.E.M.I. se organiza de acuerdo a las diferentes áreas de atención de salud:

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

Funciones Institucionales

- Función asistencial: diagnóstico y tratamiento del enfermo.
- Función Sanitaria: esclarecimiento de los cuadros que más gravitan sobre las cifras de morbimortalidad, por enfermedades transmisibles y sociales.
- Función Social: recuperativa sobre el enfermo y de apoyo económico al mismo y a su grupo familiar.
- Función Cultural: formadora de hábitos higiénicos e integradora de conceptos básicos sobre enfermedades.

- Función de Investigación: aplicada al progreso de la medicina.

El HIEMI adhiere a los “cuidados progresivos del paciente”, es una modalidad que posibilita organizar de determinada forma los servicios hospitalarios, según las necesidades de los pacientes, de manera que reciban la atención de acuerdo a su necesidad, en el momento y en el sitio del Hospital más apropiado para su estado clínico.

Teniendo en cuenta lo antedicho la internación se organiza de la siguiente manera:

- Cuidados intensivos (U.T.I.): para pacientes críticos, con patología aguda o crónica que requieran observación permanente y cuidados intensivos de enfermería.

- Cuidados intermedios (C.I.M.): para pacientes que requiere de control de los signos vitales y prestaciones de enfermería frecuentes.

- Cuidados mínimos: para pacientes que puedan ser autosuficientes o con la ayuda de un familiar que pueda ocuparse de su cuidado, con necesidad de prestaciones de no más de una por turno.

- Atención ambulatoria: se realiza a través de consultorios externos para diagnóstico, tratamiento, prevención y/o rehabilitación.

- Atención Domiciliaria: cobertura de necesidades del individuo en su propio domicilio, tiene por finalidad respetar el derecho del individuo a las atenciones y cuidados dentro del marco familiar. En forma más amplia, puede abarcar la internación domiciliaria.

- Atención de largo plazo: para pacientes que requieren atención especializada del médico y de la enfermera por tiempo prolongado.

Servicio Social

Al estar inscripto en el marco de un hospital de alta complejidad, desde el servicio social se trabaja principalmente en las situaciones agudas, intentado articular, al momento de la externación del paciente, el seguimiento con las instituciones de salud que trabajan en el nivel primario de atención, con otras instituciones que ameriten intervención en el caso, como los son los CPDN (Centro de Protección de los Derechos del Niño), el Tribunal de Familia y la Accesoría de Menores y Hospitales de mayor o menor complejidad, entre otros. Cabe destacar que en ciertas ocasiones se realizan derivaciones desde el servicio social hacia las entidades mencionadas, debido al agotamiento de los recursos o por la falta de competencia para la resolución de problemas.

Debido a que el HIEMI atiende a pacientes de hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o antes, en embarazos de riesgo; las intervenciones se llevan a cabo con las familias de esta población.

Objetivos Generales:

- Investigar los aspectos relacionales, socio – ambientales, su incidencia en el proceso salud – enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.
- Facilitar la integración del enfermo y su grupo familiar a la institución, durante el periodo de internación, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud.
- Estimular en los pacientes y en su grupo familiar la máxima puesta en marcha de sus recursos como sujetos de su propia salud integral.
- Favorecer la sistematización y evaluación del trabajo cotidiano.
- Crear y sostener un espacio de Docencia, con los profesionales del Servicio Social, con estudiantes de Pregrado de la Carrera Lic. en Servicio Social (U.N.M.D.P.), Residentes de Trabajo Social y otros destinatarios.

Objetivos Específicos:

- Participar en el tratamiento del paciente, con el aporte del diagnóstico y aspectos sociales de la problemática al equipo interdisciplinario.
- Estimular, afianzar y promover el desarrollo de los recursos personales y Factores Protectores del paciente y su familia, para atenuar o neutralizar los Factores de Riesgo.
- Lograr una eficiente coordinación con los Centros de Salud y otras Instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar la continuidad del tratamiento, prevenir reingresos.
- Formar parte activa de Comités o Equipos interdisciplinarios para el estudio, diagnóstico y tratamiento de patología específicas, como Diabetes, Fibrosis Quística, Violencia Familiar.
- Abordar específicamente situaciones problemáticas relacionadas con el binomio madre – hijo (obstetricia), prevenir el abandono del recién nacido, orientar sobre Adopción, Patria Potestad, etc.
- Realizar la derivación del recién nacido sano a los Centros de Lactantes de la ciudad.
- Con respecto a la Menor – Madre: prevenir el abandono de la madre y su hijo, fomentar la documentación inmediata del recién nacido, convocar a los representantes legales, cuando así correspondiera realizar la comunicación al Tribunal de Menores.
- Orientar consultas en planificación familiar.
- Instrumentar un espacio de Docencia en el Servicio Social del HIEMI, y en la institución hospitalaria. Dar continuidad a la docencia destinada a estudiantes de pre – grado y residentes de Trabajo Social. Sostener la capacitación de Voluntarios del Grupo KUMELEN.

Misiones y funciones:

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

aspectos médicos y asistenciales.

Desde el Servicio Social en el abordaje del proceso salud enfermedad como un fenómeno histórico social, se intenta explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo.

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

Estructura Funcional

Los profesionales de Trabajo Social desempeñan sus tareas formando parte de diferentes equipos y programas, y/o se integran en las diferentes Salas de Internación y consultorios externos.

Modelo Organizacional

El servicio social se caracteriza por poseer un modelo organizacional predominantemente de tipo lineal - funcional, donde la autoridad y la responsabilidad se transmiten desde la jefa hacia los demás profesionales, distribuidos de manera jerárquica entre los de planta, interinos, becarios, residentes de grado y de pregrado.

Sistematización

El objetivo de la sistematización es reconstruir la práctica para entender mejor lo que se hace e identificar la similitud que tiene con la que realizan otros sujetos en otros contextos. Conocer el impacto de la acción y sus determinantes. (Cadena, 1987:50-60). Así, el objeto de la sistematización es la práctica; se entiende por tal un segmento de acciones a través de las cuales los hombres piensan lograr un producto deseable para cambiar una situación dada.

Sandoval Ávila, (2001) afirma, “Se trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores sociales, que se realizan en un contexto histórico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte”.

Al momento de sistematizar se pone el énfasis principalmente en cuatro aspectos: en la reconstrucción ordenada de la práctica; en la producción de conocimientos; en la conceptualización de la práctica y en la participación.

Se puede afirmar que “La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y porqué lo hicieron de ese modo”.

Como lo expresan en las conclusiones las trabajadoras Sociales que participaron del taller realizado por CEAAL, Perú (lima, 1992): La sistematización permite al reflexionar, cuestionar, confrontar la propia práctica, superar el activismo, la repetición rutinaria de ciertos procedimientos, la pérdida de perspectivas en relación al sentido de nuestra práctica. En esa medida, es un buen instrumento para mejorar la intervención.

Por lo antedicho se utilizará la sistematización como herramienta que permite obtener aprendizajes críticos de nuestras prácticas y compartir con otras personas lo aprendido.

A continuación se presentaran tres casos sobre los que se ha intervenido.

CASO I

- **Institución receptora de la demanda:**

Hospital Interzonal Especializado en Materno Infantil.

- **Origen de la demanda:**

Centro N°1.

- **Datos bases del sujeto / entrevistado:**

Apellido y Nombre: Suarez María.

Fecha de nacimiento: 15/07/1993

Edad: 19 años

Lugar de nacimiento: Mar del Plata.

Documento Nacional de Identidad: xx.xxx.xxx

Barrio: Termas Huinco

Teléfono: xxxxxxxx

Grado de instrucción: Secundario en Curso

Estado Civil: Soltera

Obra Social: OSPRERA

Fecha de Ingreso: 12/06/2012

- **Motivo de la Demanda:**

Embarazo de 10 semanas de gestación con diagnóstico de VIH positivo.

- **Contextualización de la Demanda:**

La paciente ingresa al HIEMI con VIH positivo, detectado hace dos meses en el Centro N° 1. En la primera entrevista con Servicio Social refiere que su pareja realizó un preocupacional para el trabajo, cuyo resultado fue positivo. Por lo cual ella decide realizarse el Test de Elisa, y luego lo confirma con el estudio Western Blot, obteniendo en ambos resultados positivos. Durante este segundo análisis de sangre, también se le confirma el embarazo.

Cuando María asiste a uno de sus controles obstétricos, el obstetra le indica internación en el sector de Alto Riesgo por haberle dado positiva la Hepatitis B. La paciente estaba angustiada por los diagnósticos y por hallarse sola en la internación, decidiendo egresar sin alta médica.

Regresa al día siguiente con su pareja a internación, se encontraba más tranquila y al reflexionar se dio cuenta que de esta manera se protegía a ella y a su bebé. Para una mejor adherencia al tratamiento los médicos tratantes autorizan a que la paciente este acompañada por un familiar.

- **Estado de salud:**

La paciente tiene diagnóstico de VIH positivo; se la interna a las 19 semanas de gestación por un diagnóstico de Hepatitis B positivo y por amenaza de parto prematuro, egresando luego de una semana de internación. En noviembre se la interna; y nace su bebé por cesárea.

María refiere haber sufrido un aborto a fines del año pasado.

- **Bebé:**

Su hijo nace prematuro, de siete meses, con un peso de 1,445, por lo cual permaneció internado en el Sector de Neonatología.

La paciente refiere estar preocupada por la situación de salud de su hijo, por lo que pide interconsulta con el Servicio de Salud Mental, dado que había tenido una entrevista en su internación anterior.

En la actualidad, los resultados de las PCR son negativos, por lo cual sus controles pediátricos son cada seis meses, pero ha permanecido internado por otras complicaciones médicas.

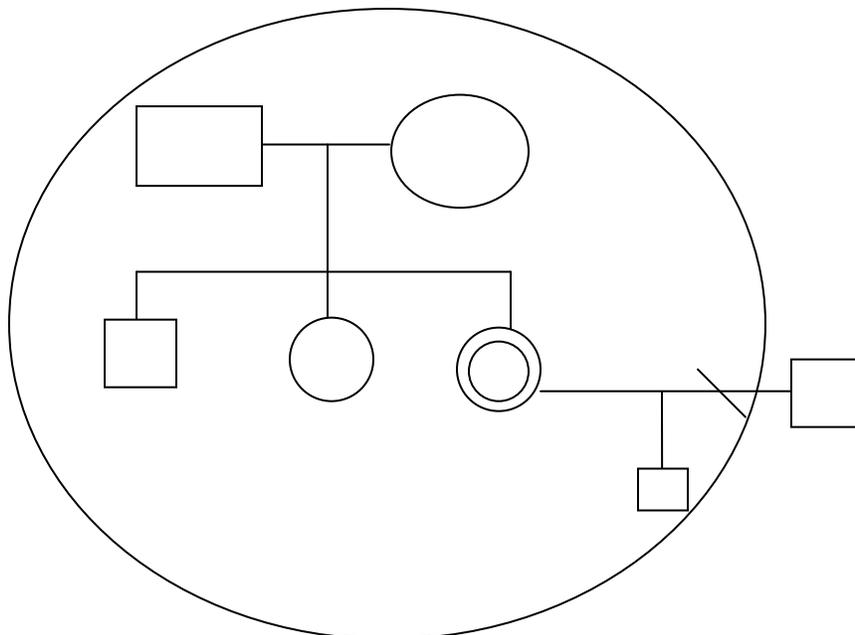
- Estructura de la red personal

Grupo Familiar Conviviente

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación
Eduardo	Padre	42	Taxista
Verónica	Madre	42	Distribuidora
Rodrigo	Hermano	15	Estudiante
Lucía	Hermana	13	Estudiante
Mateo	Hijo	F.Nac: 4/11/2012	

- Red Ampliada

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación
José	Padre del bebé	27	Remisero



- **Miembros de su red personal que brinden apoyo social:**

Al inicio de la intervención se la ve contenida por su pareja y madre; a partir del nacimiento del bebé, el padre del mismo deja de asistir a la institución y de acompañar a María, momento a partir del cual se separan.

- **Aspecto habitacional:**

Según refiere María, vive en la casa de sus padres, donde cuenta con una habitación para ella y su bebé. Durante el período de internación de su hijo permaneció en la residencia para madres; sólo se quedaba de día ya que por la cercanía de su domicilio, no consideraba necesario quedarse allí de noche.

- **Aspecto económico:**

María cuenta con el apoyo económico de su familia y empezó a tramitar la pensión de VIH.

- **Objetivos de la intervención:**

- Preservar la salud de María y de su bebé
- Brindar asesoramiento y contención terapéutica a la paciente y su grupo familiar (pareja y madre) a fin de trabajar el registro de la situación de salud tanto de María como de su hijo.
- Trabajar con María y su familia para que adquieran conciencia sobre la importancia de adherir al tratamiento para preservar su salud.

- **Herramientas de intervención:**

- Entrevistas.
- Lectura de Historia clínica.
- Lectura y realización de informes.
- Interconsultas con profesionales del Equipo

- **Plan de acción:**

- Se realizan entrevistas a familiares y vínculos de referencia para conocer condiciones de vida de la familia y red de contención.
- Se toma contacto telefónicamente con profesionales de distintas disciplinas que intervinieron desde el Centro N°1.
- Se facilita el acceso a turnos con el Obstetra, Salud Mental y Pediatra.

- Se asesora para que María tramite el DNI de su hijo dentro de la Institución.
- Se informa sobre las pensiones por VIH.
- Entrevistas en profundidad con la paciente para trabajar las medidas de profilaxis: inhibición de la lactancia, la toma de medicación del bebé hasta los seis meses.

- **Evaluación:**

En función de lo realizado se logró incorporar a la paciente y su hijo a la atención integral de la salud de ambos. Se brindó asistencia médica necesaria a través de los distintos servicios que fueron requeridos en diferentes momentos de la intervención. Se llevaron a cabo acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

La paciente logró adherirse al tratamiento, se destaca su compromiso en cuanto al cumplimiento de las indicaciones médicas.

- **Conclusiones:**

Desde el análisis realizado se desprende que hubo un trabajo coordinado entre las distintas instituciones de salud, también se evidencia la contención que le brinda el grupo familiar a la paciente, lo que le permite la adherencia al tratamiento.

En este caso, la paciente decide realizarse el análisis de VIH ya que a su pareja le había dado positivo. Acá se ve reflejado, como en la mayoría de los casos, que el uso del preservativo se asocia a una relación con un desconocido o en los primeros encuentros sexuales; queda así relegado el uso del preservativo a escasas situaciones, y de esta manera, queda la mujer expuesta y en situación de riesgo a contraer el virus. Se evidencia el depósito del cuidado en el otro, desestimando el uso de preservativo en el marco de parejas “estables”. Es necesario trabajar en la prevención y en la asociación del preservativo al cuidado de uno y de su pareja y no como un símbolo de desconfianza.

El diagnóstico positivo impacta en la vida cotidiana de las personas; una de estas cuestiones tiene que ver con la resignificación de los vínculos; en este caso la pareja al tiempo del nacimiento de su bebé, decide separarse.

CASO II

- **Institución receptora de la demanda:**

Hospital Interzonal Especializado en Materno Infantil.

- **Origen de la demanda:**

Centro de Salud “Las Flores”, Miramar

- **Datos bases del sujeto / entrevistado:**

Apellido y Nombre: Gómez Susana.

Fecha de nacimiento: xx/xx/xxxx

Edad: 26 años.

Lugar de nacimiento: Miramar

Documento Nacional de Identidad: xx.xxx.xxx

Localidad: Miramar

Teléfono: xxxxxxxx

Grado de instrucción: Realizó sus estudios en una Escuela Especial hasta los 23 años.

Estado Civil: Soltera

Obra Social: -

Fecha de Ingreso: 31/07/2012

- **Motivo de la Demanda:**

Embarazo de 37 semanas de gestación; presenta llagas en su cara lo cual podría ser indicio de VIH positivo.

- **Contextualización de la Demanda:**

Susana controlaba su embarazo en el Centro de Salud de otra localidad, donde el análisis de VIH que le realizaron por los controles de embarazo le dio negativo. Pese a esto, la derivan al HIEMI por presentar llagas en su cara, (lo cual

para la infectóloga del CAPS sería una señal de posible VIH), se le vuelve a solicitar los estudios del Test de Elisa y Western Blot (confirmatorio) obteniendo ambos resultados positivos.

- **Estado de salud:**

Está embarazada de 37 semanas de gestación; tiene retraso madurativo, tuberculosis y VIH positivo, detectado recientemente. En relación a este diagnóstico, la paciente no reveló al equipo cuál fue la vía de contagio del VIH.

A los 18 años fue abusada por su primo, (Nahuel) momento a partir del cual empieza a presentar brotes psicóticos (esquizofrenia). Realizando tratamiento por su padecimiento psíquico en su localidad de origen.

Tiene a su bebé por cesárea, y le realizan ligadura tubaria. Esta decisión es compartida tanto por su madre como por Susana, que plantea que ella no podría criar un hijo sola y su madre es grande para hacerse cargo.

- **Bebé**

El hijo de Susana nace por cesárea. Las PCR hasta el momento son negativas.

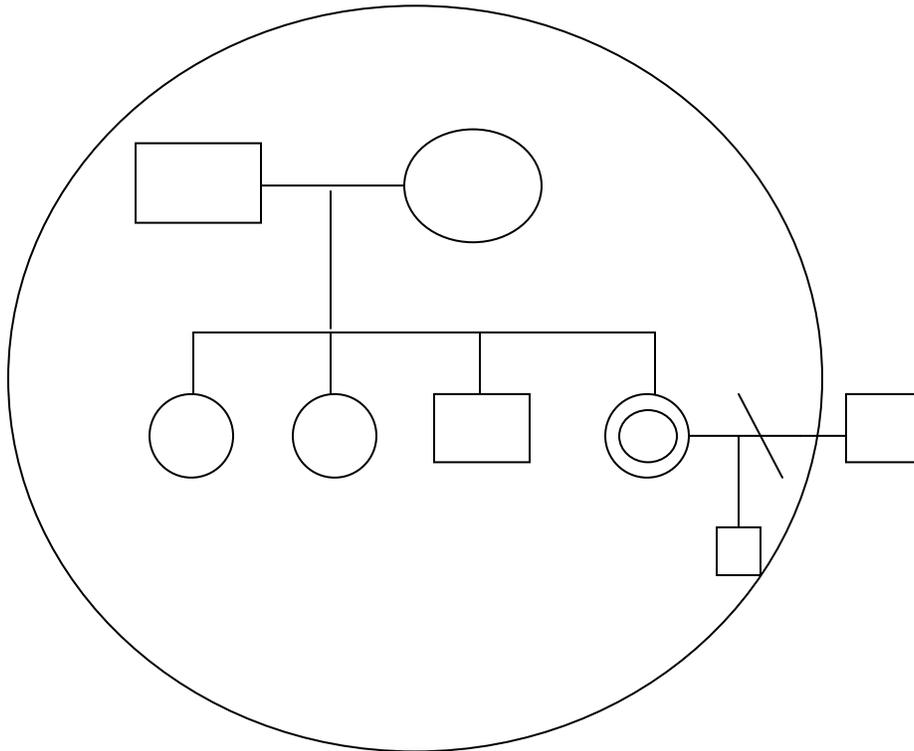
- **Estructura de la red personal**

Grupo Familiar

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación
Omar	Padre	50	Plomero
Rosa	Madre	50	Ama de casa
Ariel	Hermano	30	Desocupado
Natalia	Hermana	29	Limpieza
Roció	Hermana	15	Estudiante
Ariel	Hijo	Nac.:8/08/2012	

Red Ampliada

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación
Alfonso	Padre del bebé	26	



- **Miembros de su red personal que brinden apoyo social:**

El grupo familiar (hermanos y padres) de Susana le brinda apoyo y contención, pero principalmente Rosa, su madre, es quien la acompaña. Para el equipo de salud es el vínculo de referencia para intervenir. En una de las entrevistas mantenidas con Rosa, ella plantea que su hija no quiere volver a ver a Alfonso, por lo cual no ha tenido más contacto con él.

- **Aspecto habitacional:**

Susana vive en una habitación al lado de la casa de sus padres, lo que permite que Rosa la ayude con los cuidados de su hijo.

- **Aspecto económico:**

La paciente depende económicamente de sus padres. Se han iniciado los trámites para la pensión de VIH.

- **Objetivos de la intervención:**

- Conocer los distintos aspectos de la vida de Susana (situación de salud, económica, vínculos de referencia, etc.).
- Estabilizar su cuadro de salud.
- Clarificar las dudas con respecto al diagnóstico de VIH.
- Promover el acceso a la atención médica y recursos institucionales.
- Trabajar cuestiones relacionadas a la adherencia al tratamiento.

- **Herramientas de intervención:**

- Entrevistas.
- Lectura de Historia clínica.
- Lectura y realización de informes.

- **Plan de acción:**

- Se realizan entrevista a la madre de la paciente.
- Se facilita el acceso a turnos con el Obstetra, Salud Mental y Pediatra.
- Los controles con distintos profesionales se llevan a cabo el mismo día ya que la paciente no es de la ciudad Mar del Plata se le dificulta viajar varias veces en un mismo mes.
- Se acordó una reunión con los distintos profesionales que intervienen en el caso, junto a Susana y Rosa para hablar sobre el diagnóstico y las diferencias de resultados entre instituciones, aclarar dudas y pensar en el tratamiento.
- Se asesora para que tramite el DNI de su hijo dentro de la Institución.
- Se informa sobre las pensiones por VIH.

- **Evaluación:**

Se considera que la diferencia de resultados en cuanto al diagnóstico de VIH, fue un factor que dificultó la adherencia al tratamiento ya que esta confusión hizo que la paciente abandone las pastillas, creyendo que éstas eran las que le provocaba su mal estar.

Fue fundamental el trabajo realizado con la paciente y su madre, tanto en la comprensión del diagnóstico, como en la toma correcta de la medicación de Susana.

Pese a todas las dificultades que surgieron en un principio, se logro realizar los controles pediátricos necesarios y una gradual adherencia al tratamiento.

Susana aun no ha tomado un centro infectológico de referencia, sino que sigue asistiendo al HIEMI luego del puerperio.

En la actualidad, la Zona Sanitaria VIII le envía la medicación a su domicilio.

- **Conclusiones:**

En este caso se ve reflejado, que al principio de la intervención las instituciones no pudieron trabajar coordinadamente y la falta de accesibilidad geográfica, que hace que la paciente tenga que trasladarse de la ciudad en la que vive a Mar del Plata, la necesidad de ser acompañada por su madre ya que Susana tiene otras patologías que condicionan su movilidad, independencia y conciencia de enfermedad, se transforman en obstáculos para sostener un tratamiento.

Sin embargo, a partir del trabajo realizado por los profesionales del HIEMI, Susana pudo adherirse al tratamiento, el cual se vio facilitado por el envío de la medicación y por permitirle realizar los controles infectológicos en esta Institución.

Se cree que en esta situación particular es de suma importancia tener en cuenta los aspectos subjetivos, personales, sociales y contextuales que permitan adaptar el tratamiento a estas particularidades. Esto requiere de niveles de abordaje más profundo, que implicaría un compromiso mayor, que involucre altos niveles de comunicación entre los profesionales y las instituciones.

En cuanto al diagnóstico de VIH, como en el caso de la mayoría de las mujeres con las cuales se ha trabajado, éste se detectó durante los controles de embarazo, razón por la cual se considera fundamental poder regularizar el testeo de las parejas, ya que en este caso no se sabe cuál fue la vía de transmisión del VIH, aunque por lo relatado por la madre de la paciente, se infiere que fue su ex pareja. En este caso, se refleja la vulnerabilidad de la paciente, no solo por padecer VIH, sino por su retraso madurativo y esquizofrenia, con lo cual el diagnóstico refuerza esa vulnerabilidad y la pone en un lugar de víctima.

En cualquier caso un diagnóstico de VIH redefine la vida de las personas, más aún en esta situación particular, el hecho de atravesar un embarazo que no ha sido planificado, sumado al diagnóstico de VIH positivo y a sus patologías de base, generan un impacto y cambios importantes en su vida cotidiana, readaptando su vida a estas nuevas condiciones de salud.

Es necesario tener en cuenta, que la red familiar con la que cuenta Susana, sobre todo su madre, le permiten una maternidad asistida, por lo cual no hubo necesidad de intervención de otras Instituciones.

CASO III

- **Institución receptora de la demanda:**

Hospital Interzonal Especializado en Materno Infantil

- **Origen de la demanda:**

Centro de Salud Número 1

- **Datos bases del sujeto / entrevistado:**

Apellido y Nombre: González, Débora

Fecha de nacimiento: xx.xxx.xxx

Edad: 24 años

Lugar de nacimiento: Mar del Plata

Documento Nacional de Identidad: xxxxxxxx

Barrio: Jorge Newbery

Localidad: Mar del Plata

Teléfono: xxx-xxxx

Grado de instrucción: Secundario Incompleto

Estado civil: Soltera

Ocupación:

Obra Social: -

Fecha de ingreso: 31/08/2012.

- **Motivo de la Demanda:**

Débora se presenta espontáneamente al Servicio Social del HIEMI porque manifiesta su intención de ceder los cuidados del recién nacido a otros. Desde el CAPS Newbery, durante uno de los controles obstétricos, le refieren que el Test de Elisa y Western Blot les dio resultados positivos, y comienza con el tratamiento.

- **Contextualización de la Demanda:**

La señora manifiesta a la Trabajadora Social del HIEMI su decisión de ceder sus cuidados de su hijo por nacer a una familia de Santa Fe, que habría contactado por Internet, por medio de una página de Red Solidaria de Adopción,

planteando una adopción directa, no establecida por ley. La decisión habría sido tomada junto al padre de su bebé. Plantea que habría pensado en ceder los cuidados del bebé por no contar con recursos económicos para sus cuidados.

- **Estado de salud:**

Débora ingresa al HIEMI con 37 semanas de gestación; tiene fecha probable de parto para el 2/11/2012; realiza los controles obstétricos en el Centro de Salud Jorge Newbery, donde también acude al servicio de Salud Mental. Durante el control obstétrico del embarazo los médicos del CAPS informan que el Test de VIH da positivo, momento en el cual comienza con el tratamiento. Débora tiene un hijo de cuatro años de la misma pareja, nacido en el HIEMI, con diagnóstico de “Hidrocefalia”, y tiene una operación pendiente.

Luego de la cesárea se realiza ligadura tubaria.

- **Bebé**

Su hijo nace por cesárea, con un peso de 2,835. Hasta el momento, las PCR realizadas son negativas.

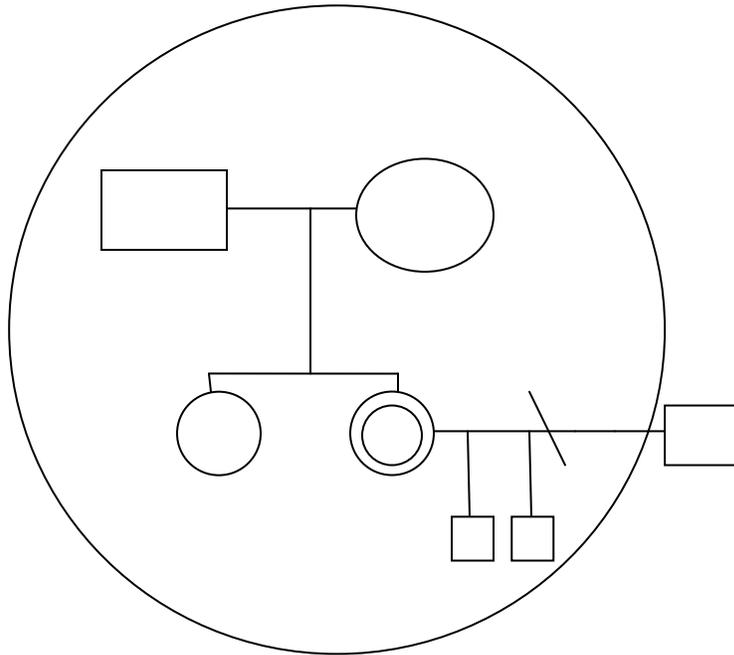
- **Estructura de la red personal**

Grupo Familiar Conviviente:

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación
Mario	Padre	56	
Marta	Madre	51	Ama de casa
Rocío	Hermana	21	Empleada
Matias	Hijo	4	
Jano	Hijo	F.Nac:2/11/12	

Red Ampliada

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación
Walter	Padre de sus hijos	30	



- **Aspecto habitacional:**

Débora estuvo conviviendo con Walter hasta el nacimiento de su último hijo, momento en el cual se separan y ella se muda a una casa con sus dos hijos y su grupo familiar primario.

- **Aspecto económico:**

La paciente se encontraba trabajando como empleada, hasta que quedó embarazada. Se iniciaron los trámites para la pensión de VIH.

- **Objetivos de la intervención:**

- En primera instancia se busca como objetivo primordial asegurar el estado de salud de Débora y de su bebé.
- Comprometer a Débora en el tratamiento de VIH.
- Lograr que la pareja y el niño accedan al test de VIH.
- Asesorar sobre el proceso de adopción.
- Acompañar durante el proceso de adopción.
- Conocer sobre sus proyectos de vida.
- Gestionar turnos dentro del Hospital y en las demás instituciones intervinientes.

- **Herramientas de intervención:**

- Entrevistas.
- Lectura de Historia clínica.
- Lectura y realización de informes.

- **Plan de acción:**

- Se realizan entrevistas a familiares y vínculos de referencia para conocer condiciones de vida de la familia y red de contención.
- Entrevistas con la paciente para trabajar sobre las medidas de profilaxis.
- Facilitar turnos para que su otro hijo y el padre del niño se realicen el test de VIH.
- Reuniones con distintos profesionales para asesorarla sobre la adopción legal.

- **Observaciones:**

La madre concurre a la Defensoría N° 6, manifestando querer ceder los cuidados de su hijo por nacer. Los profesionales de la Defensoría, le aconsejan informar a los padres adoptantes sobre su diagnóstico de VIH y elevan al equipo profesional del HIEMI la solicitud materna de no querer ver al recién nacido en el parto.

En una de las entrevistas en el Servicio Social, la Señora comenta que la pareja a la cual contactó por Internet deja de tener contacto con ella, luego le dicen que no pueden continuar con la adopción, a lo cual ella decide seguir adelante con su decisión.

Para el egreso hospitalario del niño se le indica cuáles son los trámites que debe realizar, el niño permanece en Hogares de Belén hasta que aparezca una familia adoptiva. Posteriormente, Débora se presenta en la Defensoría,

manifestando haber cambiado de opinión en relación a la adopción de su hijo, y que es su deseo quedárselo, a lo cual lo restituyen.

- **Evaluación:**

En cuanto al objetivo primordial que se busca desde el Servicio Social, que es el cumplimiento de las medidas de profilaxis, la paciente no ha tenido dificultades en la adherencia al tratamiento, presentándose a retirar la medicación y a los controles correspondientes.

Además, se logró testear a su hijo y a su ex pareja, dando el resultado del niño negativo.

Este es un caso particular, porque en principio la paciente se presenta espontáneamente por querer ceder los cuidados de su hijo por nacer y después llega la derivación por parte de la sala a partir del VIH positivo, detectado en el control de embarazo, por lo cual se abordaron las dos cuestiones, interviniendo con acciones de promoción, prevención y también asesoramiento e información sobre todo aquello relacionado a la adopción del niño.

- **Conclusiones:**

En esta situación particular se plantean dos situaciones fundamentales, una, el diagnóstico reciente de VIH y la otra tiene que ver con el deseo de la madre de ceder los cuidados de su niño.

En cuanto al VIH, éste ha detectado en el contexto de los análisis de embarazo, lo cual sigue siendo una constante en la mayoría de los casos en los que se ha intervenido. Esto muestra que hay una falla en los niveles de prevención; las personas no suelen realizarse el testeo, salvo que sepan que han estado en alguna situación que consideren “de riesgo”. El hecho de conocer su serología permitiría la planificación de embarazos y daría la posibilidad de que la mujer que tiene VIH quede embarazada en las mejores condiciones posibles, es decir con cargas virales bajas, realizando los controles necesarios, etc. La detección temprana del virus permite en estos casos que la mujer sea consciente de su enfermedad, que conozca los aspectos positivos y negativos de quedar

embarazada y que así, una vez informada, pueda decidir si quiere ser madre o no y en qué condiciones. Por eso es fundamental la promoción del testeo.

En cuanto a la otra línea de intervención que tiene que ver con dar en adopción a su hijo, fue necesario asesorar e informar a Débora, ya que ella planteaba una adopción directa, lo cual no está contemplado en nuestro país, por lo cual se busca que la señora tenga información, y esté asesorada sobre el procedimiento de adopción en el marco legal. Luego del egreso de su bebé del hospital y de la separación de su marido, Débora manifiesta haber cambiado de opinión, por lo cual se le restituye el niño y se reconfigura su núcleo familiar, quedando constituido por sus dos hijos y su grupo familiar primario. Es destacable el trabajo del Equipo, donde en todo momento se la asesoró y brindó información para que la paciente decidiera lo que creía más conveniente para su futuro.

A large, stylized red ribbon graphic is positioned in the background, partially overlapping the text. The ribbon starts from the bottom left, loops upwards and to the right, and then extends towards the bottom right.

Tercera Parte
Consideraciones
Finales

CONCLUSIONES

El recorrido realizado en esta sistematización permitió analizar diversos aspectos que configuran el escenario de intervención.

Las conclusiones se darán en función de los cambios que surgieron en el abordaje del VIH/SIDA, las vivencias de las mujeres embarazadas, los objetivos planteados en el inicio de esta sistematización y el significado que tuvo para las investigadoras realizar este estudio.

De dicho análisis surge que en los inicios de esta epidemia, la ciudad de Mar del Plata contaba con el Instituto Nacional Epidemiológico como principal institución donde se concentraba la atención de VIH. En un principio fue una etapa investigativa por ser una epidemia nueva; se abordaba desde lo médico, bioquímico y desde el Servicio Social, disponiendo de un equipo importante de prevención, donde se atendía y se trabajaba en las escuelas, en la comunidad, con talleres educativos, formativos y reflexivos sobre la epidemia. Se hablaba del uso de preservativos, en un momento donde ni siquiera estaba permitido nombrar la palabra “preservativo” en la televisión o en las radios, tenían la oposición de los grupos más tradicionales de la medicina, de la Iglesia, planteando que para ellos la solución a la epidemia era la abstinencia, en adolescentes y en personas solteras.

En esa época la medicación y los equipamientos para realizar los controles (CD4 y carga viral) no se encontraban disponibles en la ciudad, por lo cual las personas infectadas requerían internación; la Institución que daba respuesta a esta demanda era el Hospital Interzonal General de Agudos.

A partir de la década del noventa, con la sanción de la Ley Nacional De SIDA, el Estado se hace cargo del acceso a la medicación y tratamiento a todas aquellas personas infectadas, y a su vez obliga a las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga a brindarle cobertura a sus afiliados, esto permite que la intervención profesional pueda centrarse en otros aspectos, ya que la parte médica queda cubierta.

Hoy en día la atención de la problemática de VIH/SIDA en la ciudad de Mar del Plata está en un proceso de reorganización a partir de la apertura del CEMA a fines del 2012; esto reconfigura las funciones de las instituciones, el Centro N°1 es un centro de testeo, lo cual significa que no se hace seguimiento, sino que los pacientes pasan al CEMA o al HIGA; mientras allí se continúa haciendo todo lo que es prevención y promoción del testeo. En el INE no hay infectólogo, y se están formando para la atención de otras problemáticas. Sin embargo, estas instituciones mantienen el vínculo con los pacientes que en sus inicios comenzaron el tratamiento allí. Por lo cual, la atención a la población de embarazadas se concentra en el Materno y en el CEMA. Los CAPS, el HIEMI, el HIGA y el CEMA trabajan coordinadamente la derivación de pacientes; y lo que se busca es generar una planilla de derivación para que la persona no se encuentre en situación de repetir y contar su historia cada vez que es derivado a otra institución. En cuanto a los equipos de trabajo, hay permanente diálogo y comunicación entre las distintas instituciones, llamados telefónicos, o reuniones en los casos que así lo requieran.

En cuanto al trabajo en equipo, la mayoría de los profesionales refiere que hay comunicación e intercambio entre las distintas disciplinas, pero no hay encuentros formales. Otra cuestión relacionada tiene que ver con la escasez de profesionales, con lo cual los tiempos para reuniones y para coordinar un trabajo en conjunto se reducen; la demanda y la urgencia sobre la cual se trabaja hacen que esto quede relegado a un segundo plano.

Se observa que en las instituciones es difícil romper con el modelo médico y que las distintas especialidades “entiendan” el rol del trabajador social. Más allá de esta cuestión, se evidencia un compromiso por parte de los profesionales en avanzar y mejorar las relaciones de trabajo; en algunas instituciones se dan cursos y charlas para mejorar las relaciones y el clima institucional.

El trabajador social dentro del equipo es el profesional que cuenta con herramientas que permiten que el sujeto se pueda distender y a partir de allí, abordar distintos aspectos que van más allá de la patología; se trabaja con una

visión de complejidad, ya que a partir de las visitas domiciliarias, del conocimiento de la cotidianidad de la persona, se arriba a una mirada y consiguientemente a un abordaje más complejo de la situación, teniendo en cuenta todos aquellos aspectos contextuales, sociales, económicos, que rodean a la persona que convive con esta enfermedad. Esta mirada compleja permite llegar a una comprensión profunda de la situación, dejando mitos, prejuicios y rótulos de lado.

En cuanto a la transmisión vertical del VIH ha disminuido en los últimos años; debido al acceso a los medicamentos, al trabajo coordinado de las distintas instituciones de salud. Por lo cual actualmente en la ciudad de Mar del Plata en aquellas madres que cumplen con todas las medidas de profilaxis, la efectividad es de un 100% y, los casos de transmisión vertical de VIH son seis en los últimos años y tienen que ver con mamás que por algún motivo no pudieron cumplir con las medidas de profilaxis.

Las mujeres con quienes se ha intervenido son jóvenes, de entre 19 y 27 años, con niveles de instrucción incompletos, sin parejas estables. Algunas en el momento del embarazo estaban en pareja, pero luego del diagnóstico, en la mayoría de los casos se reconfiguran los vínculos, así es que, a partir de ese momento, hay distanciamientos o separaciones. Lo que también es característico en los casos presentados es el apoyo del núcleo familiar en esta nueva situación de vida, sobre todo las madres de las mujeres, quienes las acompañan y ayudan en los cuidados del bebé.

Los sentimientos que se dan en las mujeres son similares en la mayoría de los casos. Inicialmente ante el diagnóstico se genera culpa, ante la posibilidad de transmitir el virus a su hijo/ a. Se dan reacciones de temor, por los mitos y estigmas que existen en torno a la enfermedad, algunas consideran que van a ser rechazadas y consideradas como infieles o “prostitutas”, el VIH / SIDA es percibido en muchos estratos de la sociedad, como un castigo dado a la población de homosexuales y a las trabajadoras del sexo.

La primera reacción de las mujeres es el temor a la muerte. Con el diagnóstico se enfrentan a diferentes pérdidas: de su condición de salud, por cuanto para preservarla, deben de someterse a un tratamiento rígido, pérdida de la confianza en sí mismas y en quien la infectó y cuando no se cuenta con apoyo, significa sumergirse en un mundo de dudas e incertidumbre ante el futuro. La forma en que las mujeres logren enfrentar estos sentimientos y superar las etapas del proceso de duelo va estar intrínsecamente ligado con sus historias de vida y con el apoyo, principalmente familiar con el que cuenten.

Para la persona con VIH/SIDA aún hoy es difícil de compartir con otros ajenos al tema todo lo relativo a la convivencia con el virus y por ende los tratamientos para combatirlo, por ello puede ser sumamente exitoso el trabajo con pares que compartan la problemática desde un mismo lugar: “de personas viviendo con VIH”. El temor a la marginación y segregación de la persona que padece la infección, aún a veinte años de iniciada la epidemia, muchas veces la conduce a la automarginación y a la propia exclusión mucho antes de producirse efectivamente por la sociedad, por ello es importante el intercambio con sus pares con quienes pueden compartir conocimientos, temores, dificultades, esperanzas, y logros referentes al tema.

Hay distintas situaciones que dificultan seguir un tratamiento; en líneas generales son:

- Consumo de drogas.
- Escasos proyectos personales, no se cuenta con proyectos de vida viables, que puedan motivar a la persona para “apegarse” a la vida saludablemente.
- Falta de Apoyo Social, los integrantes viven en su mayoría solos, no cuentan con amigos, familia continente, hijos, y/o pareja que colaboren en el presente tratamiento.

Existe una historia compartida de “Problemas para comprometerse en distintos aspectos de la vida”:

- Problemas socio-económicos, que influyen sobre todo en lo referente al traslado hasta la institución de salud. Se observa un desconocimiento y despreocupación en la búsqueda de recursos que puedan resolver, en parte la problemática planteada.
- La intolerancia a la medicación, que se expresa en complicaciones como “olvidos”, extravíos, sobre todo en los casos en que su entorno familiar o laboral desconoce su diagnóstico. A su vez, la toma de medicación recuerda a la persona permanentemente que está infectada por el VIH.

Es importante señalar que el hecho de que una mujer se entere de su diagnóstico durante el embarazo, tiene una connotación muy diferente, por cuanto implica recibir tres noticias que conllevan a un cambio radical en sus vidas: el diagnóstico por sí mismo genera una crisis, conocer que su pareja o compañero (en la mayoría de los casos) le fue infiel y la posibilidad de transmitir la enfermedad a su hijo/ a. Es por ello que la atención para esta población debe ser específica y se debe trabajar en función de estos aspectos.

Sin embargo, se destaca que el período de embarazo es el momento en que las mujeres cumplen efectivamente con la adherencia al tratamiento, situación que se da por no querer transmitir la enfermedad a sus hijos. Pero, luego de que el niño es dado de alta, se ve un menor grado de adherencia. El 80% de las pacientes diagnosticadas durante el embarazo, luego de tener un niño sano, discontinúan su tratamiento. Esta postura es coherente con la perspectiva histórica del abordaje de la salud de la mujer fundada en el énfasis de lo materno-infantil, invisibilizando a la mujer detrás de la preocupación central de la salud de los niños.

Las conclusiones planteadas derivadas del trabajo de sistematizar, entrevistar y analizar la información recolectada, permite pensar el avance que se ha dado en estos años con respecto al VIH y en especial a la mujeres embarazadas; se visualizó el compromiso de generar redes de trabajo institucional, tanto desde el sistema de salud público como con la ONG “La Red”

que permite la conserjería en los hospitales y brinda la posibilidad de compartir el diagnóstico con otras personas que se encuentran en una misma situación. Así mismo, cabe destacar la importancia de realizar un abordaje que articule prevención y asistencia; y no fragmente las prácticas por niveles de intervención. Fundamentalmente, concebir la investigación y la intervención como componentes inseparables de toda práctica profesional. Pero en función de este análisis surgen distintos interrogantes: ¿qué pasa con el rol que debe ocupar cada profesional en dichas intervenciones?, ¿cuáles son las falencias institucionales y profesionales que no permiten hacer un trabajo interdisciplinario? Se pudo constatar que los mismos tienen encuentros informales donde se habla de las personas involucradas pero pocas veces en el arribo de objetivos concretos, de una puesta en común de lo que cada especificidad profesional le permite visualizar, para conocer en profundidad cada caso particular y de esta manera realizar intervenciones concretas, que permitan no sólo focalizarse en la enfermedad, sino en todos los aspectos de su vida cotidiana.

Dejar de lado prácticas profesionales disciplinantes y culpabilizadoras para dar lugar al abordaje desde los derechos, la consideración de componentes de “irracionalidad” y deseo, la construcción de proyectos de vida y de lazo social, favorecerá el empoderamiento de la población aumentando las posibilidades de implementar prácticas protectoras y no fragilizadoras para la salud.

Los procesos de atención profesional deben empoderar a la mujer y hacer conciencia en ellas de la autonomía que deben desarrollar para tomar sus propias decisiones.

Si bien se cuenta con un trabajo intra e interinstitucional que facilita los procesos de atención y seguimiento, se encuentra fragmentado y debilitado. Se visualizó que una vez que a la mujer se le da el alta, sólo continúa con los controles pediátricos en los consultorios externos del hospital, y una vez que el niño es dado de alta sigue sus controles en el Centro de Salud más cercano, situación que muchas veces crea resistencia en las madres, ya que sigue siendo una enfermedad que es foco de discriminación desde la mirada social y hasta

incluso desde las mismas intervenciones profesionales, por lo cual las madres muchas veces no quieren dar información en estos espacios para resguardar su diagnóstico.

Las mujeres, si bien deben seguir su tratamiento en el HIGA o en el CEMA, después de tener la certeza de que sus hijos no tienen el virus, sumado que para esta instancia del tratamiento, la enfermedad muchas veces se muestra asintomática, abandonan su tratamiento. Es en estas situaciones que hay que hacer mayor hincapié en la intervención ya que quienes continúan con el tratamiento son aquellas personas que tienen mayor apoyo social, familiar, pero qué pasa con aquellas mujeres que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, que no cuentan con una red de apoyo social, que tienen como única referencia a una institución pública de salud, que no tienen recursos económicos y no cuentan con trabajos estables. Aunque desde el programa de VIH se pueda tramitar la pensión por discapacidad, esta se encuentra en contradicción con un empleo que cumpla con los requisitos legales. Entonces nos preguntamos ante estas situaciones ¿cómo intervenimos? ¿Hasta dónde debe llegar nuestra intervención? ¿Cómo se debe articular para que estas personas que el mismo sistema excluye, puedan salir de esa situación? Y sobre todo ¿cómo cumplir los objetivos que plantea la Institución, pero también los propios que el profesional se plantea en cada caso particular? Entendemos que esto sucede por la gran demanda de atención que hay, por falta de una revisión y análisis de las intervenciones realizadas y de espacios de supervisión, lo cual es un obstáculo para profundizar en aspectos específicos de cada caso, pero si se cree pertinente plantearlo en esta conclusión y que sirva para reflexión del trabajo que se está realizando, ya que si bien se está logrando el cumplimiento efectivo de las medidas de profilaxis, es momento para avanzar en el cuidado de la salud de la mujer, en la conciencia de su propio cuidado. Esto no se plantea solo como un trabajo del HIEMI, ya que no es una Institución de adultos, pero sí se considera que debe ser un desafío interinstitucional; llevar adelante un trabajo integral con bebés negativos y madres que continúen con la adherencia al tratamiento luego de que su hijo es dado de alta.

Es fundamental que la intervención profesional considere a las personas como totalidad, abordando la unidad de cuerpos y afectos, el entorno social y familiar, la historia de los sujetos. En este sentido, Campos (2001) propone quitar el énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el sujeto concreto, no un caso, sino un sujeto portador de alguna enfermedad. La denomina “Clínica del Sujeto”.

El objeto de la Clínica del Sujeto incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto (...) Tratar la enfermedad como un ser con identidad propia es la base que autoriza a un profesional de la salud a intervenir en casos concretos. El problema ocurre cuando este Ser de Dolencia sustituye completamente al Ser que realmente es y se pierde la capacidad de que se opere con la singularidad de cada caso... (Campos, 2001:73 y ss.). Aquí es imprescindible el rol del trabajador social, a partir de exponer todas aquellas cuestiones (nivel de instrucción, situación económica, habitacional, etc.) que hacen a la vida cotidiana de los sujetos, más allá de su situación respecto del VIH.

Se presenta aquí la conclusión que hace una de las integrante de la RED cuando refiere que: *“hay que hacer un trabajo de mucha comunicación y sensibilización, las mujeres con VIH necesitamos empoderarnos y saber cuáles son nuestros derechos, hay que buscar que la gente sea más solidaria, que se arme una red de contención para la persona que viven con VIH y su familia. Hay que buscar generar mayor comunicación y solidaridad, de esta manera las personas no van a tener miedo de realizarse un análisis de VIH o poder compartir su diagnóstico porque sabe que la sociedad lo va a cuidar. Esa comunicación se puede hacer con muchas actividades culturales, mostrar personas con VIH con su rostro positivo, por eso nosotros lo hacemos público, demostramos que podemos trabajar, que nuestros hijos van a la escuela, mostramos que no estamos ocultos, estamos ahí nada más que no todos podemos decirlo”*.

. Esta sistematización se constituye en un avance de todo lo que realmente involucra el VIH / SIDA en mujeres, sin embargo, el deseo es que sirva como insumo para mejorar la atención que se brinda a las mujeres y tomar en consideración sus diferencias y visualizarlas en todo momento como sujetos de

derechos y poder comprender que sólo el involucramiento de los distintos niveles de atención, el protagonismo de la persona, el trabajo interdisciplinario, las decisiones políticas tomadas desde el Estado, las distintas perspectivas de salud desde la que se intervenga, entre otras, van a permitir que se produzca una intervención con compromiso y calidad. Aquí se hace fundamental la presencia del Trabajo Social en el espacio de la salud, dialogando, discutiendo y proyectando junto con las demás disciplinas.

PROPUESTAS

- Realizar reuniones periódicas entre los equipos de las distintas instituciones que abordan la temática de VIH y también encuentros formales entre los miembros del equipo de VIH de cada Institución.
- Conformar espacios para los profesionales donde se clarifique lo que cada miembro del Equipo puede aportar y delimitar la función específica de cada uno en la atención al VIH.
- Espacios de supervisión y revisión de las intervenciones realizadas.
- Fortalecer en los centros de salud la promoción del testeo.
- Generar estrategias que permitan el testeo de las parejas de las mujeres.
- Propiciar espacios de encuentros y construcción conjunta entre profesionales y mujeres embarazadas orientados a trabajar cuestiones relacionadas a la subjetividad, ansiedad, temor, incertidumbre, dudas; intereses, deseos, que la persona siente y que condicionan la cotidianidad de cada una:
 - Se propone como objetivos, en una primera instancia que la persona pueda llegar a conocerse y descubrir sus potencialidades. En segunda instancia, los talleres se orientarían a temáticas más generales, como búsqueda de empleo, realización de actividades artísticas, recreativas, deportivas, cursos; realización de estudios primarios, secundarios, etc.
 - El trabajo en grupo permitiría la creación de nuevos vínculos, un espacio de contención, de intercambio de experiencias, lo que hace que estas mujeres adopten su condición de sujetos de derechos.

Glosario



GLOSARIO

Azidotimidina o AZT :Fue el primer medicamento antirretroviral (ARV), aprobado en 1987 como un medicamento indicado para personas infectadas con el VIH por su efecto retardador de la extensión de la infección por VIH, aunque no representa una cura y no garantiza la disminución de la cantidad de enfermedades relacionadas con la infección por VIH. La zidovudina no evita el contagio del VIH a otras personas.

Carga viral indetectable: Esto significa que hay una cantidad de virus muy pequeña pero la persona debe continuar con las medidas preventivas que venía realizando.

Carga viral: Es la cantidad de virus que hay en determinados fluidos o tejidos de las personas infectadas.

CD4: Son un tipo de linfocito (glóbulo blanco), que combate las infecciones; una parte fundamental del sistema inmune. El retrovirus para multiplicarse debe ingresar a los CD4. Cuando se multiplica el virus, se destruye el CD4. Entonces, cuanto más replicación viral hay, menos CD4 va a haber, ya que el virus necesita ese linfocito para multiplicarse y destruirlo. El recuento de CD4 permite dar cuenta del estado del sistema inmunológico.

PCR o Reacción en Cadena de la Polimerasa: Es una técnica de biología molecular desarrollada en 1987 cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular, partiendo de un mínimo. Esta técnica sirve para amplificar un fragmento de ADN; su utilidad es que tras la amplificación resulta mucho más fácil identificar con una muy alta probabilidad, virus o bacterias causantes de una enfermedad.

Período de Ventana o de Seroconversión: Se corresponde con el primer estadio de la infección, es decir que, a pesar de un resultado negativo (no reactivo), la persona puede estar infectada y, por lo tanto, transmitir el virus, debido a que el organismo no ha tenido aún tiempo de desarrollar la suficiente cantidad de anticuerpos en la sangre para ser detectados a través del Test de Elisa. El período

ventana, entonces, se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que éste genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas. Es por este motivo que se debe repetir la prueba en un período de tres meses para asegurar el resultado.

VDRL: Es una prueba serológica realizada en medicina con sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis.

Anexo



LEY NACIONAL DE SIDA

23.798/1990

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art.16º- El monto recaudado en concepto de multa que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional ingresará a la cuenta especial "Fondo Nacional de la Salud", dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá

utilizarse exclusivamente en erogaciones que propenden al logro de los fines indicados en el artículo primero.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 23º- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

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

DECRETO Nº 1.244/91

REGLAMENTARIO DE LA LEY Nº 23.798

Visto la Ley Nº 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 Nº16.432, incorporado a la ley Nº 11.672. (Complementaria Permanente de Presupuesto).

Por ello, el Presidente de la Nación Argentina decreta:

Artículo 1º- Apruébase la reglamentación de la ley Nº 23.798, que declaró de interés nacional la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que como Anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Art 2º- Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social de la Cuenta Especial Nº 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

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

ANEXO I

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

Art. 2º-

Incisos a) y b).- Para la aplicación de la ley y de la presente Reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley Nº 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria Nº 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 Nº 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 Nº 21.541.
4. Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.
5. A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6. A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, Nº 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

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

Inciso d).- Sin reglamentar.

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

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

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

Art. 4º -

Inciso a).- Sin reglamentar.

Inciso b).- Sin reglamentar.

Inciso c).- Sin reglamentar.

Inciso d).- Sin reglamentar.

Inciso e).- Sin reglamentar.

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

mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 10º - La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4º, inciso a) de la Ley Nº 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2º, inciso e) de la presente reglamentación.

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

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

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

Art.13º - *Sin reglamentar.*

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

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

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

LEY DE PRESTACIONES OBLIGATORIAS DE LAS OBRAS SOCIALES.

24445/1995

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley.

Artículo 1° - Todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias:

a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes;

b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes;

c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

Art. 2° - Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el Juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento.

Art. 3° - Las obras sociales, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo 1 de la presente. Estos deberán ser presentados a la ANSSAL para su aprobación y financiación, rigiendo su obligatoriedad a partir de ellas.

La no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones que prevén las leyes 23.660 y 23.661.

Art. 4° - El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en el artículo 1° de la presente se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Art. 5° - La presente ley tendrá ejecutoriedad, previa existencia en el Presupuesto General de la Nación del período de que se trata de partidas específicas destinadas a sus fines.

Art. 6° - La presente ley deberá ser reglamentada dentro de los sesenta días de su promulgación.

Art. 7° - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Alberto Pierri-Eduardo Menem-Juan Estrada-Edgardo Piuzzi

LEY DE PRESTACIONES OBLIGATORIAS DE TRATAMIENTO PARA
PREPAGAS.

24754/1996

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en
Congreso, etc. sanciona con fuerza de ley:

Art. 1° - A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley, las
empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán
cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas
"prestaciones obligatorias" dispuestas por las obras sociales conforme lo
establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas
reglamentaciones.

Art. 2° - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Pierri - Ruckauf - Pereyra Arandía de Pérez Pardo - Piuzzi

LEY DE OFREICIMIENTO DE TEST DE VIH A TODA MUJER EMBARAZADA

LEY 25.543/2001

Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado. Cobertura. Establecimientos asistenciales. Autoridad de aplicación.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso etc. sancionan con fuerza de Ley:

Art. 1º - Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal.

Art 2º - Los establecimientos médico-asistenciales públicos, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga deberán reconocer en su cobertura el test diagnóstico

Art. 3º - Se requerirá el consentimiento expreso y previamente informado de las embarazadas para realizar el test diagnóstico. Tanto el consentimiento como la negativa de la paciente a realizarse el test diagnóstico, deberá figurar por escrito con firma de la paciente y del médico tratante.

Art. 4º - El consentimiento previamente informado tratará sobre los distintos aspectos del test diagnóstico, la posibilidad o no de desarrollar la enfermedad, y en caso de ser positivo las implicancias de la aplicación del tratamiento y de la no aplicación del mismo tanto para la madre, como para el hijo por nacer. El profesional y el establecimiento serán solidariamente responsables de la confidencialidad del procedimiento, así como también de la calidad de la información que reciba la embarazada a fin de otorgar su consentimiento con un

cabal conocimiento del análisis que se le ofrece, y la garantía de la provisión de los medicamentos utilizados de acuerdo a los protocolos vigentes.

Art. 5º - Los establecimientos asistenciales deberán contar con un equipo interdisciplinario para contener y asesorar a las pacientes y a su entorno familiar durante el embarazo, parto y puerperio, en caso que el test diagnóstico resultare positivo.

Art. 6º - El Ministerio de Salud de la Nación y los Organismos de Salud que correspondan en cada jurisdicción, son la autoridad de aplicación de la presente Ley.

Art. 7º - Comuníquese al Poder Ejecutivo

Rafael Pascual-Mario A.Losada-Roberto V. Marafioti-Juan C. Oyarzún.

Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, Ester (1997), “Sida, pobreza y discriminación”, en Margen, Revista de Trabajo Social, Numero 10.
- Banchs, María Auxiliadora (1986), “Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo”, en Revista Costarricense de Psicología, Nos. 8-9, págs. 27-40.
- Barg, Liliana (2000) *La Intervención con Familia. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio.
- Bianco, Mabel (2008) “¿Por qué el sida se feminiza? La mayor vulnerabilidad de mujeres y niñas nunca se enfrentó seriamente. Eliminar las desigualdades para las mujeres en lo social, económico y familiar es el primer paso, junto con una política de respeto de los derechos sexuales y reproductivos”, en Diario Clarín.
- Carballeda, Alfredo (2007) *Escuchar las Practicas. La Supervisión como Análisis de la Intervención en lo Social*, Buenos Aires, Espacio.
- Carballeda, Alfredo Juan M, *El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad*. Buenos Aires. Espacio.
- Castro, Roberto, *Teoría social y Salud*. Buenos Aires. Lugar.
- Cesilini, G, Guerrini, M, Novoa, P. *La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social*. Buenos Aires. Espacio.
- Commisso, María (2007) *Mujeres viviendo con VIH=SIDA, análisis e Intervención del Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio.
- Czeresnia, Dina (1997) “El concepto de Salud y la diferencia entre Prevención y Promoción”, En Cuadernos de Salud Publica, págs. 48-63.
- De Carvalho M, Junqueira C, Franca J, Haraldo C, Saletti F (2006) “El concepto de vulnerabilidad y las practicas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”, en Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires. Lugar.

- De los Reyes, María Cristina (1994) “Representación Social del SIDA y Prevención”, en Revista Mensual Científica Popular, Prevención y descuido sobre SIDA.
- Eroles, Carlos (1998) *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Buenos Aires. Espacio.
- Espinel, Eduardo (1998) “Transformaciones del sector salud en la Argentina. Estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997”.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (2000) “Género, VIH y Derechos Humanos: un manual de capacitación”.
- Fundación Huésped - Embajada Real de los Países Bajos (Web en línea) 2006, “Sexualidad, embarazo y VIH/SIDA” en <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/06/sexualidad-embarazoysida.pdf> [Consulta 3-4-2012]
- Fundación Huésped (web en línea) “ Estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/SIDA en jóvenes” 2008, en http://www.huesped.org.ar/biblioteca/biblioteca-virtual/doc_details/91-promocion-de-la-ssr-y-la-prevencion-del-vihsida-en-adolescentes-y-jovenes-del-conurbano-bonaerense.html [consulta 3-6-2012]
- Fundación Huésped (Web en línea) 2011 “Promoción de la SSR y la prevención del VIH/sida en adolescentes y jóvenes del conurbano bonaerense” en <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/06/OPS-final-baja.pdf> [Consulta 8-5-2012]
- Fundación Huésped (web en línea) 2012 “Programa Integral de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y Prevención del VIH/Sida y otras ITS en mujeres, adolescentes y jóvenes”, en http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2013/04/Informe-UE_web.pdf [Consulta 8-5-2012]

- Fundación Huésped, Pregno, E, Salome, M, Vázquez, M, Wald, G (2004) *Derechos Humanos y Sida, Guía para promotores comunitarios*, Buenos Aires.
- Fundación Huésped, Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA de Mar del Plata (2011) “Índice de estigma en personas que viven con VIH.” Argentina. Informe ejecutivo.
- García, Guadalupe “Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires”. Universidad de Buenos Aires – Argentina en SciELO - Scientific Electronic Library Online vol.15
- Garibi González, Cecilia, “La compleja relación violencia de género-SIDA”. Un acercamiento a la violencia institucional como factor de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH”, En Revista Latinoamericana, Sexualidad, salud y sociedad.
- Garza Almanza, Victoriano, “*Salud y ambiente en el desarrollo sustentable*”, 1997 en <http://www2.uacj.mx/publicaciones/sf/num6/artpri1.htm> [Consulta 10-4-2012]
- Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez, Apuntes.
- Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (2011) “Don Victorino Tetamanti”, Ateneo N°2 de Residencia primer año, “Campo de salud Proceso Salud-Enfermedad-Atención”.
- Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (2011) “Don Victorino Tetamanti”, Ateneo “Interdisciplina y Equipo de Salud”.
- Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, “Don Victorino Tetamanti”, (2011) Ateneo: “Adherencia a los tratamientos médicos. Conceptos básicos, preguntas, reacciones e impacto esperables en los pacientes que se enteran de un diagnóstico HIV”.
- Jelin, Elizabeth (1994) “Familia, crisis y después” en *Vivir en Familia*, Buenos Aires, Unicef.

- Jelin, Elizabeth; Mombello, Laura; Caggiano, Sergio (2011) *Por los derechos. Mujeres y hombres en la acción colectiva*. Buenos Aires: Nueva Trilce.
- Luffe, Ricardo (1997), “La construcción social del enfermo para el control social”, en Margen, Revista de Trabajo social, Numero 10.
- Maitena, Maria Fidalgo (2008) *Adios al derecho a la salud*, Buenos Aires, Espacio
- Margulis Mario (2004) *Juventud, Cultura, Sexualidad. La dimensión cultural en la efectividad y la sexualidad de los Jóvenes de Buenos Aires*, Editorial Biblos.
- Margulis, Mario y otros () *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Biblos
- Ministerio de la Salud de la Nación (2006), *El libro de la salud sexual, reproductiva y la procreación responsable en la Argentina. Política, Programa, Herramientas*.
- Ministerio de Salud de la Nacion, Direccion Nacional de Sida y ETS (Web en línea) 2012 “*Boletin sobre el VIH/Sida en la Argetina*”, Año XV, Numero 29 en <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html> [Consulta 2-4-2012]
- Ministerio de Salud de la Nacion, Direccion Nacional de Sida y ETS (Web en línea) 2008 “*Boletin sobre el VIH/Sida en la Argetina*” en <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html> [Consulta 20-3-2012]
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2000) “*Prevención de la transmisión del VIH de la mujer embarazada a su hijo*”.*Manual de apoyo para equipos de salud*.
- Molina, Mónica (2006) “Historia social de la epidemia de VIH/SIDA en el mundo y en Mar del Plata” Instituto Nacional de Epidemiologia “Dr. Juan Héctor Jara”.

- Najmanovich, Denise, “Interdisciplina. Riesgo y beneficios del arte dialógico”, en Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis, Tramas.
- Najmanovich, Denise,(Web en línea) ”*Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencias*” en <http://www.denisenajmanovich.com.ar/>.
- Navarro Martinez, Maria del Carmen (Web en línea) “*Vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH*”, Ministerio de Igualdad en www.isciii.es/htdocs/pdf/mujeres.pdf [Consulta 1-3-2012]
- ONUSIDA, “Informe Nacional sobre los progresos realizados en Argentina”, Marzo, 2012.
- Rojo, Agustín “Voces y mensajes en la prevención del VIH. Sentir que es bueno escuchar es empezar a comunicarse”. Coordinación SIDA-GCBA/coordinacionsida
- Rovere, Mario (1999) *Redes en Salud*, Rosario, Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario
- Sandá, Roxana (2006) “Cuando el silencio vulnera el cuerpo “, en Diario Página 12.
- Sandoval Ávila, Antonio (2001) *Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social*, Buenos Aires, Espacio.
- Spinelli, Hugo, *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad, Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires. Lugar.*
- Testa, Mario (2006) *Pensar en Salud*. Buenos Aires. Lugar.
- Travi, Bibiana, *La dimensión técnico-instrumental en trabajo social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social*, Buenos Aires, Espacio.
- Vacchieri, Adriana (1997), “Comunicación de políticas sociales: las campañas de lucha contra el SIDA”, en Margen, Revista de trabajo Social, Numero 10.

- Vergara Quintero, María del Carmen (2007) “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”, en Revista Científica Hacia la Promoción de la Salud.