

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

Repositorio Kimelü

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

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2008

Adherirnos a la vida

Lares, Ana Laura

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/564>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

A adherirnos



à la vida

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO

Título

"ADHERIRNOS A LA VIDA"

Tema

Adherencia a los tratamientos ARV de las personas viviendo con VIH.

Autora:

Ana Laura Lares

Directora: Lic. Maria Gabriela Ré

Codirectora: Lic María Cristina Álvarez

Octubre 2008

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	3351
Vol	
Universidad Nacional de Mar del Plata	

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
FUNDAMENTACION	7
MARCO TEORICO	10
CONCEPTO DE SALUD	11
Salud-enfermedad:	12
Salud y calidad de vida	18
Salud pública	23
GENERALIDADES SOBRE EL VIH/SIDA	27
Antecedentes historicos del vih/sida	27
Características del vih/sida	28
Mecanismos de transmisión	32
Formas de detección de infeccion de VIH	34
Tratamiento anti-retroviral	35
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ARV	38
Situacion de la epidemia hiv/sida en el mundo	45
Situacion de la epidemia hiv/sida en argentina	47
TRABAJO SOCIAL	50
Ambiente y la perspectiva de redes:	56
Proceso metodologico en la intervención profesional	59
Trabajo social en salud	63

Trabajo social hospitalario	66
Objetivos del trabajo social hospitalario	67
Funciones del trabajador social en atención hospitalaria	68
Intervenciones específicas del trabajo social	69
Trabajo social y familia del paciente con diagnóstico hiv positivo	70
TRABAJO DE CAMPO	72
ASPECTOS METODOLOGICOS	73
Investigación en el ámbito de la salud	74
Características específicas del trabajo	75
CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL	77
Origen del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr .Oscar Allende”	77
Características Generales	78
Dinámica Institucional:	80
Misión de la Institución	81
Objetivos	81
Población asistida	81
Situación Actual	82
Caracterización, funciones y desempeño del Servicio de Infectología	82
Localización	82
Objetivos	83
Situación Actual	83
Organización Interna	83
Caracterización, funciones y desempeño del Servicio Social	84
Localización	84

Objetivos	84
Funciones	85
Organización interna	85
Servicios cubiertos	86
Situación Actual	86
Tratamiento de los pacientes con VIH	87
<i>ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS</i>	89
Datos demográficos	89
Caracterización socioeconómica	91
Conocimiento del diagnóstico	92
Grupo social continente	96
Comunicación del diagnóstico	97
Contención y Apoyo	98
Relación con equipo de Salud	100
Tratamiento arv	101
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	107
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	119
ANEXO	123
Instrumento utilizado para el desarrollo de las entrevistas a los pacientes	124
Ley Nacional de SIDA N° 23.798	127
Derechos de los pacientes	139

INTRODUCCIÓN

La presente tesis constituye un trabajo de investigación realizado en el Hospital Interzonal general de Agudos "Dr. Oscar Allende"¹ (HIGA) de la ciudad de Mar del Plata, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, que aborda la temática de los obstáculos en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales de las personas viviendo con VIH.

A partir de la complejidad y multicausalidad de la situación a categorizar, el Marco teórico constará de los temas más vinculados a concepciones actuales acerca del proceso de salud y al VIH / SIDA, junto con la historia y actualidad de la enfermedad a nivel mundial, nacional y local. Haciendo hincapié en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

Por último se desarrollarán los conceptos relacionados al Trabajo Social, en general, especificando el rol, metodología y funciones del mismo en el ámbito de la salud, y sobre todo en el hospitalario.

El trabajo de Campo será dividido en dos etapas. La primera se realizará un análisis institucional, caracterizando al HIGA, al Servicio Social de la Institución y al servicio de infectología.

En la segunda etapa se realizará una investigación y estudio de caso de pacientes viviendo con VIH con problemas en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

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

Finalizando el trabajo se realizará una exposición de las conclusiones y diferentes propuestas de acción.

FUNDAMENTACION

El presente trabajo surge de la realización de la práctica institucional de pre-grado en el campo de la salud, realizada en el servicio social del HIGA, la que se enmarca en los lineamientos establecidos por la cátedra de Supervisión en Servicio Social del Departamento de Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

A partir del trabajo cotidiano surgió mi inquietud para indagar exhaustivamente la atención que se brinda en el servicio de infectología a las personas viviendo con VIH / SIDA que concurrían. Detecté los relevantes avances científicos acontecidos en los últimos años a nivel medico-farmacológico (tratamientos antiretrovirales²) que permitieron que el VIH se convierta en una enfermedad crónica con un pronóstico de vida favorable siempre que se logre mantener una adecuada calidad de vida. Considerando que en este último constructo convergen una multiplicidad de factores que imponen un abordaje integral noto que el modelo imperante en la atención estaba basado en un enfoque biológico, predominando el modelo médico hegemónico.

Durante la concurrencia observé con preocupación las dificultades que presentaban las personas con VIH bajo tratamiento ARV para el sostenimiento del mismo, despertando mi interés para investigar sobre los aspectos que obstaculizan la adherencia a estos tratamientos.

² De aquí en adelante cuando se haga referencia a tratamiento anti retroviral se mencionará ARV.

Los interrogantes que me guiaron para el análisis de esta problemática son: a) ¿Cuales son las significaciones sobre la adherencia y la calidad de vida?; b)¿Cuales son los principales obstaculizadores y facilitadores en torno al trabajo de adherencia? ; c) ¿Cuáles son las estrategias de intervención que se pueden implementar desde el trabajo social para favorecer la adhesión a los tratamientos ARV?

Para dar respuesta a esta serie de interrogantes se hace importante definir la palabra adherencia, concepto clave que sustentará el desarrollo del trabajo; "Generalmente se asocia la "adherencia al tratamiento" con el cumplimiento correcto de la toma de medicación", pero cuando se habla de adherencia se esta hablando de mucho más que eso; se esta hablando de la posibilidad de un diálogo, y sobre todo de la nivelación de poder.

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

Numerosos estudios dan cuenta que en reiteradas ocasiones la causa del fracaso de la adherencia es la falta de información correcta y suficiente o la inadaptación entre la prescripción y la realidad de la vida de la persona.

El cumplimiento del tratamiento no debe significar de ningún modo "Obediencia". El esquema debe adecuarse a la realidad de la persona y no a la inversa, aunque el médico no acuerde con esa realidad.

La elección del tratamiento no debe ser vertical, es decir, no sólo depende del médico, debe ser trabajada entre la persona que vive con VIH/SIDA y el médico, en forma conjunta"³

³ Manual de prevención de VIH. Programa de Prevención de VIH/SIDA/ITS. Ministerio de la Provincia de Buenos Aires

En la actualidad y específicamente en el entorno asistencial de la infección por VIH, el término adherencia implica no solo cumplir con lo que indica el profesional, sino el de generar un papel más activo del paciente, con una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener un tratamiento antirretroviral.

Es aquí donde se incluye el quehacer profesional (en su carácter promocional, preventivo y asistencial) operando a partir de circunstancias que anulan o disminuyen la capacidad pensante y reflexiva del hombre, brindando apoyo, sostén, acompañamiento y favoreciendo a desarrollar al máximo las potencialidades de los sujetos. Siempre teniendo presente los fines del Servicio Social basados en el "Mejoramiento de las condiciones de vida, los cuales deben contribuir al desarrollo y al progreso social "Verdaderamente democrático" que tiende a la construcción y consolidación de una sociedad democrática, libre, igualitaria y pacífica, igualando las oportunidades de todos, con la plena participación de los sujetos involucrados"⁴

Nuestra disciplina ha tenido que realizar cambios y readaptarse frente a la nueva realidad de las personas conviviendo con el virus para poder contribuir a darles respuestas acordes a su situación actual.

⁴ Bibiana Travi, "La Dimensión Técnico-instrumental en Trabajo Social". Editorial Espacio, 2006.

MARCO TEORICO

CONCEPTO DE SALUD

A lo largo de la historia encontramos multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento histórico. Es a partir de 1958, cuando la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1956) define salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".

Esta definición de salud incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social. En esta época, la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación se convierten en las actividades más idóneas para proporcionar salud física, mental y social a los ciudadanos.

Posteriormente, a partir de factores de cambio, como el paso de las enfermedades agudas a las crónicas, el aumento de la esperanza de vida y el cambio en las causas de mortalidad, junto con otros factores, han dado pie a nuevas definiciones de salud. Mencionamos la definición elaborada en el Congreso de médicos y biólogos catalanes (Perpinya, 1976) donde se entiende el concepto de salud como "una forma de vivir autónoma, solidaria y alegre".

En referencia a estos tres conceptos podemos destacar que:

- “Una manera de vivir es sana cuando es autónoma, es decir, cuando con o sin enfermedad la persona tiene el mínimo de limitaciones”.
- “El valor autonomía y el valor solidaridad juntos tienen un valor determinante entendiendo la salud como un bien individual y social”.
- “Una forma de vivir alegre responde a la relación positiva que se puede tener frente a una realidad adversa igual que frente a una realidad amiga”.

A partir de ésta nueva concepción de salud, se añade a las ya mencionadas, de prevención, curación y rehabilitación, las actividades de la promoción de la salud y educación para la salud en la atención a la salud de las personas.

SALUD-ENFERMEDAD:

De acuerdo con la transmisión social de la **ENFERMEDAD** basada en la prevención, se retorna a medidas profilácticas en la antigüedad, luego en el siglo XIX se desarrolla el método científico, cuyas disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual (cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación e higiene personal)

La **SALUD** es un proceso histórico social, ligado a la Calidad de Vida, la salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad, ambas son parte de un proceso multidimensional y fluctuante.

En el transcurso de la vida nos acercamos a uno u otro extremo salud-enfermedad según se rompa o se refuerce el equilibrio dinámico de diferentes factores: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Desde este aspecto se considera al ambiente en su sentido más amplio, involucrando los aspectos políticos y económicos en sus niveles micro y macro sociales.

La salud es interpretada como la capacidad de cada persona de expresarse en cualquier circunstancia, desarrollando en cada medio su potencialidad. La salud individual además, está condicionada por la economía del país y políticas micro y macro sociales que se definen en cada contexto histórico determinado.

No hay una línea que divida la salud de la enfermedad, y además la normalidad cambia según el tiempo y la zona, según conductas, creencias y concepciones de grupos científicos representantes de la ideología reinante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS.1948), define a la salud como, "el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedades o afecciones."

Si bien en su época representó un gran avance sobre el estrecho criterio fisiológico, organicista y somático del concepto de salud, esta definición es una concepción estática, que no tiene en cuenta el devenir histórico ni las diferencias existentes entre los grupos sociales; la salud así definida pasa a ser algo utópico, inalcanzable. Además se manifiesta la duda respecto a la

relación bienestar igual salud, pero teniendo presente que el bienestar es algo totalmente subjetivo, y que es muy difícil determinar "el completo estado de bienestar" no hay un valor subjetivo para definir salud.

Terris, (1980) modificando la definición de la OMS introduce una forma objetiva de ver el estado de la salud "el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad".

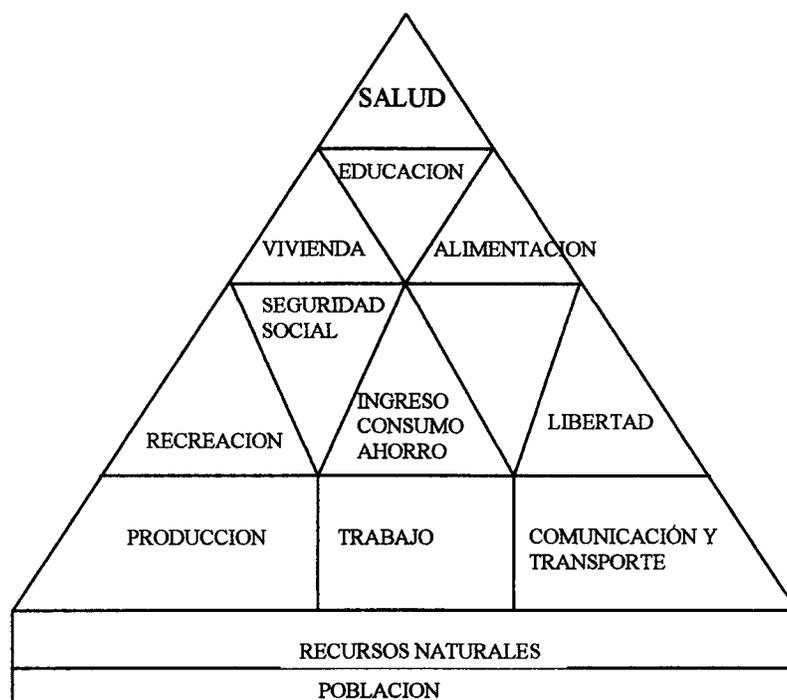
Se recogen tres cosas: Bienestar, malestar y capacidad de funcionar. Según Terris, no se parte de un punto neutro, ni donde dejamos de tener salud pero tampoco estamos enfermos. Cuando más nos alejemos de ese punto hacia el bienestar, mayor será el grado del mismo que tendremos y, por el contrario, si lo hacemos hacia el otro polo hallaremos el malestar.

La capacidad para funcionar será máxima en el grado máximo de bienestar y mínima cuando estemos en el grado máximo de malestar.

Para Salleras, Salud es el más alto nivel de bienestar físico, mental y social sumado a la capacidad para funcionar que permiten los factores sociales en que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Como se ha expuesto anteriormente las definiciones de la OMS, Terris y Salleras incluyen el concepto de **bienestar**, y teniendo presente que el mismo es el estado que alcanza un individuo al satisfacer sus necesidades, se desarrollará la pirámide que reúne los componentes del mismo propuestos por las Naciones Unidas en 1961 a fin de establecer la relación de cada uno de ellos con la salud.

Esquema N ° 1: Componentes de Bienestar. Naciones Unidas 1961.



Según el esquema anterior, la salud dependerá del desarrollo armónico de cada uno de los componentes, y para lograrlo es indispensable que como pilar se tenga la justicia social, basada en los principios morales y éticos, que permitan el logro de la equidad. La política social es el instrumento o forma de realizar las políticas públicas, con el propósito de asegurar un bienestar colectivo o bienestar social.

El concepto “campo de salud” (introducido por Blum 1974 y por Dever 1991) implica considerar a la salud basada en 4 factores determinantes: **Medio ambiente, Estilos de vida, Biología humana y Servicios sanitarios.** Estos cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí, mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental el

equilibrio ecológico y los recursos naturales. Se sostiene que para lograr un estado de salud estos factores deben de estar en equilibrio.

"Salud ya no es una mera adaptación a un medio... es un estado tal que capacita o facilita al ser humano a encarar positivamente los desafíos de la vida, luchando con energías para superar las dificultades de cada situación concreta." "... porque el hombre verdaderamente saludable no está, no quiere estar solo ni aislado, sino formando parte de un proyecto colectivo, comunitario y socio-cultural en el cual desplegar sus ricas posibilidades espirituales." René Olivieri.

Desde esta perspectiva, la salud es un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida misma. Se entiende como un proceso dinámico, responsable, participativo y equilibrado que tiene la finalidad de aproximarse a un estado ideal al que siempre nos podemos acercar un poco más.

"Todo criterio de salud reúne una concepción del hombre y la historia que lo fundamenta. De esta manera puede entenderse al hombre en una actividad transformadora que tiene su motor en la necesidad y donde la elaboración de un criterio de salud significa el análisis de las formas de relación del hombre con el mundo. El sujeto es sano en la medida que aprende la realidad en una perspectiva integradora, sucesivas tentativas de totalización y tiene capacidad para transformarlo, modificándose, a su vez, él mismo. El sujeto es sano en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación pasiva, rígida, y estereotipada."⁵

⁵ E. Pichón Riviere, en "La recuperación del trabajo, un camino en recuperación de la salud. Implicancias psíquicas, físicas y sociales de la inserción laboral de pacientes bajo programas

“En la representación social de sentido común la enfermedad es un fenómeno destructivo. La enfermedad está relacionada con la pérdida del rol social, con la dependencia de otro y con la angustia. La pérdida del rol social que ella implica se asocia a la exclusión de la vida social, a la soledad y a un sentimiento de aniquilamiento”⁶

La recuperación de este rol social es uno de los mayores desafíos en la recuperación de la salud de un individuo.

Estas definiciones evidencian el papel que juega la interacción del hombre con su medio en la determinación del estado de salud. El hombre es un ser social por naturaleza, por lo tanto tiene que estar integrado en la colectividad que lo rodea y mantener relaciones armoniosas con ella. Dicha integración constituye un factor de salud o enfermedad.

Resulta difícil encontrar una definición única y universal del término “salud”. Ello se debe a que esta palabra: 1) es usada en contextos múltiples y distintos; 2) se asienta en diferentes presupuestos básicos; 3) encarna aspiraciones ideales sobre el estado de vida deseable.

En los últimos años se ha tenido una concepción de la salud como derecho y como hecho bio – psico- social, una visión integral, total, compleja y dialéctica de la misma, como la define San Martín, H (1984) “salud como un estado relativo (salud relativa) de salud enfermedad, dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales) producto, también dinámico y variable, de todas las determinantes sociales (ambientales) y genético –

de atención de la salud en la prov. Bs. As. Hartfiel, M. Isabel; Kuravsky Rosana.

<http://www.clacso.edu.ar>

⁶ Idem cit. N° 5

biológico – ecológicas que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestras biologías.”⁷

Sumado a las definiciones anteriores, se debe tener en cuenta a la salud como un derecho. Ya que...”es un derecho fundamental de todos los seres humanos... implica que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los medios económicos que disponga la persona para pagar los servicios “⁸

Carlos Eroles sostiene, que “si todos los seres humanos tienen derecho, un derecho inmutable y universal, que los permite desarrollar, crear y recrear sus capacidad con el fin de satisfacer sus necesidades en la sociedad, en el ámbito de la salud, toda práctica institucional o profesional, debe adecuarse a las exigencias de respeto y valoración de los derechos humanos”

SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La OMS define a la calidad de vida como: *“la percepción que tienen los individuos de su situación de vida en el contexto de la cultura, y del sistema de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, normas e intereses.”*ⁱ

⁷ Modulo 1. Curso de Epidemiología general. Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara”. Cohorte 2003

⁸ Tulio Angel., “Trabajo Social y Derechos Humanos”. Su relación con la Bioética. Carlos Eroles. Revista de Trabajo Social. Año III N° III. Colegio de Asistente Sociales de la Provincia de Bs. As. La Plata. Agosto 2000.-

El significado que cada persona le asigna a la calidad de vida es singular y diferente, de acuerdo al grado de satisfacción y de bienestar que jerarquiza subjetivamente para su satisfacción.

Desde esta subjetividad la concepción de calidad de vida variará según donde se viva (campo- ciudad), el nivel educativo y la etapa del ciclo vital. Existe un estado de salud que resulta de un “estar sano” que puede, o no, coincidir con “sentir bien”, por lo que resulta importante detectar los factores que influyen en dicha percepción.

Laura Aresca⁹ plantea que uno de los parámetros tenidos en cuenta para evaluar la calidad de vida es la “funcionalidad”. Identificando tres tipos de funcionalidad:

- **La funcionalidad física** es la que más valoran las personas en general y la que quiere mantener mientras vivan.
- **La funcionalidad psíquica** para otros puede ser también un elemento que se desea conservar.
- **La funcionalidad social** precisa suficiencia económica y relaciones sociofamiliares o en su defecto políticas adecuadas de pensiones, actividades culturales y ambientales que le garanticen un bienestar mínimo, es decir necesidades básicas garantizadas.

Se sabe que el ser humano es un ser de necesidades. Claudia Krmpotic¹⁰ plantea las **necesidades humanas** desagregadas en dos tipos de categorías,

⁹ D' Ávila Rodolfo. Calidad de vida. La relación bio- psico- social del sujeto. ED. Lugar. Buenos Aires. 2005

¹⁰ Krmpotic, Claudia Sandra. El concepto de necesidades y políticas de bienestar.

las *categorías existenciales*: ser, tener, hacer y estar; y según *categorías axiológicas*: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, recreación, identidad y participación.

El ser se refiere a la posibilidad que tiene la persona a integrarse y formar parte de la sociedad, la disposición para generar y sostener vínculos, la capacidad de amar. El tener se refiere a las condiciones materiales necesarias para lograr bienestar (alimentación, vivienda, acceso a la salud, etc.).

El apoyo familiar y social es fundamental en el proceso salud- enfermedad, las personas necesitan amar y sentirse amadas. Se debe identificar esa red de contención socio- familiar que posee el paciente y la red de contención que identifica como tal.

Por lo que las necesidades no son entendidas como “carencia” sino como “potencialidad” desde su capacidad de motivar, comprometer y movilizar a la persona a superar su situación de malestar o necesidad.

En este sentido se considera que la **calidad de vida** es un concepto multidimensional que cubre aspectos subjetivos y objetivos en relación a la satisfacción vital, la salud real y la percibida y la capacidad funcional que posibilite la autonomía.

La Lic. Aresca destaca que el análisis de la calidad de vida implica asumir variables subjetivas, tales como, satisfacción, felicidad, autoestima y variables objetivas dentro de las cuales se puede medir la economía, nivel sociocultural, déficit funcional, hábitat, problemas de salud, etc.

Considerar las variables objetivas y subjetivas que entran en juego al momento de analizar la calidad de vida, significa comprender que la misma no

es solo resultado de un juicio individual sino la combinación de matrices sociales, políticas, económicas, culturales y la capacidad de la persona para satisfacer sus necesidades.

En este sentido, la autora postula la siguiente definición *“entendemos como calidad de vida la satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita lograr todos nuestros deseos o nos resigne encontrándonos satisfechos, en paz, queridos, la consolados.”*¹¹

Propone los siguientes factores que incluyen la calidad de vida:

- La independencia funcional: el grado de funcionalidad física, psíquica, económica.
- La vida en casa, con los tuyos
- La relación familiar, social. La soledad objetiva o subjetiva representa un factor negativo
- Como se acepta la vida. No son las cosas las que hacen daño sino al manera de ver los problemas
- Tener objetivos, metas, que nos ayuden a vivir e ilusionarnos
- Favorecer la autoestima

La evaluación de los factores que deben ser considerados, abarcan las siguientes dimensiones:

- Aspectos físicos (síntomas, dolor)

¹¹ Aresca Laura, Birgin Dora, Blum Susana, Buceta Emma, Figini María Cristina, Gulias Susana, Iconikoff Rosa, Kors Betty y Rosenfeld Clara. Psicooncología. Diferentes Miradas. ED. Lugar. Buenos Aires, 2004

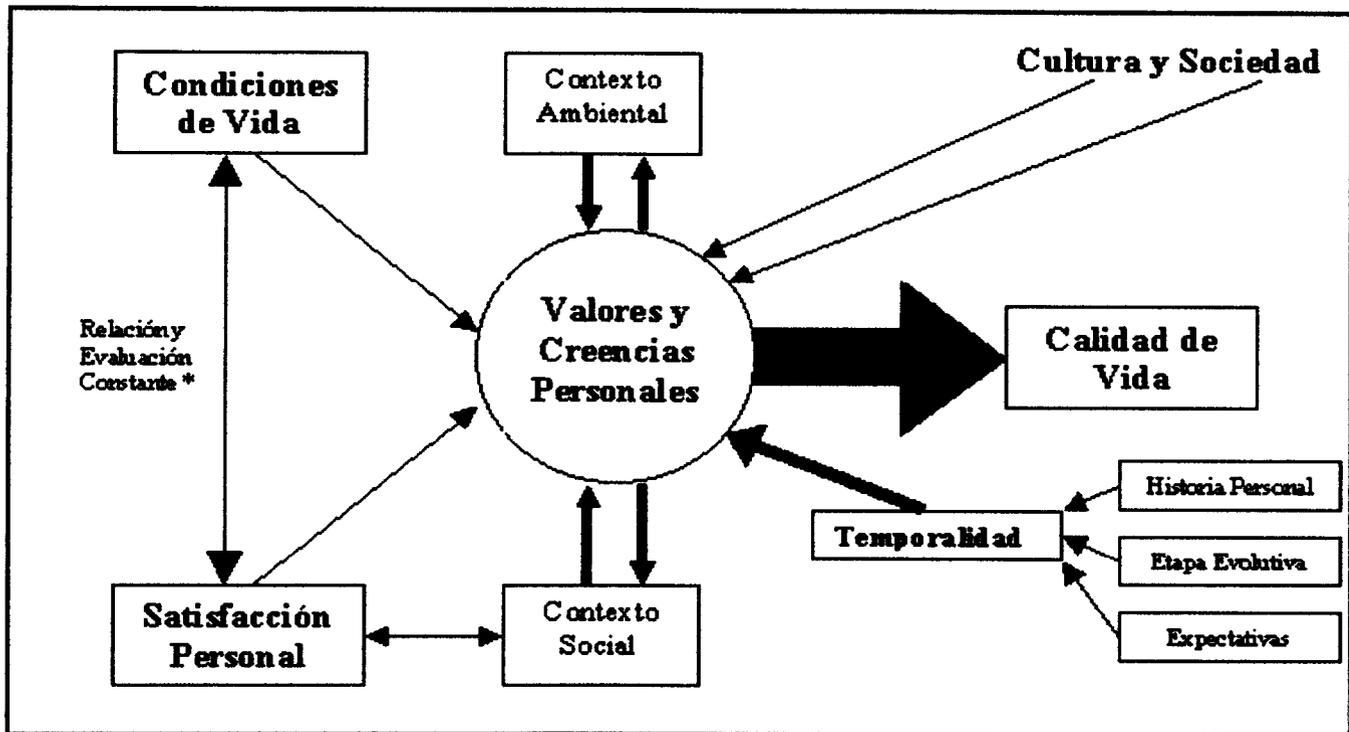
- **Habilidad funcional (actividades que realiza)**
- **Bienestar familiar (red de contención sociofamiliar)**
- **Bienestar emocional**
- **Satisfacción con respecto al tratamiento**
- **Sexualidad/ intimidad (incluyendo imagen corporal)**
- **Desempeño Social**

Por lo tanto "Calidad de vida" es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como el ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores"¹²

La calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones, materiales, psicológicas y espirituales del hombre, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana.

¹² www.monografias.com

Esquema: Calidad de Vida desde la Subjetividad



SALUD PÚBLICA

Existen diferentes significados de salud pública, no obstante hay algo común a todos ellos: la visión poblacional de los fenómenos de la salud y enfermedad.

La OMS en el año 1973 define " 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 servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos. Se ocupa de la salud

global de las poblaciones bajo sus aspectos de promoción y protección de la salud. Curación, readaptación y educación para la salud”.

“La salud pública que estudia la salud – enfermedad como hecho colectivo, es decir, como un proceso que incluye una secuencia de etapas que no se encuentran demarcadas en un sentido estricto sino que están interrelacionadas entre sí y a la vez enmarcadas dentro del contexto social de un área determinada. Es entonces un proceso dinámico en donde intervienen una serie de causas que influyen sobre el concepto de salud y enfermedad. Tiene el propósito fundamental de promover la salud, prevenir la enfermedad, de curarla y aliviarla cuando se presenta, y de rehabilitar al enfermo.”¹³

Actualmente se define como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de la población”¹⁴

En cuanto a quienes son los responsables de dicha tarea se establece que es una función ejercida por la sociedad en general.

Necesita de la participación organizada de la comunidad en el cuidado de su propia salud, constituyendo un sistema, movimiento o gran empresa social dirigida a elevar el nivel de salud de la población.

Salud pública expresa los planes políticos en materia de salud de un país o región poniendo énfasis en las acciones sobre el ambiente y reconociendo la importancia de los aspectos sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida.

¹³ Víctor Mario Estrada Ospino. “Salud y planificación social” ED. Espacio, 2006.

¹⁴ La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. Gálvez Vargas R, Sánchez González MC. 10° Ed. Barcelona: Masson, 2001.

La *atención de la salud* desde la dimensión de su construcción social, los procesos de salud-enfermedad-atención, constituyen una trama de representaciones y prácticas en las que se articulan procesos económicos, sociales, políticos e ideológicos (Kornablet) .

La atención de la salud esta conformada por todas las acciones ejercidas sobre las personas, directa o indirectamente por los profesionales, técnicos y personal auxiliar, que componen los equipos de salud interdisciplinarios a través de la : promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, rehabilitación, educación, investigación y administración.

Se destaca que la **promoción y protección de la salud** constituyen una poderosa estrategia para fortalecer el concepto y la práctica de la salud pública, son imprescindibles para producir un fuerte impacto sobre los factores condicionantes.

La OMS define la promoción de la salud como aquel conjunto de actividades que abarcan el fomento de estilos de vida y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales, que favorecen la salud, no solo para protegerla, sino para incrementarla tanto a nivel individual como colectivo.

Otra importante dimensión del movimiento de de promoción de la salud es una mayor participación de los ciudadanos en materia de salud. La salud no es algo que sólo competa a los profesionales sanitarios, ya que depende en gran medida de desiciones personales. Se trata de hacer de la salud patrimonio de toda la sociedad. En la Carta de Ottawa (1986), se define a la promoción de la salud como "el proceso por el cual se confieren a la población los medios

para asegurar el control de su propia salud y para incrementarla". Se enumeran dimensiones que se deben seguir:

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

Entonces se puede decir que la Promoción de la salud " es el esfuerzo colectivo de llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad, al primer plano de la preocupación colectiva, del esfuerzo y decisión política, de la creación artística y cultural de la vida cotidiana, de los diversos escenarios y niveles de los que ocurre y realiza la vida. Es entonces el conjunto de las actividades que las distintas personas e instituciones realizan cada día para lograr que la vida sea posible y lograr adecuadas condiciones de salud"¹⁵.

Puesto que la salud es un componente central del desarrollo humano, su promoción que abarcar un ámbito de acción mucho más amplio que el usualmente constituido por los sistemas y servicios de salud. Se trata promocionar la autonomía y la capacidad funcional de las personas y su independencia de los profesionales de los servicios.

¹⁵ Aresca Laura, Birgin Dora, Blum Susana, Buceta Emma, Figini María Cristina, Gulias Susana, Iconikoff Rosa, Kors Betty y Rosenfeld Clara. Psicooncología. Diferentes Miradas. ED. Lugar. Buenos Aires, 2004

GENERALIDADES SOBRE EL VIH/SIDA

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL VIH/SIDA

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

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (1989) concuerdan en que la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) se remonta al año 1959 en Zaire, evidenciándose en el resto del continente africano en la década de los setenta como una epidemia silente, es decir, que las personas portadoras del mismo no manifestaban síntomas propios de la enfermedad como tal.

En los últimos años de la década de los setentas y principio de los ochentas, un extraño tipo de cáncer denominado Sarcoma de Kaposi, y una serie de infecciones que se presentaban solamente en personas con defensas orgánicas muy debilitadas, comenzaron a manifestarse y a ser observados por especialistas sin que existiera razón evidente para que aparecieran.

La primera noticia sobre el SIDA como enfermedad fue publicada en 1981 por los Centros de Clasificación de Enfermedades de Atlanta. Los primeros informes se referían a trastornos severos y rápidamente mortales de la inmunidad celular que afectaban a varones jóvenes homosexuales con un amplio historial de enfermedades sexualmente transmisibles; los casos detectados presentaban características comunes que hacen pensar en la aparición de una enfermedad

nueva, hasta entonces desconocida por la ciencia y cuyo comienzo se manifiesta en los Estados Unidos a fines de 1980.¹⁶

La denominación de los primeros cuadros clínicos recibía el nombre de "GRIP" que significaba: "Deficiencia Inmunitaria Relacionada con la Homosexualidad". Sin embargo este nombre dejó rápidamente de ser apropiado, ya que en abril de 1982 se describieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contacto homosexual, en usuarios de drogas intravenosas, en politransfundidos y en mujeres que eran parejas sexuales de los enfermos; ya que la característica principal de este tipo de infección era la extrema gravedad de su presentación y evolución clínica y el hecho de que el sistema inmunitario normalmente responsable de luchar contra las infecciones parecía no cumplir con su función de defensa del organismo. Pronto la presencia de varios síntomas y signos manifestados a través de la deficiencia grave de respuesta del sistema inmunitario que eran adquiridos a lo largo de la vida de las personas y no genéticamente, recibió el nombre de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).¹⁷

CARACTERÍSTICAS DEL VIH/SIDA

Para entender este término, es importante dejar claro que: el virus de la Inmuno Deficiencia Humana el "VIH" ha sido claramente identificado como la causa primaria del SIDA. Existen numerosas familias de virus capaces de

¹⁶ Velásquez, Gloria. Diagnóstico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Corporación para investigaciones biológicas, primera edición, Medellín, Colombia, 1991.

¹⁷ Ídem Cit. N° 16

infectar a las personas produciéndoles enfermedades, a menudo graves como Polio, Herpes, Viruela, Hepatitis, Dengue y otras.

El causante del SIDA, pertenece a la familia de los retrovirus; que se caracterizan por tener la capacidad de utilizar el organismo al que atacan para reproducirse a si mismos. Cuando el virus esta en el organismo, penetra en los glóbulos blancos llamados linfocitos T4 o CD4. Una vez alojado en el linfocito T4, el virus lo convierte en una fábrica de más virus, lo que facilita su multiplicación y por ende el linfocito se destruye. Al morir muchos linfocitos T4, disminuye la cantidad en el cuerpo humano y la eventual consecuencia es que el cuerpo queda inmunodeficiente, permitiendo infecciones por gérmenes poco comunes.¹⁸

Este virus se transmite por contacto sexual, por exposición a sangre o productos sanguíneos contaminados y por exposición perinatal o congénita. La transmisión directa se da por el paso de células infectadas, en fluidos genitales de personas seropositivas convirtiéndose éstos líquidos en el vehículo de transmisión del virus en las relaciones sexuales.

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

El virus VIH-1 es el responsable de la mayor parte de los casos de SIDA en África - Asia - América Latina y el Caribe - Europa y los Estados Unidos. En África se ha aislado otro virus del mismo grupo denominado VIH-2, que también causa el SIDA, aunque en una menor proporción de los casos a nivel mundial. La

¹⁸ Revista "Patogenia de la infección por VIH"; Bristol – Myers Squibb Argentina, Bs. As, 2006.

infección por VIH-2 es frecuente en varios países de la costa Oeste de África y se han descrito algunos casos en otras regiones.¹⁹

Aun cuando ambos virus infectan las mismas células y producen el mismo tipo de manifestaciones clínicas, se piensa que le VIH-2 tiene un período medio de incubación (período que transcurre entre la infección y la aparición de los síntomas) más prolongados. Ambos virus son muy resistentes dentro del organismo pero, afortunadamente, son vulnerables a los cambios de temperatura y no sobreviven mucho tiempo en el ambiente externo. (OMS, 1991)

Para entender la complejidad de la enfermedad, debe considerarse que el infectado VIH o seropositivo, es aquel individuo con una prueba confirmatoria o positiva de anticuerpos VIH. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es aquella condición de enfermedad que se produce por la infección de VIH. Específicamente es el conjunto de síntomas que se desarrolla cuando nuestro sistema inmunológico o de defensa no puede trabajar adecuadamente debido a que el VIH lo ha debilitado (Ministerio de Salud, 1996).

El caso de SIDA debe reservarse para la persona que tenga al menos una condición clínica de desarrollo del SIDA, manifestada a través de una enfermedad (es) específica (s). La característica principal es la pérdida de competencia del sistema inmune como resultado de la infección VIH. El VIH, como agente causal del sida, debilita el sistema inmunológico como resultado del efecto mortal sobre las células que lo componen. Cuanto más células del sistema inmunitario

¹⁹ Boletín sobre vih/sida en la Arg; Ministerio de la salud y Ambiente de la Nación; Año XII, Número 26, diciembre 2007.

mueren a raíz de la infección por el VIH, más difícil le resulta al organismo defenderse contra otras infecciones.

El proceso de infección con el VIH puede separarse en cuatro etapas para facilitar el entendimiento de su evolución:

- Período temprano o agudo, correspondiente a la infección con el virus; dura unas pocas semanas.
- Período de latencia, el virus está en el organismo sin manifestar ningún problema de salud, es decir, que el virus permanece dormido en el organismo, aproximadamente de 10 años en países desarrollados y un período de 5 a 7 años, en los países tercermundistas. Este período incluye a la vez dos sub-etapas que son el período de incubación y el período de ventana. Durante este tiempo las personas pueden sentirse bien y saludables, desconociéndose la presencia del virus y de esta forma se puede contagiar a otras personas por medio de prácticas sexuales riesgosas u otras prácticas de riesgo.
- Tercera etapa, compleja relacionada al SIDA, esta etapa dura de un año a tres años. Es el período de aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, que en sí son leves como: la inflamación de los ganglios, resfríos, hongos, sudoración, diarrea, pérdida de peso, fiebre, etc.
- Cuarta etapa, desarrollo del SIDA, en esta etapa el sistema inmune o de defensa no trabaja adecuadamente y las personas infectadas por VIH quedan expuestas a enfermedades que son potencialmente mortales (infecciones oportunistas). En esta etapa se dice que la persona tiene SIDA.²⁰

²⁰ Revista "Cuerpo positivo"; Edita Fundación SPES, año 3, N° 9, 2006. Bs. As.

Durante el período inicial el nivel del VIH en la sangre aumenta rápidamente. Una vez llegado a un punto máximo comienza a descender, paralelamente con el aumento de anticuerpos (sustancias producidas por el sistema inmunitario, que actúan contra los virus y otros microorganismos extraños en la sangre). A este período inicial le sigue el período intermedio o de latencia, en el que el nivel de anticuerpos se mantiene elevado mientras que el nivel de virus se mantiene bajo. Durante el período final, el de presentación de los síntomas del SIDA, el nivel de anticuerpos disminuye significativamente, mientras el nivel de VIH, es en este período final que aparecen las manifestaciones clínicas del SIDA.²¹

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

El virus del HIV se transmite de tres formas, a saber:

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

²¹ Ídem Cit. 20.

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

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es, hoy en día, prácticamente nula, ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1987 y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas.

Las personas que se inyectan drogas corren riesgo de infectarse por , VIH esto incluye las drogas intravenosas (drogas inyectadas por las venas). Muchas personas que emplean agujas para drogarse comparten estas agujas con otras personas que también usan drogas. Cuando una persona infectada por VIH hace esto, el virus puede propagarse a otra persona a través de las diminutas cantidades de sangre adheridas a la aguja.

Transmisión madre e hijo durante la gestación: Esto puede suceder antes de nacer el niño o durante el parto. Un bebé recién nacido puede contagiarse el VIH a través de su madre si ella tiene el virus en su organismo. Puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto. Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión; Por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es seropositiva. A veces, la madre no sabe que tiene el HIV que ya está embarazada.

El VIH no es un virus transmitido por vía aérea o por los alimentos y no vive por mucho tiempo fuera del cuerpo.

El virus no se contrae por contacto casual (tocando manos, abrazando o besando, usando el inodoro, bebiendo del mismo vaso, o por el estornudo y tos una persona infectada).

FORMAS DE DETECCIÓN DE INFECCIÓN DE HIV

El test de VIH consta de un simple análisis de sangre que uno puede realizarse en nuestro país en cualquier hospital público y el cual es gratuito. Es carácter del mismo es preventivo, ya que conociendo la condición del portador del virus del VIH lo más temprano posible, mejores son las perspectivas de vida para el enfermo. El análisis que generalmente se realiza se llama Elisa y es una prueba que permite detectar ciertos elementos que el cuerpo produce para contrarrestar la infección llamados anticuerpos.

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

Cuando un individuo presenta dos pruebas ELISA positiva se realiza la prueba confirmatoria de la presencia de anticuerpos contra el VIH (Western Blot inmunoelectrotransferencia) Aparte de ser una prueba de alta sensibilidad cuenta también con una alta especificidad, es decir que la probabilidad de que la prueba sea negativa en ausencia de la enfermedad es muy alta. Todo resultado positivo es confirmatorio de la presencia de anticuerpos.

TRATAMIENTO ANTI-RETROVIRAL

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

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

El criterio actual es que mientras el sistema inmunitario se mantenga relativamente conservado, no es necesario comenzar a tomar la medicación antirretroviral. Para el inicio del tratamiento se deben tener en cuenta el estado clínico de la persona (si tiene síntomas o no), los resultados de laboratorio y la disposición que tiene para tomar la medicación”²²

El Tratamiento ARV se compone de tres medicamentos que deben ser tomados juntos. Este tratamiento se inicia cuando las defensas o CD4 han disminuido (menos de 200) o cuando la carga viral se encuentra muy elevada (más de 100 000 copias por cc de sangre). Si estas pruebas no son posibles se debe tener en cuenta el avance de la infección y los síntomas clínicos que

²² Manual de Prevención de VIH. Programa Provincial de Prevención de VIH-SIDA/ ITS.

presente la persona (debe iniciarse tratamiento si la persona adquiere infecciones oportunistas asociadas al VIH, aunque siempre es mejor evitar que esto suceda).

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

El objetivo del tratamiento contra el VIH es prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con VIH/SIDA. Los fármacos actualmente disponibles consiguen estos objetivos reduciendo la cantidad de virus que circula en el organismo (carga viral) a niveles mínimos y por tiempos prolongados. A medida que la cantidad de virus disminuyen, el sistema inmunológico tiende a recuperarse y así aumenta la cantidad de linfocitos CD4+. El sistema de medición de carga viral de HIV más difundido es el Monitor Amplicor HIV 1, un test con la capacidad de detectar en sus versiones hasta 50 copias de ARN viral por mililitro (carga viral)²³, sensibilidad necesaria para el seguimiento adecuado de los tratamientos de alta eficacia.

En estos últimos años se han producido grandes avances en el campo de la terapia antirretroviral. La consecuencia ha sido una reducción en la progresión de la enfermedad, una mejoría en la supervivencia y una disminución en el número de infecciones oportunistas, así como de ingresos

²³ Ver anexo N° 4

hospitalarios de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los conocimientos sobre mecanismos de resistencia sugieren que la persistencia de replicación en presencia de ARV lleva invariablemente a la selección de cepas resistentes. Tanto las terapias menos activas como el incorrecto cumplimiento del tratamiento crean las condiciones de presión selectiva que incrementa la posibilidad de aparición de mutantes resistentes. Existen numerosos factores que pueden tener una influencia negativa en la consecución de los objetivos deseados, como el estadio clínico, la cepa viral infectante, la historia de tratamientos previos, la carga viral y problemas farmacocinéticos, pero entre ellos, cabe destacar por su importancia la adherencia incorrecta al tratamiento. La adherencia terapéutica constituye un potente predictor de respuesta, tanto en el contexto de ensayos clínicos como en estudios de cohortes. Por este papel trascendental se ha calificado a la falta de adherencia como el «talón de Aquiles» de la terapia ARV.

Los términos «adherencia» y «cumplimiento» se emplean, con frecuencia, de forma indistinta.

En un principio, solamente se empleaba el término «cumplimiento» para definir la correcta toma de los medicamentos. Sin embargo, algunos autores prefieren el término «adherencia», considerando que define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ARV

Promover la adherencia al tratamiento trasciende la simple ingestión de medicamentos, debiendo ser comprendida de forma más amplia, incluyendo, entre otros aspectos, la participación de las personas viviendo con VIH, el establecimiento de vínculos con el equipo de salud, el acceso a la información, el seguimiento clínico-laboratorial, la adecuación a los hábitos y necesidades individuales y compartir las decisiones relacionadas a la propia salud, inclusive para personas que no hacen uso del tratamiento ARV.

Debe ser entendida como un proceso de negociación entre el usuario y los profesionales de salud, en el cual son reconocidas las responsabilidades específicas de cada uno, que apunta a fortalecer la autonomía para el autocuidado.

La adherencia es un proceso dinámico y multifactorial que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y comportamentales, que requiere decisiones compartidas y corresponsabilizadas entre la persona que vive con VIH, el equipo de salud y la red social.

La adherencia “Generalmente se asocia la “adherencia al tratamiento” con el cumplimiento correcto de la toma de medicación”, pero cuando se habla de adherencia se esta hablando de mucho más que eso.

Se esta hablando de la posibilidad de un diálogo, y sobre todo de la nivelación de poder.

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

Muchas veces la causa del fracaso de la adherencia es la falta de información correcta y suficiente o la inadaptación entre la prescripción y la realidad de la vida de la persona.

El apego estricto de las personas viviendo con VIH a la combinación de medicamentos anti-VIH es esencial para:

- Obtener el máximo de beneficio terapéutico.
- Mantener la inhibición viral.
- Prevenir el desarrollo de resistencia.

Existe una relación directa entre una mala adherencia y la complejidad del régimen de medicamentos, la cantidad de fármacos incluidos y la medida en la que el régimen interfiere con la vida cotidiana del paciente.²⁴

Además los tratamientos combinados suelen asociarse a efectos secundarios severos, que incluyen reacciones transitorias como diarrea, astenia, náusea y vómitos, así como con efectos más duraderos como hipoestesia oral y neuropatía periférica.

El cumplimiento del tratamiento no debe significar de ningún modo "Obediencia". El esquema debe adecuarse a la realidad de la persona y no a la inversa, aunque el médico no acuerde con esa realidad.

La elección del tratamiento no debe ser vertical, es decir, no sólo depende del médico, debe ser trabajada entre la persona que vive con VIH/SIDA y el médico, en forma conjunta".²⁵

²⁴ Boletín sobre vih/sida en la Arg; Ministerio de la salud y Ambiente de la Nación; Año XII, Número 26, diciembre 2007.

²⁵ Manual de prevención de VIH. Programa de Prevención de VIH/SIDA/ITS. Ministerio de la Provincia de Buenos Aires

En el tratamiento, comprendido como un proceso dinámico, las personas están sujetas a una variedad de factores que influyen su continuidad o interrupción. Promover su adherencia es un desafío que sufre oscilaciones y demanda una atención continua. De esta forma, la adherencia no es una característica de las personas, sino un proceso, donde la persona no "es adherente", sino que "está adherente", exigiendo un continuo seguimiento.

La adherencia al tratamiento depende, entre otros factores, de la provisión de métodos, herramientas e incentivos específicos y, especialmente, del grado de compromiso del paciente y del cuidador en el desarrollo del plan terapéutico y en la comprensión de su importancia. Es fundamental que en el seguimiento los profesionales de salud consideren las necesidades y singularidades socioculturales presentadas por las personas. En este sentido, el apoyo psicosocial es una variable fundamental para la promoción de la calidad de vida de las personas viviendo con VIH.

En la actualidad y específicamente en el entorno asistencial de la infección por VIH, el término adherencia implica no solo cumplir con lo que indica el profesional, sino el generar un papel más activo del paciente, con una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener un tratamiento ARV

"La eficiencia del Tratamiento ARV se ha relacionado de forma muy estrecha con el grado de adherencia al mismo. En pacientes con cumplimiento correcto del Tratamiento ARV superior al 95% se observa una supresión viral en casi el 80% de ellos, mientras que sólo cumplimentaciones discretamente

inferiores al 90% ya se correlacionan con fallos del Tratamiento ARV superiores en el 50% de los casos”²⁶

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

“La eficacia del tratamiento antiretroviral ha sido demostrada en múltiples ensayos clínicos. Su eficiencia igualmente ha sido constatada en la práctica clínica por numerosos estudios observacionales. Cada vez se va perfilando con mayor claridad las normas a seguir para el inicio, el cambio o el rescate en el tratamiento de los enfermos con infección por el VIH y además periódicamente se actualizan los documentos de consenso de tratamiento antirretroviral” .²⁷

Diversos trabajos²⁸ han querido estudiar las posibles variables predictoras de adherencia o de no adherencia. Entre las variables asociadas negativamente con la adherencia a Tratamiento ARV se han clasificado en:

²⁶ Boletín sobre vih/sida en la Argentina. Año X – Número 24 – Diciembre 2005 – Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

²⁷ 3 Boletín sobre vih/sida en la Argentina. Año X – Número 24 – Diciembre 2005 – Ministerio de Salud y Medio Ambiente

²⁸ Encuentro Nacional de pvvs para el trabajo en adherencia” Bs. As. 2005

Lic. Gemeto Florencia, Lic. Bacin Gabriela, Enfoques y perspectivas sobre la adherencia en la Argentina, Bs. As.2005

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

Estos estudios aceptan que los factores que de forma relevante afectan a la adherencia son los relacionados a los aspectos psicosociales.

Un proyecto sobre la temática, realizado por el Ministerio de la salud de la Nación de Perú, propone un modelo **Conceptual para la Adherencia al Tratamientos ARV**: “ El grado en que el usuario del servicio realice las indicaciones del prestador está afecto a una serie de factores externos e internos que acceden de acuerdo a un momento político-social determinado. La evolución del concepto de Adherencia está relacionada a la relación médico – paciente a través de la historia de la humanidad. El modelo conceptual para la Adherencia al Tratamiento ARV permite enfocar este proceso como:

- Dinámico (susceptible a los cambios por influencia de factores internos y externos),
- Participativo (servicios de salud, usuario, comunidad),

- Vinculado al entorno socioeconómico (acorde a la realidad local, permite garantizar posicionamiento y sostenibilidad en un momento determinado),
- Impulsa la corresponsabilidad del mantenimiento de la salud por parte de los prestadores de servicio y los usuarios del mismo,
- Impulsa la democratización de la toma de decisiones por parte del equipo de salud de los establecimientos (organización como equipos multidisciplinarios).

Los componentes para el modelo de Adherencia son básicamente tres:

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

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

POLITICO ECONOMICO, ACCESO A LA OFERTA DE SERVICIOS (al tratamiento, a servicios de soporte), la **SOSTENIBILIDAD** de la intervención (compromiso político, fortalecimiento, financiamiento) y el **IMPULSO A LA**

MOVILIZACIÓN SOCIAL (que garantiza el empoderamiento de los usuarios en el sistema).²⁹

²⁹ www.minsa.gob.pe

SITUACION DE LA EPIDEMIA HIV/SIDA EN EL MUNDO

El ONUSIDA y la OMS están trabajando actualmente con mejor información de muchos más países. En los últimos años, diversos países, en particular en África subsahariana y Asia, han ampliado y mejorado sus sistemas de vigilancia del VIH y han llevado a cabo nuevos estudios más precisos que proporcionan información más fidedigna sobre la prevalencia del VIH que los estudios anteriores. Además, 30 países, en su mayor parte en África, han realizado encuestas por hogares basadas en la población que son representativas a nivel nacional y que también han servido para hacer ajustes para otros países con epidemias similares que no habían efectuado dichas encuestas. Se han elaborado asimismo nuevas hipótesis como resultado de una mejor comprensión del curso natural de la infección por el VIH sin tratar.

La estimación actual de 33,2 millones [30,6 – 36,1 millones] de personas que viven con el VIH, sustituye la estimación de 2006 de 39,5 millones [34,1 – 47,1 millones]. Aplicando retrospectivamente la metodología mejorada a los datos de 2006, el informe de 2007 revisa esa cifra de modo que las estimaciones actuales correspondientes a 2006 señalan que en aquella fecha había 32,7 millones [30,2 – 35,3 millones] de personas que vivían con el VIH.

Si bien la prevalencia mundial de la infección por el VIH, es decir, el porcentaje de personas infectadas por el VIH, se ha estabilizado, el número total de personas que vive con el VIH está aumentando como consecuencia de la incesante propagación de la infección por el VIH, combinada con tiempos más largos de supervivencia, en una población general en crecimiento constante.

Se estima que en el año 2007 el número de nuevas infecciones fue cercano a los 2,5 millones de personas (1,8 – 4,1 millones), quienes en su mayoría desconocen que están infectadas por el virus, de las cuales, 420.000 serían menores de 15 años

En cuanto a las defunciones causadas por sida en el año 2007, se estima un total de aproximadamente 2,1 millones en todo el mundo, de los cuales 330.000 (16%) fueron niños menores de 15 años de edad. Por lo tanto, el sida ha pasado a ser la principal causa de muerte en África. Dos de cada tres adultos (68%) y casi el 90% de los niños Infectados con el VIH viven en esta región y más de tres de cada cuatro (76%) muertes por sida en 2007 ocurrieron allí.

En los dos últimos años el número de personas fallecidas por enfermedades relacionadas con el sida se ha reducido, en parte gracias a los efectos prolongadores de la vida que tiene la terapia ARV. El sida figura entre las principales causas de mortalidad en el mundo y sigue siendo la principal causa de defunción en África. Su paso por el mundo ha provocado consecuencias negativas. Ha provocado retrocesos en el desarrollo de países, terminando con millones de vidas, acrecentando aún más la brecha entre pobres y ricos, y quebrantado así la seguridad social y económica.

Otro obstáculo importante y que debilita la prevención, es la estigmatización y la discriminación resultante hacia las personas que viven con VIH, ya que reducen la eficacia de los esfuerzos por controlar la epidemia mundial, favoreciendo su avance.

La epidemia de VIH en América Latina sigue siendo en general estable, y la Transmisión del VIH continúa entre las poblaciones en mayor riesgo de

exposición, incluidos los/as trabajadores/as sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres.

El estimado del número de nuevas infecciones por el VIH en América Latina en 2007 fue 100.000 [47.000–220.000], lo que eleva a 1,6 millones [1,4 millones - 1,9 millones] el número total de personas que viven con el VIH en esta región. Se estima que 58.000 [49.000 –91.000] personas murieron de sida en el último año. Las relaciones sexuales sin protección entre hombres es un factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú en América del Sur, así como en varios países centroamericanos, entre ellos El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

SITUACION DE LA EPIDEMIA HIV/SIDA EN ARGENTINA

Las estimaciones durante el año 2007 en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y la Dirección de sida y ETS muestran que aproximadamente 134.000 (128.000 a 140.000) personas viven con VIH/sida en Argentina, de las cuales un 50% desconocerían su situación serológica.

En cuanto a la evolución de la distribución de los casos de sida por sexo, hasta el año 1987 era predominantemente en hombres. Durante el mismo año se diagnosticó el 1º caso de sida en mujeres y la razón hombre/mujer fue de 92/1. En el 2006 semejante a la tendencia presentada en el 2007 según los casos notificados hasta la fecha de elaboración del presente informe, la razón fue de 2,4/1 hombres por mujer valor estable en los últimos cinco años. Siguiendo con el descenso de la razón hombre/mujer, en el total de casos

acumulados notificados de enfermos de sida alcanza a 3 hombres por cada mujer.

Como se puede observar sobre el total de casos acumulados de sida las mujeres representan el 25,1 %, los hombres el 74,6% y los registros donde no se puede constatar el sexo corresponde al 0,3% (en general son registros de principio de la década de los años 90). Sin embargo 2006 y muy semejante el año 2007 se refleja una diferencia cercana al 5% con los porcentajes actuales: las mujeres representaban el 29,8% y los hombres el 70,2%.o, en los casos notificados del año .Tanto en Argentina como en el resto del mundo la tendencia expresa que, en la epidemia, la mayor concentración de casos se ha presentado en edades sexualmente activas; se percibe así la importancia de focalizar acciones de prevención y diagnóstico precoz de VIH en la mujer y principalmente en la mujer embarazada para poder suministrarle un tratamiento adecuado a fin de evitar, además, la transmisión vertical. Actualmente una de las políticas más fuertes del Ministerio de Salud de la Nación se encamina hacia la erradicación de la Transmisión Vertical del VIH.

De acuerdo con las estadísticas, la pandemia afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra mayoritariamente en ambos sexos entre 25 y 39 años si se tiene en cuenta que el acumulado de casos es entre 25 y 34 años.

Respecto al total de notificaciones de sida en todo el país se destaca que la principal vía de transmisión es el uso de drogas intravenosas con el 32,1%, seguido por transmisión sexual en primer lugar con el 32,5% en heterosexuales y luego con el 17,9% en hombres que tienen sexo con hombres.

Esta distribución no refleja el patrón de transmisión que sigue la epidemia en la actualidad. Desde principios de los años 90 en los casos diagnosticados de sida, la vía de transmisión más frecuente es por relaciones sexuales desprotegidas. Entre las personas que desarrollaron sida en el año 2006, la distribución fue la siguiente: las relaciones heterosexuales con el 62,9% seguido por hombres que tienen sexo con hombres 13,9% y luego los usuarios de drogas inyectables 12,3 %.³⁰

³⁰Boletín sobre VIH/SIDA en la Arg; Ministerio de la salud y Ambiente de la Nación; Año XII, Número 26, diciembre 2007.

TRABAJO SOCIAL

“El Trabajador Social es un profesional de las relaciones interpersonales, un educador que se capacita y capacita a las personas afectadas por situaciones problemas, en el conocimiento de una realidad concreta, transfiriendo instrumento para que ellos puedan operar en las mismas, ya que solo el conocimiento racional, sistemático y científico permite a los hombres encontrar alternativas viables a factibles para superar su realidad”.³¹

De esta manera, El Trabajador Social orienta sus intervenciones a fin de modificar una situación- problema en la que se reconoce el binomio sujeto-necesidad, entendiendo al sujeto como dimensión individual, familiar, grupal o comunal.

Desde esta perspectiva el Trabajador Social debe apelar a la participación de todos los miembros de la familia, por lo que es sustancial que oriente sus intervenciones a apoyar e incentivar todos aquellos aspectos fortalecedores que favorezcan el desarrollo del individuo y el logro de su bienestar general, permitiéndole, tomar decisiones y actuar en forma independiente, sostener interacciones favorables y ser crítico con su situación.

“Un trabajador social puede dar muestras de habilidad descubriendo, punto por punto, los elementos del medio pasado y presente de su cliente, sin poseer sin embargo la comprensión de la asistencia social que, en medio de una enormidad de detalles, llevo a captar la dificultad capital del problema. En esos

³¹ Kisnermman Natalio, “Pensar en Trabajo Social”. Ed. Lumen. Bs. As. Arg. 1998

términos no es posible adquirir la seguridad de la técnica, sin poseer desde el comienzo y sin adquirir luego esta comprensión”³²

Desde este punto de vista el Trabajador busca, comprender una situación determinada. Esta comprensión se basa en la característica específica del objeto social, de acuerdo a la cual este es un ser pensante, por lo cual, siempre de alguna manera moldea conscientemente su situación, lo que lleva al Trabajador Social a tener comunicación con él.

Reconocemos a la comunicación racional, como la principal forma de establecer el vínculo entre trabajador social y asistido, acorde con esta perspectiva adherimos a los aportes de Osvaldo San Giacomo³³ en lo referente a la modalidad de conocer y comprender el objeto de estudio de trabajo social: los sujetos de la situación específica. El autor nos plantea que los sujetos sobre los que dirigimos nuestra atención profesional deben reconocerse como necesarios para el conocimiento objetivo de la realidad. Son personas cuyas acciones fueron realizadas de acuerdo a su naturaleza y carácter de seres capaces de elaborar y ejercer su pensamiento. Personas que están en una situación peculiar en cuanto a una disminución o pérdida de objetividad en sus conceptualizaciones respecto de los actos que realiza, por lo que puede necesitar de la atención profesional de un TS a fin de recuperar, mediante un proceso reflexivo para la atención de sus necesidades, los niveles de objetividad en las acciones que realiza.

³² Richmond Mary. Caso Social Individual.

³³ San Giacomo, Osvaldo. “Construcción del objeto y comunicación racional”, en Trabajo Social profesional: El método de la comunicación racional. Ed: Humanitas. Mar del Plata. 1996.

Para hacer mayor hincapié en la persona, y los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta de la misma a la hora de resolver el problema en el trabajo social individualizado, fueron de gran utilidad los aportes teóricos de Perlman³⁴ sobre los elementos del trabajo social individualizado. La persona es alguien que solicita auxilio en algunos aspectos de su vida socio-emocional, y en cuanto empieza a recibir tal asistencia se convierte en cliente.

La persona es un todo, que opera como una entidad física, psíquica y social. Es un producto en proceso de su modo de ser, de su ambiente físico y social, de sus experiencias pasadas, de sus percepciones y reacciones presentes y de sus aspiraciones futuras.

El TS no necesita conocer todas las dimensiones y aspectos dinámicos de la persona, sino que la naturaleza del problema y otros factores determinaran cuales son necesarios.

El ser humano con su comportamiento, manera de pensar, sentir y actuar se esfuerza por conseguir esa sensación íntima de satisfacción. La persona que nos solicita ayuda, solo puede llegar a ser conocida y comprendida mediante una atenta investigación del sentido que encierran los pequeños movimientos de su comportamiento.

La personalidad del cliente es una peculiar organización de los impulsos y su peculiar expresión a través de su conducta, sentimientos, manera de pensar, hablar y de actuar hacia el fin que considera adecuado y equilibrado.

Se considera que una persona desempeña su papel adecuada o inadecuadamente en la medida que se ajusta o se desvía de lo que se espera de ella. La persona acude al TS en un momento de inadaptación y desajuste en

³⁴ Perlman, Helen. El Trabajo Social Individualizado. Ediciones Rialp. Madrid. 1965.

uno de sus papeles sociales de importancia vital. Por lo general su problema consiste en ser incapaz de realizar una o más de las tareas que le impone su vida de una manera gratificante y equilibrada.

Nuestro objetivo debe consistir en ayudarlo para que pueda aunar sus esfuerzos para afrontar sus problemas.

El Trabajo Social se basa en determinadas premisas que no pueden ser probadas, pero sin las cuales sus métodos y fines carecerían de significado. La ética que se deriva de éstas premisas, conduce a dos ideas fundamentales que colocan al Trabajo Social entre las profesiones humanísticas. La primera es que el acontecimiento humano está constituido por una persona y una situación, o sea, una realidad subjetiva y una realidad objetiva, que tienen entre sí una interacción constante. La segunda, que el método característico del Trabajo Social a fin de alcanzar sus metas, incorpora en sus procesos tanto el conocimiento científico como los valores sociales.

Debemos "intervenir como profesionales teniendo en cuenta las comprensiones y las acciones, comprensión de la individualidad y de las características personales, comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social y la acción directa de la mentalidad de la asistente social sobre la de su cliente y la acción indirecta ejercida por el medio social. Solo como profesionales podremos combinar estas acciones, debido a nuestra formación especializada".³⁵

Si profundizamos lo referente a nuestra intervención en forma explícita, debemos reconocer que en la práctica es muy difícil separar las intervenciones,

³⁵ Mary Richmond: Caso Social Individual. Buenos Aires. Ed. Humanitas, 3ª Edición 1962. Pág.

porque de acuerdo a nuestra experiencia y según lo requiera la situación combinaremos las intervenciones, que Cristina de Robertis las define como intervenciones directas e indirectas. Las primeras tienen lugar en la relación frente a frente con la situación problema y las segundas la situación problema se encuentra en la actuación y se realizan para beneficiar a la misma.³⁶

Además de tomar conocimiento del ámbito a intervenir, el Trabajador Social, debe seleccionar una serie de técnicas con las cuales llevará a cabo su intervención. Estas constituyen sus herramientas para trabajar sobre el medio. Dichas técnicas son "procedimientos operativos rigurosos, bien definidos, transmisibles y susceptibles de ser aplicados de nuevo en las mismas condiciones, adaptadas al tipo de problema o fenómeno en cuestión"

Los trabajadores sociales utilizan diversas técnicas, algunas tienen como objetivo aumentar o profundizar los conocimientos sobre un problema o una población determinada. Están orientadas hacia la recolección de información, pero su objetivo, dentro del trabajo social, es la transformación de la realidad no deseada. Estas técnicas son a menudo solo el desencadenante para la acción.

Dentro de estas técnicas podemos incluir a las técnicas de investigación, estas tratan de describir y de explicar una realidad.³⁷

Ahora bien, no podemos dejar de reconocer que naturalmente estamos frente a una realidad dinámica y polifacética, y centrándonos en la idea que "la

³⁶ De Robertis, Cristina- Pascal Henri: La intervención colectiva en trabajo social. Ed. El Ateneo, 1994. Pág. 40-41.

³⁷ De Robertis, Cristina- Pascal Henri: La intervención colectiva en trabajo social. Ed. El Ateneo, 1994.

pluralidad es el único método compatible con una perspectiva humanística³⁸; entendemos que no existen muros entre las disciplinas ya que sus conocimientos se interpenetran. Si el interés de la ciencia es el conocimiento de la realidad y del mundo de las acciones humanas concretas, el resultado de las disciplinas particulares no logra satisfacerlo.

Con el fin de resolver una situación práctica concreta, que por su complejidad desborda las posibilidades de una disciplina, la interdisciplinariedad articula dos o más de ellas, en un equipo de trabajo, con un código y una metodología compartida, en algunos casos llegan a fundirse y configurar un nuevo objeto teórico. El abordar de esta manera un objeto en la práctica profesional anticipa nuevas y más fructíferas perspectivas tanto a la acción, como a la producción y la enseñanza.

En la interdisciplina, la integración se va produciendo a través de las preguntas que una disciplina hace a las otras para operar en una situación concreta, tratando de superar las comprensiones fragmentarias. La intercircularidad entre ellas, además de integrar saberes, reduce el imperialismo intelectual de algunas disciplinas.³⁹

Para finalizar lo referente a la praxis profesional es importante resaltar la implicancia de actuar con constancia, con permanencia, con relativa interdependencia y sin restricciones.

Para lograr este trabajo profesional debemos realizar un examen racional de los recursos y capacidades, como núcleo del accionar metodológico.

³⁸ Feyerabend, Paúl: Tratado contra el método. Madrid. Ed. Tecnos, 1986. Pág. 29.

³⁹ Kisnerman, N. Pensar el Trabajo Social. Ed. Humanitas, 1998. Cáp.2.Pág.114.

EL AMBIENTE Y LA PERSPECTIVA DE REDES:

El Trabajador social tiene “La responsabilidad de comprender como viven los sujetos y todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como sus sentimientos sobre estas experiencias, siendo el factor esencial el conocimiento de la forma y el grado que el individuo esta afectado por su medio, y la repercusión que tiene el problema en su medio cultural. Simultáneamente, debe lograr que el individuo participe plenamente en el mejoramiento de su propia socialización”.⁴⁰

Las redes emergen frente a los trabajadores sociales como un recurso con múltiples posibilidades, la tarea del profesional consiste en descubrir en ellas las relaciones que mas convienen a la persona y procurárselas. A la hora de comprender su significado resultan de indiscutida utilidad, los aportes teóricos de la Licenciada Beatriz Castellano⁴¹. La perspectiva de redes en la intervención profesional debe ser incorporada a nuestra “caja de herramientas”, como un elemento de vital importancia que evita el aislamiento de la persona, considerada esta como un ser social.

La autora delimita y define los elementos, que guían la construcción del campo hipotético de las intervenciones en red, son:

- a) La noción de redes sociales y la distinción entre redes primarias y redes secundarias.

⁴⁰ Travi Bibiana, Gordon Halminton “La dimensión Técnico Instrumental en Trabajo Social”. Ed. Espacio. 2005

⁴¹ Grupo EIEM, Redes sociales naturales, un modelo de trabajo para el servicio social. Ed: Humanitas. Mar del Plata. 1997.

- b) La interfase constitutiva de las redes naturales.
- c) Los atributos estructurales, funcionales y vinculares, que las distinguen.
- d) La dinámica de la red: el discurso colectivo y el sostén social.

Entendemos a **las redes sociales** como entidades relacionales complejas de carácter colectivo, en las que podemos distinguir propiedades interactivas, estructurales y funcionales que les son propias. Tienen por finalidad la satisfacción de las necesidades de sus miembros (afectivas, informativas y materiales) y la transmisión de la cultura y valores que les son propias. Se pueden distinguir dentro de las redes sociales dos grupos: las redes sociales primarias y las redes sociales secundarias.

Las redes sociales primarias son conjuntos de personas que se conocen entre sí, unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva (positiva o negativa) más que por su carácter funcional.

Las redes primarias son portadoras de una cultura, que es producto de intercambios entre redes diversas y del contexto macrosocial. Cada persona nace en el interior de una red dada, que constituye su punto de partida, pero en el curso de su vida, hace elecciones que pueden llevarlo muy lejos de esto que constituye su condicionamiento inicial.

Las redes sociales secundarias son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio, hospital, juzgado) que se le reconocen socialmente como propias. Quienes las integran cumplen roles predeterminados y los intercambios que en ellas se concretan

están fundados en el derecho o en el dinero. Las misiones y funciones, normativamente asignadas a las redes secundarias para la satisfacción de necesidades, universalista e impersonal, ha sido complementada siempre por satisfactores no convencionales y personalizados. Frente a la retracción del Estado de Bienestar, estas respuestas basadas en objetivos ante todo funcionales y de sentido (no de utilidad), han comenzado a adquirir estructuras organizativas estables, que permiten incluirlas en la categoría de redes secundarias. A estas nuevas formas organizativas, se las distingue como redes secundarias informales, para diferenciarlas de las anteriores, a las que se denomina redes secundarias formales. Las redes secundarias informales se estructuran en base al sentido solidario de quienes los integran y aseguran siempre, junto a la satisfacción material o de servicios, la satisfacción de necesidades psicosociales, tales como la seguridad, el afecto, la aceptación, la participación, etc.

El espacio concreto al que denominamos vida cotidiana, nos muestra una interacción y un pasaje constante de las personas a través de los dos tipos de redes, constituyendo un entramado de personas en relación a una configuración tal, que implica necesariamente a ambos tipos de redes. Se trata de un espacio de intersección al que damos el nombre de **redes naturales**. Las consideramos la expresión de los mecanismos puestos en marcha por las personas para satisfacer sus necesidades de todo tipo, condicionadas en su construcción y acceso por factores estructurales y no solo producto del deseo y la disponibilidad de los sujetos que las componen. Basadas en vínculos personalizados y fuertes, permiten el acceso a bienes instrumentales, como los materiales y los servicios y a bienes intangibles, como el afecto, la seguridad, la

protección y el apoyo psicosocial. Trascienden el núcleo de personas tendencialmente estable que cohabita y los sistemas de intercambios generalizados y difusos.

PROCESO METODOLOGICO EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Con respecto a la concepción del proceso metodológico Hamilton expone que este “se inicia cuando un individuo comprende que tiene una **necesidad social** que requiere ayuda”.

El autor plantea que “los pasos básicos a seguir por el trabajador social consisten en aceptar a quien demanda nuestra intervención como persona humana íntegramente considerada, analizando y definiendo su situación, y tratando de deducir o averiguar que clase de ayuda podría ser más útil para sacar el mayor partido de si mismo y de su propios recursos. Para ello debemos realizar “un estudio o investigación “, “Diagnostico y valoración”, “Servicio o Tratamiento” “. ⁴²

El autor realiza una distinción entre lo que significa el proceso de intervención en términos “Lógicos, de la forma en la que se lleva adelante en la realidad”, presentando una perspectiva dinámica procesual y totalizadora.

En tal sentido señala que “Lógicamente se deberán estudiar, diagnosticar y tratar los casos en este mismo orden: pero en la práctica no se

⁴² Travi Bibiana, Gordon Halminton “La dimensión Técnico Instrumental en Trabajo Social”. Ed. Espacio. 2005

hace así, sino que estos distintos aspectos se van entretegiendo y un procesamiento va paralelo al otro. Mientras estamos interrogando a un individuo acerca de su situación, lo estamos “tratando”, y más tarde, cuando estamos haciendo algo con él o por él, puede ese mismo individuo estar aportando nuevos valores de la situación, de modo que se puede decir que juntos estamos estudiando el caso de nuevo. De esta manera el proceso de trabajo, en la vida, se va desarrollando en un solo movimiento de conjunto.”⁴³

En lo que respecta a la especificidad del Trabajador Social el autor plantea que consiste en “Un esfuerzo permanente por integrar tanto en los procesos de “comprensión” como en la “intervención”, los aspectos psicológicos y emocionales, con las realidades de la “experiencia viva”. Por lo tanto el trabajador social debe desarrollar habilidades para comprender, tanto los “modos de comportamiento” propios de una cultura, como sus procesos de cambio, siempre teniendo en cuenta la premisa fundamental de aceptación de las diferencias.”⁴⁴ En tal sentido, enfatiza la importancia del contexto en el que se encuentra la persona.

El Caso Social es un “acontecimiento vivo” que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales. Se compone de factores internos y externos, relativos al medio ambiente. Se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como sus sentimientos sobre estas experiencias. De esta manera, cuando se piensa en un caso social debe siempre considerarse en términos de factores

⁴³ Travi Bibiana, Gordon Halminton “La dimensión Técnico Instrumental en Trabajo Social”. Ed. Espacio. 2005

⁴⁴ Idem cit N 43

interactuantes tanto internos como externos; incluyendo una persona y una situación, una realidad objetiva y el significado que ésta realidad tiene para quien la experimenta.

En la fase inicial de la intervención es donde se formula el problema, también en donde se realiza el acopio de los datos para verificar y aclarar los hechos, la clarificación como el fin de elaborar el problema, investigar las soluciones intentadas para revelar las tentativas erróneas para resolver la dificultad.

Desde el primer contacto se hace hincapié en la importancia de la relación profesional, que debe ser horizontal en tanto relación humana, y asimétrica en tanto relación profesional. Al respecto, la teoría de la comunicación racional establece la base para relacionarse y comprender al semejante y sus circunstancias. La práctica transformadora es realizada razonando con el sujeto involucrado, no es compulsiva desde lo externo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, el trabajador social debe conocer la realidad donde actuará, por lo cual debe formar un juicio fundado –el diagnóstico-, en este proceso donde se elaboraría un diagnóstico nos encontramos con factores múltiples que hay que tener en cuenta: personales, familiares, económicos, el medio geográfico, la comunidad, el equipo profesional, el tratamiento..., debemos examinar el problema como un todo, valorando como sostiene Mary Richmond, lo diferente como diferente, con relación al hombre, la individualidad y la jerarquización de lo común en él, la sociedad.

Lo anteriormente descrito, tiene implicancia en todo el proceso de intervención y en particular en el diagnóstico, ya que este consiste en "Un

perfecto conocimiento básico de los factores socio- económico de la comunidad, de su organización social, en cuanto a recursos y actividades que en ella se desarrollan, la evolución y cambio de las necesidades sociales, su forma de abordaje, los recursos para responder a tales necesidades.

En tal sentido, el diagnóstico debe permitir conocer “cuales son las presiones e influencias del medio y en qué grado está afectada la persona” y decidir la estrategia de intervención siempre teniendo en cuenta la interacción entre los dos aspectos.

El diagnóstico es imprescindible para planificar una acción transformadora, arribando de esta manera a un examen racional del problema. A través de la comunicación se realiza la construcción de proyectos dentro de un proceso de proyección (imaginación) y actitud crítica, con el objetivo de intentar modificar una situación que se presenta incierta y confusa en una situación relativamente clara y definida.

Cuando se llega al tratamiento denominado también fase de Ajustamiento según Hamilton. Su objetivo es estabilizar y mejorar el funcionamiento del cliente con respecto a su adaptación o ajustamiento social, con el fin de que exista un equilibrio entre los factores internos y externos. El ajustamiento es ayudar al cliente a reconocer lo que es real en el mundo externo.

El éxito de la intervención se observa cuando la persona no sólo logra resolver la situación puntual que atravesaba sino que sus cambios y aprendizajes le permiten mejorar sus vínculos y su vida en general. Es por esto que la habilidad del trabajador social es primordial “para inducir al cliente a

emplear tanto sus recursos personales como sociales enfrentándolos con sus dificultades y llevando a cabo sus propias soluciones”.⁴⁵

TRABAJO SOCIAL EN SALUD

El trabajo social evidencia una asociación histórica con el sistema sanitario y el cuidado de la salud. El profesional conocedor de valor que la salud representa, desarrolla su acción en interdisciplina, dedicado a la acción y promoción. Debe estimular y capacitar para el ejercicio del derecho a la salud, en función de una adecuada participación y ejercicio de la ciudadanía.

Se define el Trabajo Social en Salud como “una actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro lado, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud”⁴⁶.

⁴⁵ Travi Bibiana, Gordon Halminton “La dimensión Técnico Instrumental en Trabajo Social”. Ed. Espacio. 2005

⁴⁶ Amaya Ituarte en “Manual de prácticas de Trabajo social en el campo de la salud”. Mondragón Trigueros.

En el Trabajo Social en Salud cabe destacar aspectos importantes como:

- La importancia que los factores psicosociales tienen tanto en la salud como en la enfermedad y en la posibilidad de perder o recuperar la salud.
- La necesidad de tratar los problemas psicosociales que aparecen en situaciones de enfermedad.
- La función que el trabajador social tiene en el sistema de salud y cara a los profesionales que en él ejercen sus funciones, para hacerles tomar conciencia que la atención a los factores psicosociales y el tratamiento de los problemas psicosociales es una exigencia básica de la atención integral de la salud.

Las formas de intervención del Trabajo Social pueden ser directas o indirectas y ambas implican una aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y habilidades propias del Trabajo social para conseguir los objetivos de la salud.

Forma indirecta: Se refiere a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación a través de la planificación, organización y gestión de los servicios sanitarios. Esto implica la valoración de factores psicosociales y su incidencia en la salud de personas, grupos y comunidades; el análisis de aspectos que requieren atención especial;

programar y efectuar acciones promocionales y preventivas; y coordinación interinstitucional.

Forma Directa: Se refiere a la atención a los problemas psicosociales y funciones de prevención y promoción implica:

- Diagnostico psicosocial.
- Tratamiento psicosocial individual, familiar y grupal.
- Orientación sobre recursos y servicios socioeconómicos
- Coordinación interna y externa.

Es la comprensión de la incidencia que los factores psicosociales tienen en la salud de las personas y las comunidades y de la forma de intervenir sobre ellos, lo que el Trabajador social debe aportar en el campo sanitario.

Los Trabajadores sociales deben abordar, atender y poner en marcha los mecanismos de resolución de los aspectos sociales que inciden en el marco de salud personal y comunitaria.

El objetivo del Trabajo Social en el campo sanitario es el de lograr un equilibrio de la atención integral, donde el demandante o la población a atender sean tenidos en cuenta como algo más que unidades biológicas.

Las actividades a desarrollar por el Trabajador Social para impulsar recursos que ayuden al enfermo y su familia en la recuperación y posterior integración a su medio social son:

- Participar en el estudio y análisis de la incidencia de los factores en el medio de la población de la zona.
- Estudio de los hábitos, actitudes y valores que benefician y obstruyen el acceso mejores niveles de salud.

- Identificar y registrar las instituciones y asociaciones de la zona, así como los recursos existentes.
- Informar y asesorar a la población sobre los derechos que lo asisten, así sobre prestaciones y recursos sociales que puedan acceder.
- Orientar y capacitar a la población para la creación y uso adecuado de los recursos sociales que puedan contribuir a asegurar una mejor calidad de vida.
- Garantizar la coordinación con las instituciones sociales y sanitarias del área.
- Atender a la problemática social que se presente tanto a nivel individual, grupal o comunitario.
- Estudiar el grado de satisfacción de la población con respecto a la política sanitaria que se esta llevando a cabo.
- Motivar a las instituciones a la creación de nuevos recursos o reconversión de los ya existentes que cubran las necesidades reales de los usuarios.

TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

El trabajo social Hospitalario investiga los factores psicosociales que inciden el proceso de salud – enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto en sus causas, como en sus consecuencias.

OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

- Participar en los trabajos de planificación y organización de los Servicios del Hospital para mejorar la asistencia sanitaria integral y la humanización en el centro.
- Prevenir, ayudar, tratar y mejorar, empleando técnicas y métodos específicos, a los individuos o grupos que, con ocasión de su enfermedad y en cualquier acontecimiento patológico, no parezcan capaces por sí solos de superar las dificultades que se les presenten y obstaculicen su tratamiento médico y reinserción óptima a la vida social.
- Promocionar la participación de las personas, de los grupos y de las comunidades a fin de que sean protagonistas de la transformación de la situación sanitaria.

El Trabajo Social Hospitalario interviene según la situación del usuario en el ingreso, estancia y alta del Hospital, y en las consultas externas, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presenta el enfermo: situación familiar, económica, vivienda, posibilidades de rehabilitación, etc., utilizando los recursos existentes de la forma más racional, para conseguir la recuperación, evitar o, algunos casos, distanciar los sucesivos reingresos.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Participar en planificación y organización de los servicios del hospital para mejorar el modelo de Asistencia Sanitaria Integral y la Humanización del Centro.
- Prevenir, ayudar y mejorar a los individuos que por su enfermedad no son capaces por sí solos de superar las dificultades.
- Promocionar la participación de las personas para mejorar la salud colectiva.
- Seguimiento del caso cuando un enfermo ingresado plantee problemas de tipo social.
- Información, orientación y asesoramiento de los recursos sociales o legales oportunos.
- Orientación e información al usuario sobre el acceso a los distintos servicios del Centro.
- Colaboración con los distintos equipos sanitarios aportando datos sociales (informe social) para facilitar el diagnóstico, tratamiento y recuperación clínica.
- Colaboración con otras instituciones intercambiando información, sobre casos individuales o grupales.
- Participación y colaboración de los programas de salud.
- Atención, canalización y respuesta a las reclamaciones y quejas formuladas por el usuario.
- Recogida de propuestas y sugerencias del paciente, familiares y personal de la Institución.

- Confección, distribución, recepción y resumen de las encuestas de hospitalización y cuestionarios de post-hospitalización.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJO SOCIAL

Dentro del Trabajo Social de salud y sobre todo el hospitalario se destaca el trabajo con diferentes grupos específicos, el que se caracterizará será específicamente el trabajo desempeñado con los enfermos crónicos debido a la importancia en relación al tema de este trabajo:

- **Enfermos crónicos**

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

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

La incapacidad constituye una dificultad existente en la realización de una o más actividades que de acuerdo con la edad, sexo, rol social del sujeto, con componentes básicos de la vida diaria, tales como cuidado, autonomía personal, relaciones sociales y actividad económica. En el proceso de incapacidad intervienen factores médicos, ambientales, actitudinales y

socioculturales. Las dificultades y problemas generados por la incapacidad las experimentan también su entorno familiar.

Para trabajar con los pacientes crónicos los Trabajadores sociales deben tener en cuenta que:

Tiene mucha importancia tanto el diagnóstico médico como social y económico, como así también los distintos grados de dependencia familiar, de recursos económicos propios, son decisivos en el bienestar y calidad de vida del enfermo crónico.

TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO HIV POSITIVO

La finalidad del trabajo Social con la familia del paciente es que la familia observe nuevas alternativas de actuación, las asimile y elija las más adecuadas a su manera de ser, que se realice el aprendizaje y pueda ir hacia el cambio sin miedo de poner en peligro la estructura familiar.

La responsabilidad para comprender el problema y resolver las dificultades recae en la familia.

Actualmente podemos hablar de familia como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en el mundo de la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio- político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia

organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto - contexto.

Cada familia es también vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación, desde donde construye su mundo, sus modos de interacción, que le dan sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a: la sexualidad, la reproducción, la socialización, el cuidado de sus miembros en relación a necesidades socio- culturales - materiales de: trabajo, alimentación, salud, educación, vestido, vivienda, seguridad y necesidades intangibles como afecto, participación, creación, aprendizaje, etc.

Entonces se puede decir que la familia es el contexto donde se aprenden modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud, donde se transmite una cultura que incluye la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamientos en general. Es el contexto donde una persona enferma se hospitaliza y se rehabilita. La aceptación o no por parte de sus miembros, puede afectar su rehabilitación o curso de la enfermedad.

Actualmente la familia esta adquiriendo una importancia cada vez mayor como dispensadora de atención en la enfermedad crónica. Los familiares constituyen la fuente más importante de ayuda que tienen las personas en caso de enfermedad.

La manera en que la familia afronta la crisis de salud de uno de sus miembros puede fortalecer o debilitar la salud familiar.

La familia es contexto causa y estrategia para el desarrollo de la salud de sus miembros.

TRABAJO

DE

CAMPO

ASPECTOS METODOLOGICOS⁴⁷

La investigación en trabajo social se centra en la profundización de campos problemáticos a diversas dimensiones que hacen a la relación sujeto – necesidad, dando cuenta de aspectos particulares de la vida cotidiana de los sujetos en la lucha por la satisfacción de necesidades.

Así se considera a los sujetos como participantes activos de la investigación, ya que las personas son constructoras de su propia realidad. Por tal motivo el investigador debe situarse frente y en interacción con los actores, conociendo mediante la comunicación y la reflexión conjunta de la realidad a investigar.

Se debe tener en cuenta que el objeto a investigar tiene una historia y sus actos poseen significación, por tal motivo, la función del lenguaje y la comunicación son herramientas fundamentales que permiten conocer el significado asignado a la situación vivida.

En conclusión los sujetos a investigar constituyen el medio por el cual llevar adelante la acción investigativa.

⁴⁷ Las referencias bibliográficas desarrolladas en este punto corresponden a:

- Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención del Trabajo Social". Ed. Espacio Bs. As. 1998.
- San Giácomo, Osvaldo. "Construcción del objeto y comunicación racional", en Di Carlo y Equipo. "Trabajo Social profesional: el método de la comunicación racional". Ed. Humanitas. 1996

Investigación en el ámbito de la salud

Las actividades de investigación derivan de la identificación de las necesidades encontradas en el análisis de situación de salud realizado por el equipo. No obstante no siempre todos los problemas son susceptibles de investigación. Un problema es susceptible de ser investigado cuando una vez detectado, no sabemos su importancia real, o no lo comprendemos lo suficiente para actuar, no tenemos los medios y recursos eficaces y disponibles, o el supuesto programa de intervención no es factible. Esto se realiza con el objeto de aumentar los conocimientos que se poseen en un determinado campo. Para tal fin es necesario contar con un cuerpo teórico que lo sustente y un método que lo posibilite.

Este método es el científico, y el cuerpo teórico que lo sustenta es la salud y los factores que condicionan o influyen, ya sean económicos, demográficos, sociológicos, socioculturales, biológicos, del medio ambiente, sanitarios, tecnológicos o políticos.

Canet define la investigación en Trabajo Social en salud como la “actividad científica que, por una parte nos permite un mayor conocimiento sobre nuestra actuación profesional a partir de nuevas prospecciones sobre formas de actuación, organización, etc. Todo esto con la finalidad de mejorar las prestaciones sociales e incrementar el grado de humanización hospitalaria para ofrecer una calidad asistencial socio-sanitaria de forma más integral.”⁴⁸

⁴⁸ Canet Ponsa, M Mercé, “La investigación del Trabajo Social Hospitalario”, Revista de Trabajo Social y Salud, N° 14 enero, 2000

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL TRABAJO

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores sociales favorecedores u obstaculizadores que intervienen en la problemática de adherencia a los tratamientos antirretrovirales de las personas VIH que se atienden en el servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Allende".
- Proponer acciones de intervención desde el trabajo social relacionados desde los hallazgos identificados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el perfil social de las personas VIH que se atienden el servicio de infectología del HIGA en el período marzo / diciembre 2006.
- Indagar sobre hábitos y costumbres cotidianos de las personas viviendo con VIH.
- Identificar apoyos informales o red de soporte social de las personas VIH.
- Conocer el grado de información que poseen con respecto a la enfermedad y ventajas del tratamiento ARV.
- Elaborar conclusiones que permitan una comprensión más acabada de la problemática, que sirvan para la elaboración de propuestas desde un enfoque integral.

NATURALEZA DE LOS OBJETIVOS: Cualitativos y cuantitativos.

TIPO DE DISEÑO: Exploratorio-descriptivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO: Personas con diagnóstico VIH positivos bajo tratamiento ARV que no han retirado la medicación, atendidas en el servicio de infectología del Hospital Interzonal de Agudos "Oscar Allende" en el periodo marzo 2006- diciembre 2006.

UNIDAD DE ANALISIS: La selección es intencionada, representada por 20 pacientes que concurrieron al Servicio Social del HIGA en el período en mención.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

- Consulta de material bibliográfico.
- Observación documental: historia clínicas, base de datos del servicio de infectología.
- Entrevista semi-estructurada a la población objeto de estudio

CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL

Con el fin de alcanzar de manera integral lo planteado dentro de los objetivos, es indispensable caracterizar la institución donde se presenta la problemática y su situación actual a fin de comprender las implicancias dentro de la problemática a investigar.

A su vez cabe destacar el trabajo que realiza el servicio de infectología y el de Servicio Social, ya que desde dicha profesión se plantea el tema a investigar, especificando sobre todo las funciones características y situación actual.

Dichos datos se obtuvieron a través de la lectura de documentos institucionales, la experiencia y observación participante obtenida durante la práctica institucional supervisada y mediante la realización de entrevistas a referentes significativos de los mencionados servicios del HIGA.

Origen del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Allende"

En Argentina la década del 40 se caracterizó, entre otras cosas, por haber sido el inicio de una etapa en la cual la salud fue asumida como un deber del Estado, razón por la cual se comenzaron a incorporar funciones en relación a éste tema prioritario. Aparecieron entonces las políticas del salud que tenían como principal objetivo el de asegurar el acceso a la atención de todo el pueblo argentino.

Entre 1946 y 1954 se desarrolla una importante infraestructura de atención estatal, que duplicó la capacidad hospitalaria Argentina.

En los años 50 nuestro país incorporó una poderosa infraestructura pública en calidad y cantidad.

“El Hospital Interzonal *General* de Agudos "Dr. Oscar Alende", HIGA fue creado por el Dr. Ramón Carrillo quien lo concibió para que sirviera a la población carenciada de la región. Estuvo casi terminado a mediados de 1955, pero después del golpe militar se detuvo la obra que se reinició posteriormente durante el Gobierno de Arturo Frondizi”.⁴⁹

El Hospital Regional construido durante esa gestión no fue habilitado por el Gobierno Nacional quien lo transfirió totalmente equipado, al de la Provincia de Buenos Aires en el año 1960 y se habilitó para la atención del público en Diciembre de 1961.

Características Generales

El Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" (HIGA), dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, se encuentra ubicado en la Región Sanitaria VIII, conformada por 16 partidos, Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

A nivel de distrito es cabecera y es Hospital de referencia de la Región VIII.

El HIGA es un nosocomio de complejidad 8, cuenta con una amplia gama de especialidades médica y quirúrgica apoyadas por servicios auxiliares

de gran complejidad, que en éste nivel comprenden servicios como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos. Estos hospitales se encuentran en grandes centros urbanos, a menudo como centros de docencia universitaria. El espectro de especialidades que cubren les permiten resolver por sí mismos la mayor parte de los problemas médicos y suelen actuar como nivel de derivación regional (PiedrolaGil, 1998)⁵⁰

Los recursos financieros con los que cuenta dicho hospital son los destinados desde el Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Buenos Aires, por SAMO y las donaciones particulares.

Los recursos humanos son médicos y demás profesionales de la salud.

Posee servicios contratados en las áreas de cocina, mantenimiento, limpieza y seguridad.

Posee una organización verticalista con un director ejecutivo y tres directores asociados.

El servicio de Emergencia del HIGA consta de una infraestructura moderna compuesta por un shock room, donde se asiste al paciente crítico en forma intensiva; dos quirófanos de guardia, con capacidad para realizarse aproximadamente entre diez y doce cirugías diarias de diferente índole y especialidad; una sala de observación para pacientes estabilizados que aguardan su posterior internación o externación según su evolución; una sala de procedimientos en la cual se pueden llevar a cabo cualquier tipo de intervención menor; una sala de yeso dotada de radioscopio y ocho consultorios de atención externa de diferentes especialidades (cirugía,

⁵⁰ Piedrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. Editorial Masson. Cap. 1. 1998

traumatología, ginecología, clínica médica, **medicina** general, enfermería y salud mental)

El Servicio de Emergencia es aquel capaz de brindar atención médica a las víctimas de un padecimiento agudo. Sin embargo, es necesario diferenciar entre una emergencia "sentida" y una "verdadera". La primera puede ser provocada por cualquier tipo de fenómeno que alarme a una persona y la haga acudir al servicio para recibir atención médica, pero la mayor parte de estos casos son de poca gravedad y pueden resolverse en un primer nivel de atención.

Dinámica Institucional:

El HIGA dentro de su dinámica institucional articula los recursos necesarios para atender la demanda de asistencia especializada, tanto en internación, como en atención ambulatoria. Posee dotación específica para atender a la población con patología urgente. Asimismo, Desarrolla tareas asistenciales, de promoción, prevención, investigación y docencia.

Responde a niveles de atención especializada, al cual se acude cuando se agota el nivel de atención primaria.

Se trata de concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrarlo rápidamente a su medio. La intensidad del cuidado debe estar racionalmente administrada. La organización se basa en cuidados progresivos.

Dicha articulación entre las distintas especialidades se hace a través del médico de sala, logrando una mayor coherencia en la relación médico –

institución. Así la clínica médica y la medicina en general se convierten en el hilo orientador, evitando superposición de enfoques.

Esta organización lleva a la necesidad de abreviar los plazos de internación, las convalecencias en general deben transcurrir en la casa del enfermo, el cual es dado de alta en el momento que su cuadro se estabiliza y su tratamiento se puede hacer en forma ambulatoria.

Misión de la Institución

Su misión consiste en “Brindar asistencia en el momento agudo de la enfermedad (social y sanitaria) y en la formación profesional por medio de pasantías, residencias y concurrencias”.

Objetivos

El rol social que define el objetivo del hospital público es el asegurar, para todos los ciudadanos, la accesibilidad a la atención como parte del derecho a la salud, siendo por lo tanto, el Estado el responsable de garantizarlo.

Población asistida

El HIGA esta destinado a la atención de pacientes mayores de 15 años y con padecimiento de enfermedad en estado agudo.

Situación Actual

Las instituciones hospitalarias en los últimos años padecen una crisis de financiamiento y gerencia que no les permite cumplir con los compromisos contractuales ni con el pago de mejores remuneraciones, lo que pone en riesgo la garantía para la provisión de insumos y el mantenimiento o la adquisición de equipos, elementos esenciales para la prestación de servicios de salud de calidad.

En diez años el hospital perdió más de 120 camas y varios sectores. Pero atiende tres veces más cantidad de gente. A esto se le suma la política de ajuste de personal implementada años a tras y la dificultad de cubrir insumos y medicamentos. Se puede afirmar que el HIGA fue desde su fundación un orgullo para esta ciudad. Los mejores profesionales atienden allí, pero la decadencia nacional, la desidia política, la especulación económica y la pauperización social, pusieron en crisis su calificación histórica. Este deterioro fue progresivo en los últimos años pero en el 2001 se profundizo aun más.

Caracterización, funciones y desempeño del Servicio de Infectología

Localización

Los consultorios del Servicio de Infectología están situados en el segundo piso, ala C; el área de interacción, se encuentra ubicada en el tercer piso de la institución.

Objetivos

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

Situación Actual

Actualmente el servicio atiende 930 personas VIH, los cuales 300 se encuentran bajo tratamiento ARV.

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

Organización Interna

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

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

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

La enfermera, es además quien organiza los turnos, controla la medicación que se le entrega a los pacientes, y cuando es necesario cita a los pacientes para entrevistas con infectólogos.

En cuanto a la nutricionista atiende a pacientes que por su patología necesitan algún tipo de asesoramiento en cuanto al tipo y forma de alimentación. Cabe destacar que la profesional atiende ad honores.

Caracterización, funciones y desempeño del Servicio Social

Localización

El Servicio Social esta situado en la planta baja de la institución, a la izquierda de la entrada principal.

Objetivos

- Trabajar para el mejoramiento de la salud de la población asistida, a partir de un concepto integral de la salud, el cual considera a la persona con un sujeto social y protagonista de su proceso vital.
- Estimular la participación de todos los miembros de un proyecto interno de Servicio, en el cual se identifiquen en sus objetivos y sea desarrollado a partir de un sentimiento de pertenencia al mismo.
- Considerar a la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza al compromiso que da contenido y sentido a la tarea.

- Considerar la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza al compromiso que da contenido y sentido a la tarea.
- Formar parte del equipo de salud, con intervenciones teórico metodológicas que retroalimentan la practica cotidiana.
- Formar parte del equipo de salud, con intervenciones superadoras sustentadas teórico y metodológicamente.
- Establecer una adecuada interrelación con la red de recursos institucionales de la ciudad.

Funciones:

- Mediatizar los intereses de la institución, de los pacientes y de su grupo familiar.
- Participar en la planificación, ejecución y evolución de los programas implementados en la institución.
- Coordinar las acciones intra e interinstitucionales.
- Gestionar y aplicar los recursos existentes.
- Formar parte de la red institucional de la comunidad.

Organización interna

El servicio social depende de la dirección ejecutiva del HIGA, cuenta con un jefe de servicio, siete trabajadoras sociales de planta permanente cuatro residentes; Teniendo a cargo cada uno de ellos área de atención específica.

Asimismo, el servicio se organiza de manera tal de brindar guardias permanentes.

Servicios cubiertos: Salud Mental, Nefrología, Cardiología, Neurología, Ortopedia y Traumatología, Adolescencia, Tercer edad, Oncología y Radioterapia, Urología, Reumatología, Clínica Medica, Ginecología, infectología, Terapia Intensiva, Guardia, Internación domiciliaria.

Programas:

- Internación domiciliaria.
- Cucaiba
- TBC
- Prodiaba
- VIH
- Tercera Edad.

Situación Actual:

El Servicio Social debió ir adaptándose a las circunstancias contextuales de cada época, de las características de cada enfermedad y de los nuevos datos que se recababan.

La coordinación del trabajo de equipo de este Servicio se lleva a cabo de manera democrática y participativa; en donde cada integrante tiene un cargo y función definidos, las decisiones y la construcción de nuevos proyectos de intervención se realizan de forma conjunta; donde cada cual aporta desde su

rol y conocimientos específicos. Toda la tarea se desarrolla en el marco del consenso y comunicación.

A su vez, todas las decisiones y nuevas intervenciones puestas en marcha se encuentran sujetas a las normativas de la institución, respetando las líneas de mando; sin perder la profesión del Trabajador Social su autonomía en el ejercicio profesional.

Tratamiento de los pacientes con HIV:

Los pacientes atendidos en el HIGA con diagnóstico de VIH, concurren al Servicio Social, en general, por derivación de otro profesional o Centro de Salud que se encuentra interviniendo en la problemática o de manera espontánea por parte del paciente. En general, el médico infectólogo es quien comunica el diagnóstico de VIH positivo al paciente, realizando luego la derivación al Servicio Social. Estas derivaciones se realizan, mayormente, por una demanda puntual que viene relacionada a la obtención de un recurso material, ya sea por medicamentos, gestiones de subsidios, ayuda alimentaria, etc. Este primer contacto con la persona da comienzo a la intervención desde el Servicio Social, dando lugar al comienzo de del tejido de toda una red de contactos que el paciente necesita.

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

- Gestión de carga viral, de ayuda alimentaria, entrega de preservativos.
- Encuesta social y entrevistas por seguimientos de casos.

- Asesoramiento y derivaciones; principalmente para la gestión del pase gratuito de transporte público local y larga distancia, y gestión de pensión provincial por discapacidad.

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

Ante pacientes que presentan dificultades que afectan su tratamiento y que requieren y deseen concurrir a realizar tratamiento psicológico, el profesional a cargo realiza la derivación correspondiente al Servicio de psiquiatría del nosocomio, dado a que en el servicio de infectología no se cuenta con un psicólogo / psiquiatra.

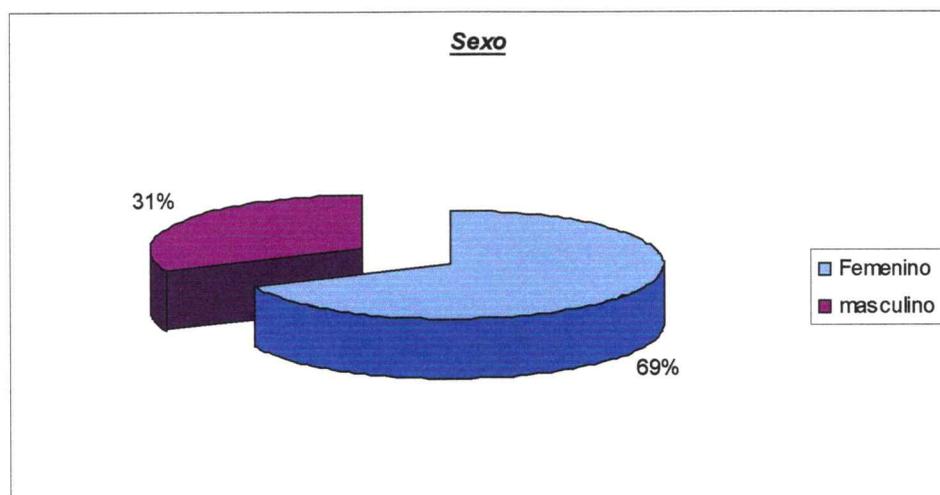
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

A partir del desempeño pre profesional realizado durante el periodo marzo - diciembre 2006, la observación participante empleada en tal instancia, la observación documental de historias clínicas y las entrevistas aplicadas a la muestra indicada; se realizo una matriz con el fin de unificar y sistematizar los datos obtenidos. A continuación se expondrán los resultados más relevantes.

Datos demográficos:

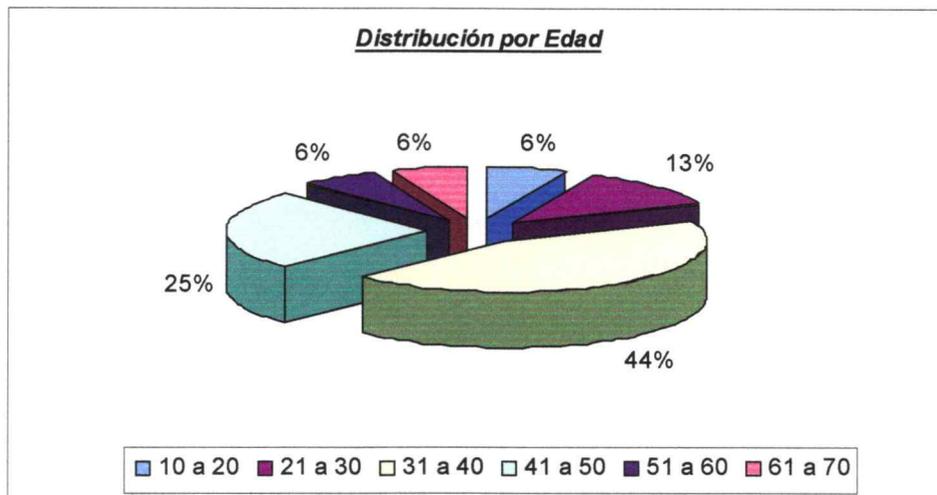
La muestra estudiada presenta las siguientes características:

En cuanto al sexo de los pacientes, en su mayoría son de sexo femenino y en menor medida de sexo masculino, destacándose la prevalencia de los primeros.

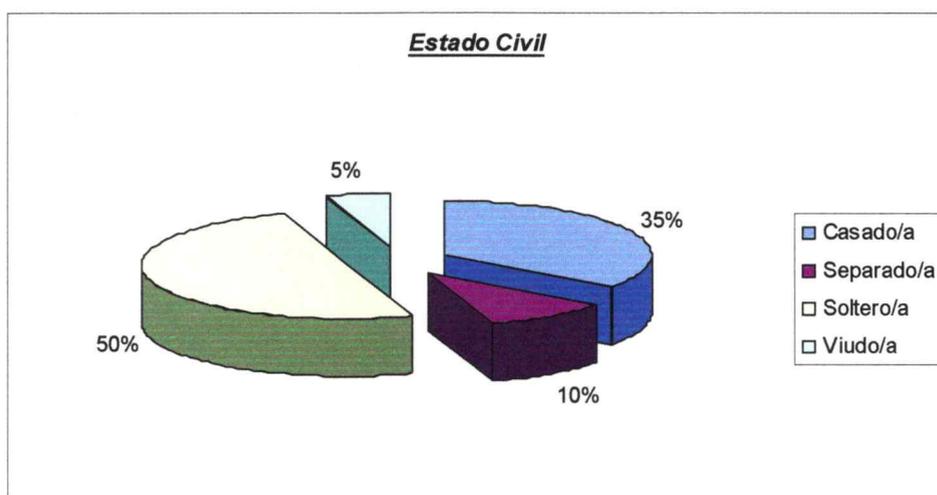


Los datos acerca de la edad de los pacientes, muestra que se trata del periodo de la vida correspondiente a la edad reproductiva y a los grupos de

mayor peso entre la población económicamente, presentando un promedio de edad de 40 años y distribuyéndose de la siguiente manera:



En cuanto al estado civil de los entrevistados, se observa que la mayoría de los pacientes son solteros, y en menor proporción casados, separados o viudos/as.



En cuanto al nivel educacional de los entrevistados se da a partir del nivel primario completo hasta terciario / universitario completo. Con excepción de un paciente no alfabetizado. Esta nos demuestra que este grupo de

personas se ha incluido dentro del sistema educativo formal lo cual es un elemento importante a la hora de la adherencia al tratamiento, en cuanto al manejo de medicación e indicaciones medicas. La importancia de ello se pudo visualizar claramente en la experiencia del entrevistado no alfabetizado que tuvo que abandonar el tratamiento ya que no sabía leer y por lo tanto no podía seguir las indicaciones médicas de la toma de medicación.

Caracterización socioeconómica:

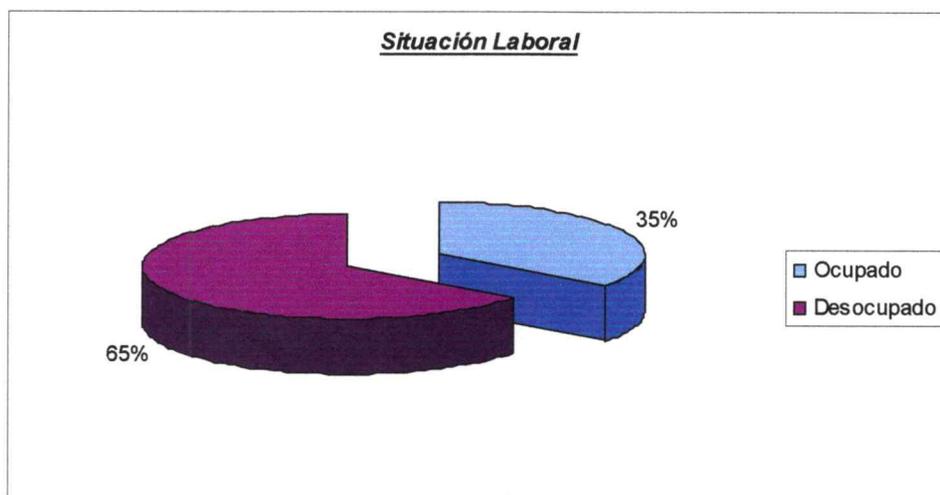
En relación a la actividad laboral de los entrevistados, se destaca que en su mayoría los pacientes se encuentran sin ocupación laboral y en menor porcentaje se encuentran empleados, destacándose una clara prevalencia de los primeros sobre los segundos.

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

Las personas entrevistadas establecen una relación entre la infección por VIH y sus condiciones económicas, dado su precariedad laboral.

Señalan tanto varones como mujeres tienen dificultades comunes y específicas para buscar, conseguir o mantener un empleo, ligadas tanto a cuestiones generales del país, y de la población menos calificada, en particular, y ligadas a

la vida con VIH: por ejemplo el temor al rechazo o a enfermarse, o en el caso de muchas mujeres de ocuparse de sus hijos pequeños.

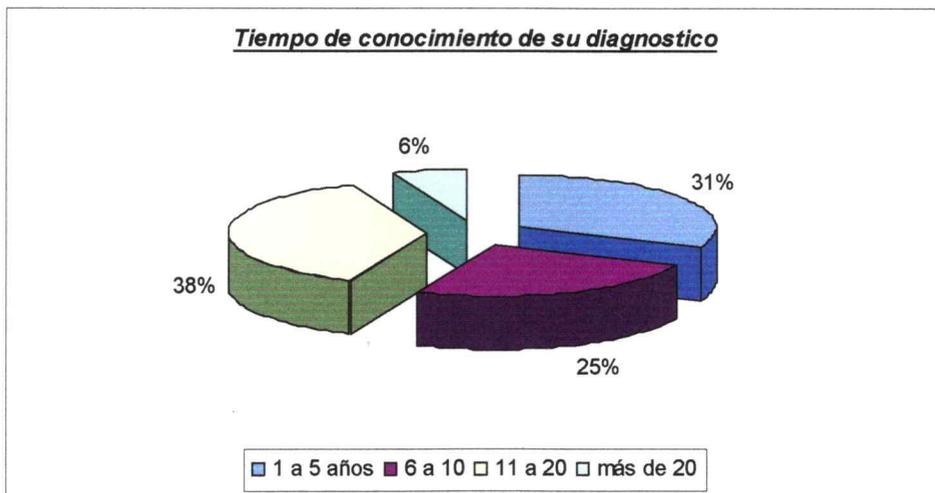


En cuanto a las actividades desarrolladas por los pacientes, si bien estas son variadas, se destacan las siguientes:

- Trabajos artesanales
- Prostitución (Trabajadora Sexual)
- Changas (pintura, electricidad, albanilería).

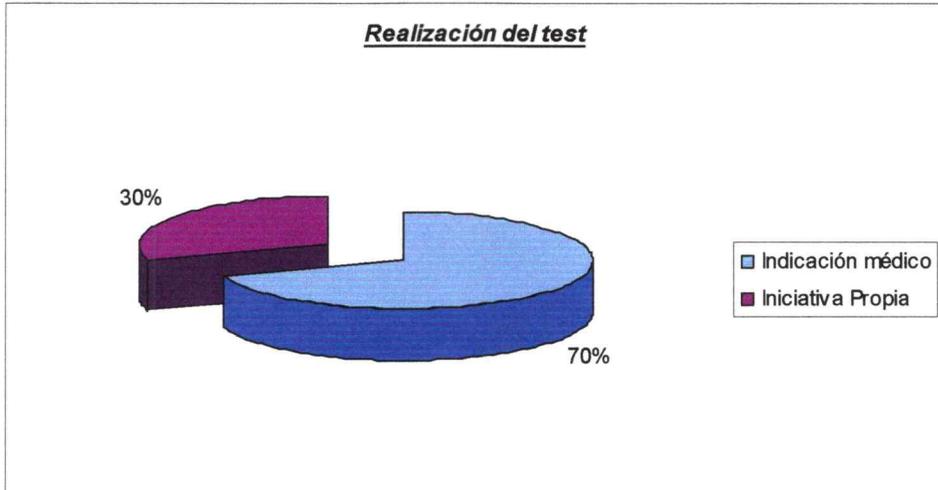
Conocimiento del diagnóstico:

En cuanto al tiempo de conocimiento del diagnóstico positivo de VIH SIDA, los datos evidencian el paso de la infección por VIH a la cronicidad, ya que un alto porcentaje lleva más de diez años viviendo con el virus, los datos se distribuyen de la siguiente manera:



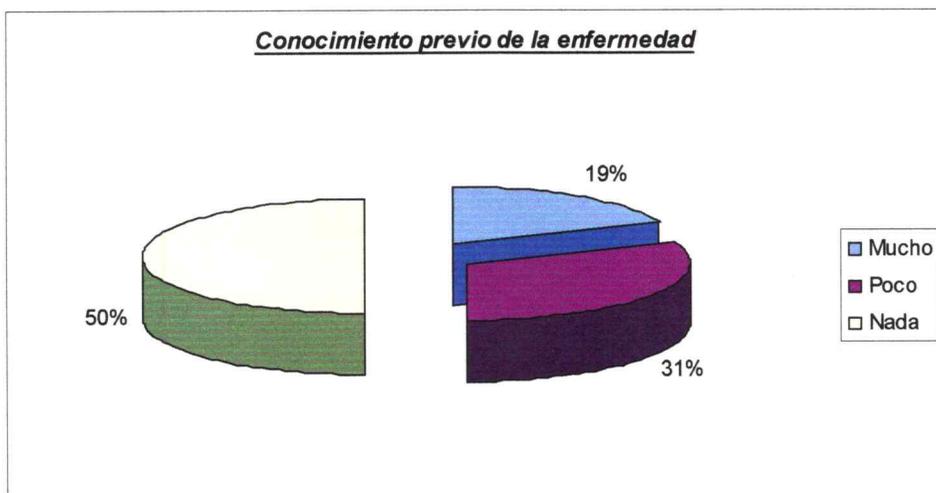
Conocer las circunstancias en que las personas se hicieron el análisis de VIH permite observar si predominaban elementos de preocupación individual frente a conductas de riesgo (se fue a realizar el test porque había tenido relaciones sexuales sin protección etc.), si se trató de algún examen específico o más general (chequeo médico general, en un control de embarazo etc.)

En relación a las circunstancias en las cuales los pacientes, tomaron conocimiento de su diagnóstico, se pudo observar que en su mayoría fue a través de una indicación médica, mientras que en menor proporción los entrevistados tomaron conocimiento por realizarse el estudio por iniciativa propia.



Resulta importante mencionar que dentro de los pacientes que tomaron conocimiento de su diagnóstico a través de una prescripción médica, el 40 % de los mismos, son mujeres que se encontraban embarazadas.

Al momento de investigar sobre la información que cada persona tenía acerca del VIH/SIDA antes de conocer su propio diagnóstico, los datos que se pudieron recabar resultaron de la siguiente forma:

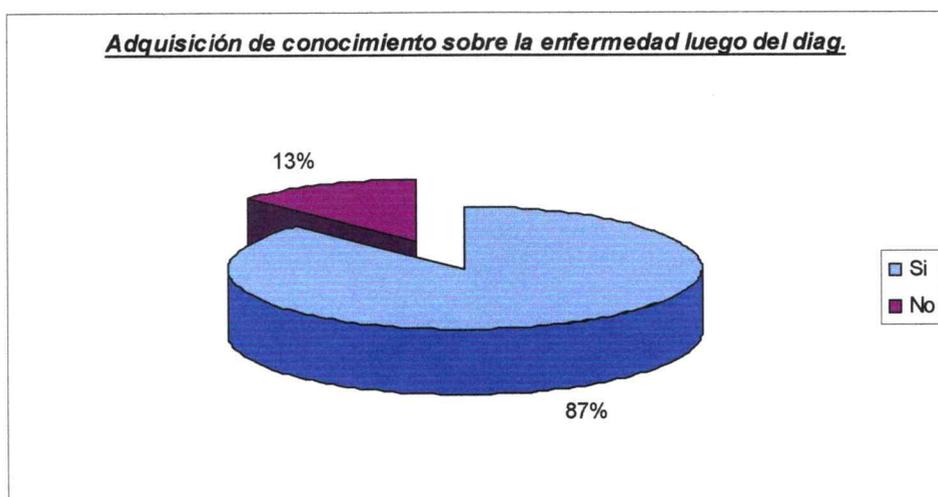


Según los datos obtenidos se puede visualizar que la mayoría de las personas no tenían información al momento de su diagnóstico, y los que tenían algún tipo de información era por su acercamiento a la enfermedad, a través de amigos, pareja o grupo de pares que ya estaban infectados.

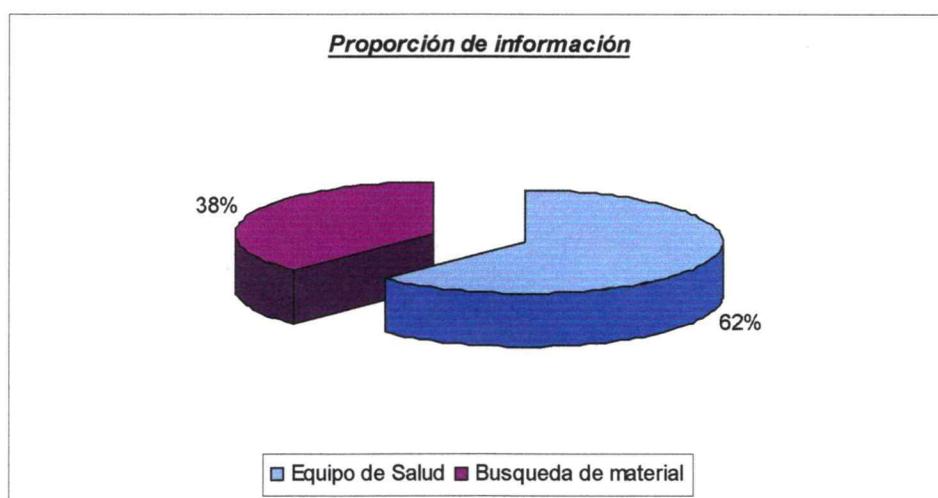
A lo largo de los 25 años de epidemia, se observa un importante avance en el estudio de la misma (en lo referente a los tratamientos, vías de contagio y formas de prevención, etc.) ha contribuido a la construcción de nuevos significados de la enfermedad en cuanto a pronósticos, calidad y esperanza de vida, etc.

Sumado a esto, la población afectada por el VIH/SIDA; muestra en su mayoría una actitud activa ante esta enfermedad que a favorecido la elaboración de nuevos conceptos en torno a la misma; las cuales han surgido a partir de sus propias experiencias y la socialización de las mismas con sus pares.

Cuando se les pregunta a los entrevistados acerca de que si fue modificando ese conocimiento previo al diagnóstico a medida que comenzó a vivir con el virus, la mayoría responde positivamente, confirmando lo anteriormente expuesto.



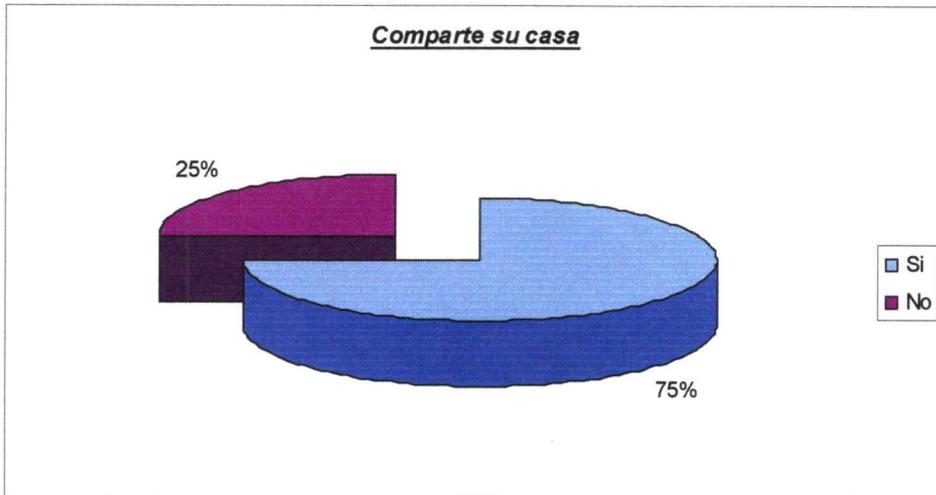
Cabe destacar que la información obtenida por los entrevistados sobre la enfermedad, fue promocionada mayormente por el Equipo de salud y por búsqueda de material por los propios afectados. Vale aclarar que existen dos categorías más que resultaron nulas (información proporcionadas por amigos e información proporcionada por familia). Quedando distribuido de la siguiente forma:



Grupo social continente:

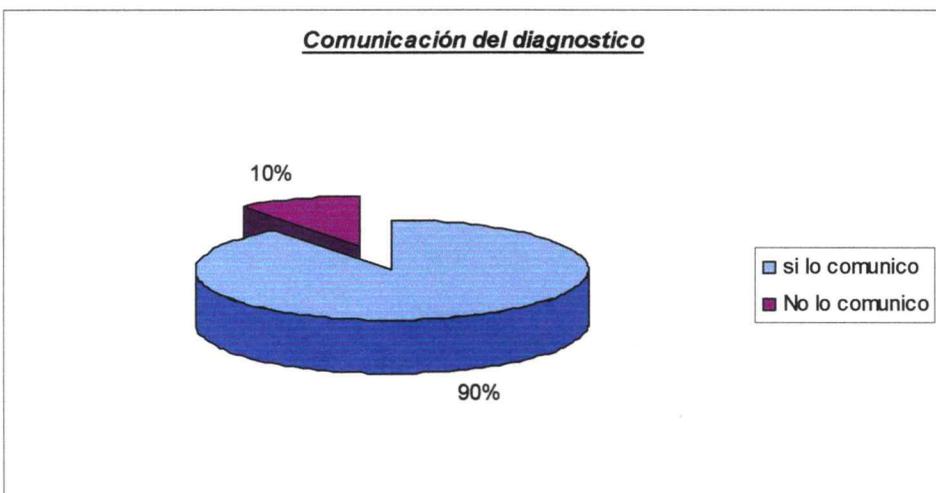
Con este aspecto se busca conocer los entornos de contención y apoyo que encontraron las personas entrevistadas y de que forma estas relaciones sociales favorecen a la adherencia al tratamiento ARV.

En cuanto al grupo familiar conviviente, se observa que en su mayoría los pacientes comparten la vivienda con familiares, pareja e hijos, mientras que la minoría viven actualmente solos. Presentando la siguiente distribución:



Comunicación del diagnóstico:

Con respecto a la comunicación del diagnóstico de VIH, se pudo observar que la gran mayoría de los entrevistados han podido compartir con su grupo cercano su seropositividad expresando que contárselo a su entorno cercano es el paso más grande en este proceso de develar la infección.



Frente a la presunción del rechazo por parte del entorno, cabe destacar que dentro del grupo estudiado, dos pacientes mantienen en reserva su seropositividad, no habiendo compartida hasta la actualidad su diagnóstico.

Asimismo, no se presentaron diferencias entre los que conviven con su grupo familiar y los que viven solos, ya que en su mayoría los pacientes, manifiestan haber podido contar a sus seres más cercanos su diagnóstico. Sin embargo, se observaron diferencias en cuanto a la comunicación del diagnóstico a su pareja y/o sus hijos, dado a que entre los que decidieron compartir su diagnóstico se encuentran quienes lo han hecho con su pareja y no así con sus hijos. Entre los sentimientos que genera esta situación en la subjetividad de los entrevistados se destacan el "miedo" y "vergüenza".

Contención y Apoyo:

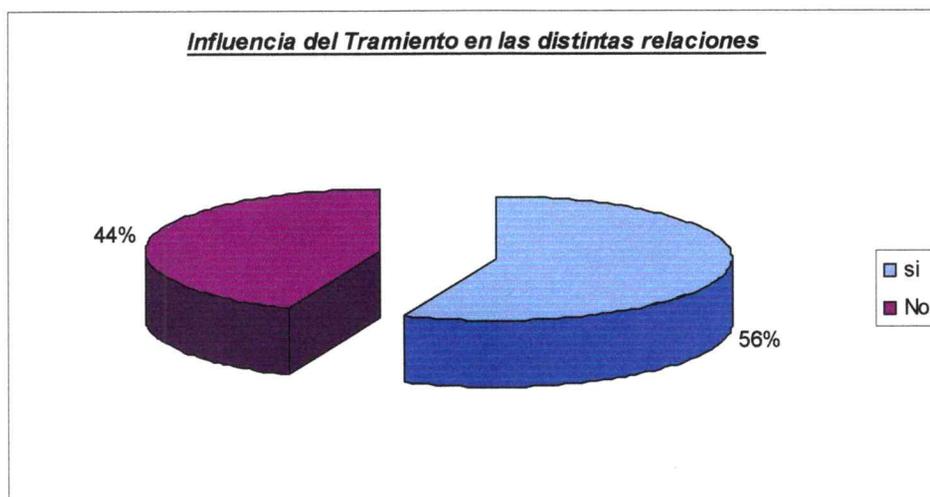
El acompañamiento del entorno íntimo, el contar con una red afectiva – sea familia, un grupo cercano de amigos, la pareja o grupo de pares- facilita la adherencia, mejora la calidad de vida, siendo esencial para el tratamiento.

El vínculo y apoyo por parte de la familia son primordiales, tanto en los primeros momentos "cuando se te viene el mundo abajo", como en momentos posteriores, pues son quienes colaboran y alivian la gestión de la enfermedad y ayudan a seguir los tratamientos.

La mayoría de los entrevistados manifiesta poseer un entorno cercano que los acompaña, los contiene y los ayuda en su tratamiento.

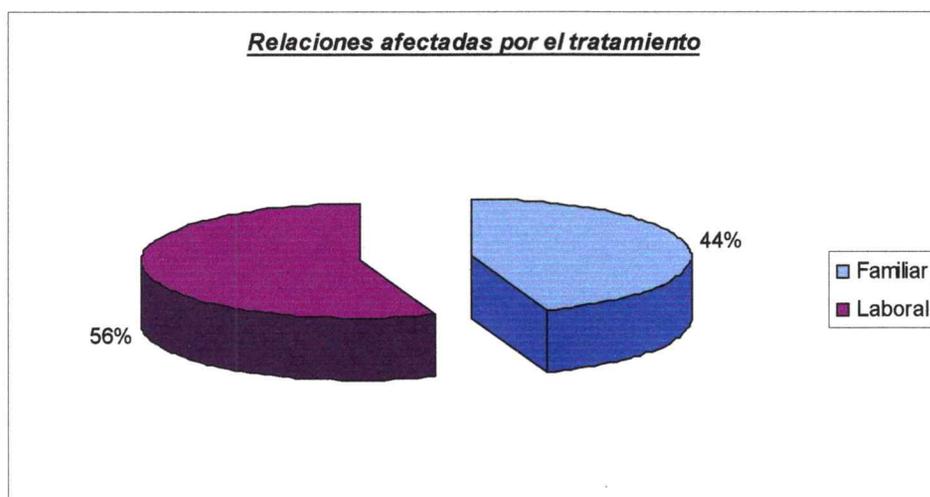
Si bien el tipo de ayuda y apoyo que encuentran es variado y tiene significados diferentes de acuerdo a la historia de cada uno, la mayoría coincide en enunciar: ayuda en la toma de medicación, ayuda de tipo económica y en otros casos tiene que ver con estar cerca, siempre atentos a como se sienten, a brindarle motivación para sus cuidados. En general, los pacientes mencionan como la principal forma de apoyo; la contención y el afecto brindado por su entorno.

Si bien los entrevistados manifiestan sentirse contenidos y acompañados en la realización de su tratamiento, la mayoría refiere que a partir de comenzar con la toma de medicación ARV, se produjeron cambios en su cotidianidad en cuanto a sus relaciones familiares y laborales. Las mismas fueran afectadas en forma negativa.



En cuanto a las relaciones que los pacientes manifiestan como “afectadas” se mencionan el vinculo laboral y familiar. En lo que se refiere al

grupo de pares, los pacientes, la totalidad coincide en enunciar que la forma de relacionarse con los mismos, no ha sufrido variaciones significativas a partir del comienzo de la toma de medicación.

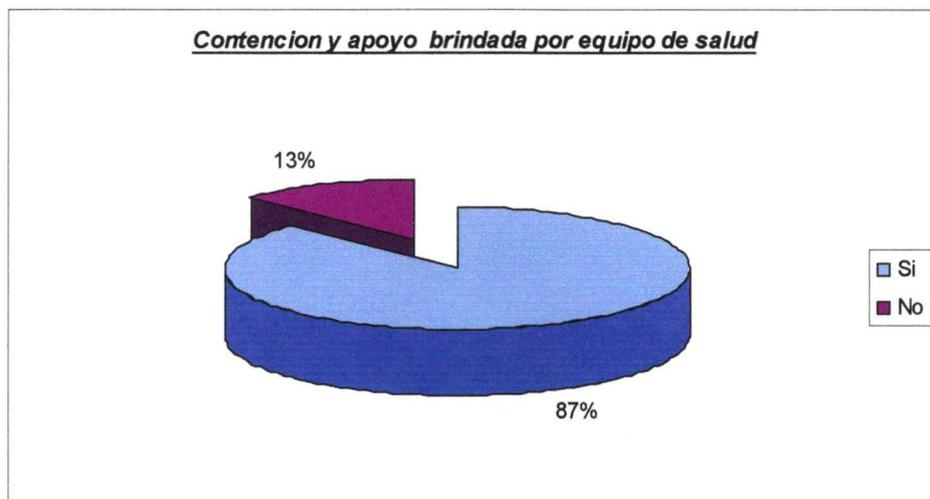


Relación con equipo de Salud:

La atención del equipo de salud y los tratamientos influyen en la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, y en la situación social de dicha población. Los datos recabados en las entrevistas permiten caracterizar las dificultades que afrontan las personas para acceder al cuidado de la salud, tanto a nivel de su participación como en la práctica cotidiana de seguimiento de su tratamiento.

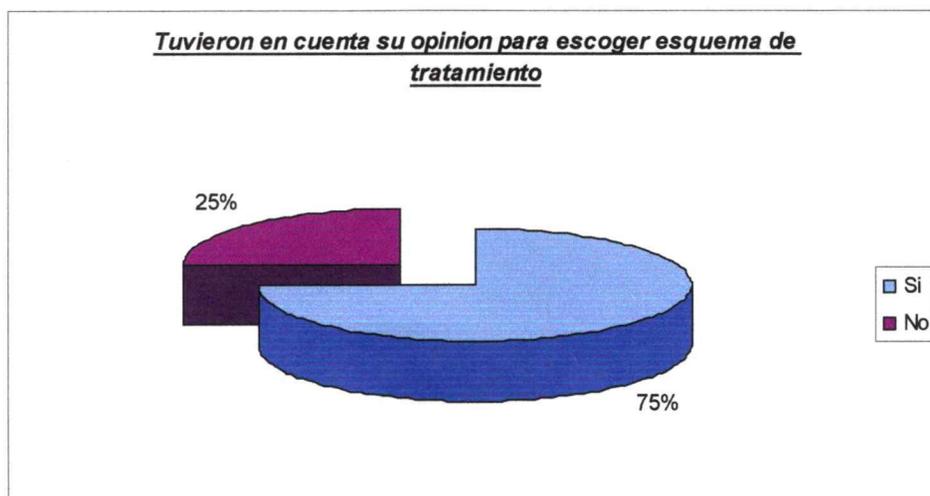
En relación a este aspecto, la mayoría de los entrevistados refiere haber construido un fuerte vínculo con los profesionales que abordan la problemática, manifestando sentirse muy apoyados y contenidos por éstos desde el momento del conocimiento del diagnóstico a la actualidad. Mientras que la minoría de

éstos, manifiesta no sentirse acompañado por el equipo, destacándose una clara prevalencia de los primeros.

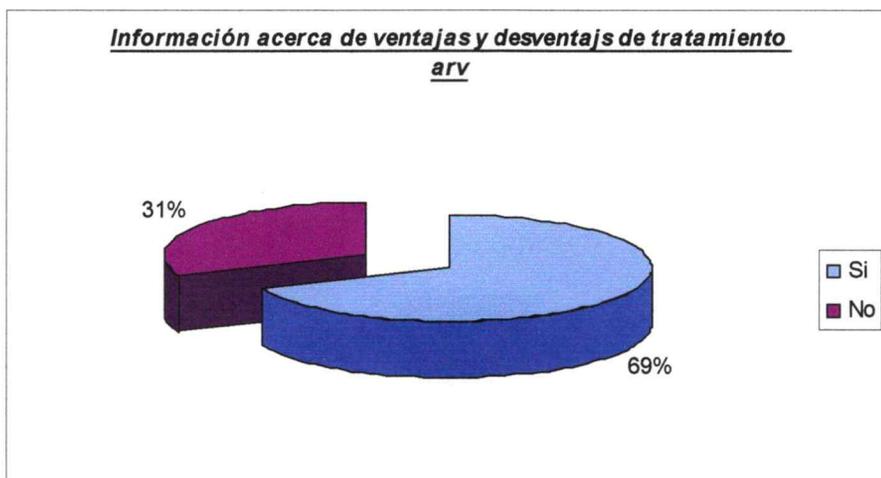


Tratamiento ARV

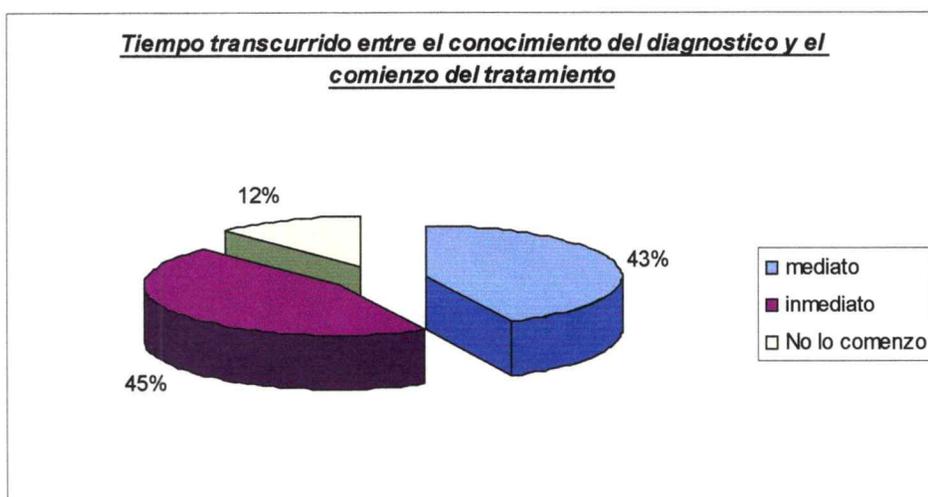
En relación al tratamiento, se pudo observar que la mayoría de los pacientes refiere haber participado en la elección de su esquema de tratamiento, expresando haberse sentido escuchado al momento de la elección. Mientras que la minoría manifiesta no haber sido consultado por los profesionales actuantes al momento de escoger el esquema; destacándose la prevalencia de los primeros.



Asimismo, si bien en menor proporción, los pacientes refieren haber recibido la información necesaria a fin de evaluar las ventajas y desventajas de los tratamientos ARV presentados por los diversos profesionales.

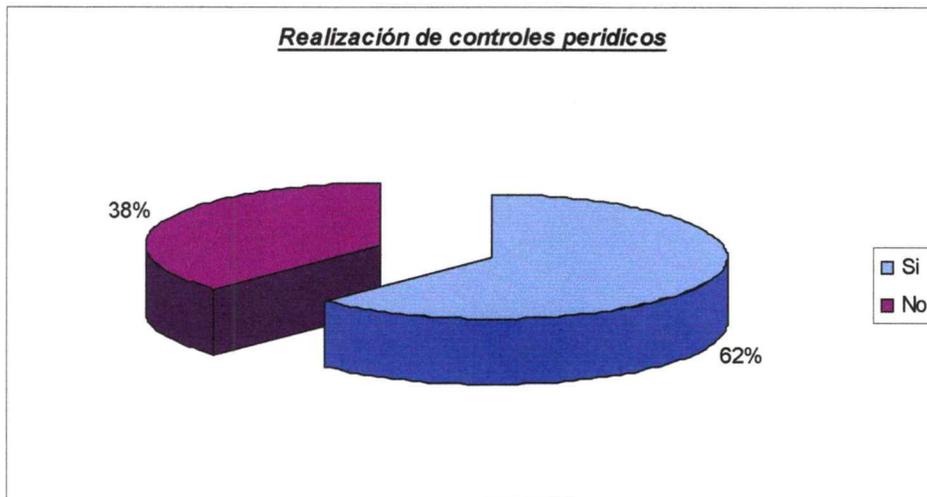


Los datos sobre antigüedad en el tratamiento reflejan la heterogeneidad de los entrevistados pudiendo visualizar que una leve mayoría comenzó su tratamiento ARV ni bien le dieron su diagnóstico. El promedio de la cantidad de años que le prescribieron comenzar con el tratamiento es de 7,5 años.



La regularidad en la atención médica y los análisis clínicos, y el seguimiento de los tratamientos, son elementos fundamentales para la gestión de una enfermedad crónica como lo es hoy la infección por VIH.

En la encuesta se preguntó sobre la regularidad de las consultas médicas



Entre los entrevistados que manifestaron no realizar los controles periódicos expresan no haber podido llevarlos a cabo en su mayoría por motivos diversos que se enumeraran a continuación.

- Negación a la enfermedad
- Desgano.
- Porque se sienten bien.
- Motivos familiares.

Cabe destacar que ningún entrevistado expreso no poder realizar sus controles por motivos económicos o laborales.

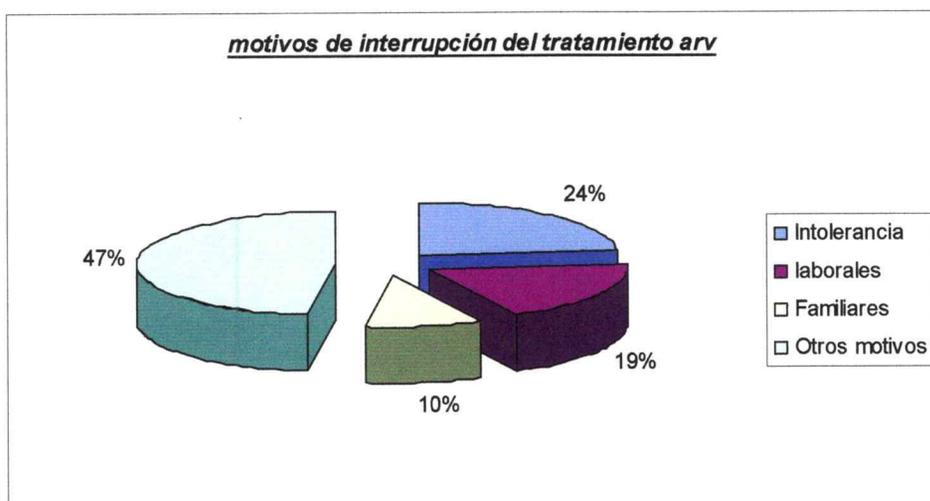


Según la definición “del consenso OMS”, la adherencia es “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. La adherencia es importante para las patologías crónicas, y respecto de los tratamientos y comportamientos asociados a la calidad y extensión de la vida con VIH es crucial: tanto en la disciplina para la toma de medicamentos y el monitoreo de la infección, como para los comportamientos de sexo seguro y otros comportamientos de autocuidado y cuidado. Más allá de la concepción biomédica de adherencia, lo cierto es que ella exige un compromiso y un reconocimiento subjetivo de las y los pacientes, en tanto personas con proyectos, prácticas, experiencias, sentimientos y valores – es decir, justamente, en tanto sujetos de sus propias vidas – y no meramente objetos de políticas o recomendaciones médicas individuales para seguir mejor o peor un determinado tratamiento.

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

Los pacientes entrevistados en algún momento del tratamiento encontraron obstáculos para su adherencia, y en algunos casos por negación a la enfermedad no lo comenzaron debiendo hacerlo según indicación medica.

Las causas que llevaron a la interrupción del tratamiento se expresan en el siguiente grafico.



Dentro de la categoría de otros motivos, la cual prevalece sobre las demás enunciadas en el grafico, se pueden enumerar los siguientes expresados por los entrevistados:

- Desidia o desgano.
- Negación a la enfermedad.
- Falta de medicación.
- No se sentia apoyado.
- No especifican.

CONCLUSIONES

Y

PROPUESTAS

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La enfermedad denominada SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) constituye hoy en día, un tema de interés mundial que puede ser investigado por distintas disciplinas que estudian al ser humano en su interrelación con el medio, sus posibilidades de crecimiento y desarrollo, así como el bienestar social que puede alcanzar.

Con la aparición de los primeros diagnósticos del virus, la enfermedad y su consecuente propagación en los distintos estados y grupos étnicos, la preocupación a nivel mundial aumenta.

De no brindárseles la atención que ameritan podría expandirse la epidemia hasta alcanzar cifras elevadísimas. La preocupación que genera el problema del VIH/SIDA es de gran importancia por las repercusiones que tiene en las vidas de las personas en todos los ámbitos: el psico-social, ideológico y económico, entre otros. Su mayor impacto recae precisamente en el núcleo familiar al cual pertenece la persona enferma. También existen respuestas sociales que se han desarrollado para la atención de este problema sustentadas principalmente por el temor que infunde en una sociedad que estigmatiza a quienes tienen VIH/SIDA.

Se pudo observar que la experiencia de vivir con VIH se desarrolla sobre un trasfondo de dos grandes problemáticas que tiñen cada aspecto de la vida de estas personas: la vulnerable situación socioeconómica en que se encuentra la mayor parte de ellas, y los procesos de estigmatización y discriminación que aún enfrentan y su impacto sobre diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo, sociabilidad, adherencia al tratamiento, relaciones afectivas y

sexuales, etc.). Las demandas estrictamente relacionadas con el sector salud, tienen un peso específico menor que éstas.

A través de la investigación realizada, se puede afirmar que el camino que deben transitar quienes se enteran de su diagnóstico de VIH no es simple, ni conduce prontamente a una transformación inmediata. Se observa que el mismo está atravesado por miedos, prejuicios, desesperanza, etc.

La muestra estudiada está conformada por pacientes con un promedio de 40 años de edad; en general, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Si bien la edad en la que toman conocimiento de su diagnóstico es variada, predominan los pacientes con presencia de la enfermedad entre diez y quince años.

Los pacientes en general son diagnosticados a partir de un pedido médico de análisis de laboratorio. Si bien, se trata de personas que, en su mayoría, se encuentran en el período de vida reproductivo y económicamente activa. Gran parte de ellos, carece del acceso a un empleo estable, limitando su derecho como ciudadano y con la consecuente dificultad en la satisfacción de sus necesidades básicas, acceso al sistema de seguridad social, obra social.

En relación al tratamiento, especialmente a la adherencia al mismo, se pudo observar que si bien, a la totalidad de los entrevistados se les fue prescripto realizar tratamiento con ARV, en su combinación de alta efectividad, lo cual requiere de continuidad y de una muy alta adherencia, la mayor parte de los pacientes que comenzaron su tratamiento lo interrumpieron, presentándose asimismo una proporción de pacientes que nunca iniciaron el mismo. Se puede evidenciar en el discurso de los entrevistados que la interrupción del

tratamiento tienen que ver con aspectos laborales, familiares, médicos, etc., lo antes dicho refleja que la adherencia es dinámica y que se encuentra influenciada por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de la adherencia. Los resultados obtenidos en cuanto a la medición de este fenómeno permiten conocer la posibilidad de identificación y cumplimiento de tratamiento así como el posible éxito terapéutico del paciente.

Desde esta perspectiva, la participación del Trabajador Social representa una herramienta indiscutible para garantizar la efectividad del tratamiento.

Se pudo evaluar que si bien, en su mayoría, los entrevistados manifiestan sentirse muy apoyados y acompañados por su grupo familiar y de pares, aparecen conflictos con la familia relacionados a la interrupción del tratamiento, la no toma de medicación, la ausencia de cuidados, controles médicos periódicos, etc., evidenciándose en la mayoría de los casos la existencia de discusiones, en donde aparecen sentimientos “encontrados” entre los pacientes de sentirse “subestimados” en cuanto a su autonomía frente al tratamiento, “bronca” y “desesperanza” frente a la presencia de la enfermedad y su cronicidad, resultando, en la mayoría de los casos, en el abandono del tratamiento.

En cuanto a la relación con el equipo de salud en su mayoría los entrevistados manifestó sentirse contenido, apoyado y tomado en cuenta a la hora de escoger tratamiento.

No obstante a pesar del apoyo y contención brindado por su red social los pacientes entrevistados no alcanzan una buena adherencia al tratamiento, lo que se puede evaluar como una falta de compromiso y responsabilidad

frente al mismo. Quedando claramente evidenciado el gran peso de los factores psico – sociales en esta problemática.

En lo antes expuesto se puede ver que la adherencia es una alianza terapéutica entre las redes sociales de apoyo, persona VIH / SIDA y personal de salud, que va construyendo la inserción de la persona en su nueva dinámica de vida. Pudiendo vislumbrar que los miembros que componen estos pilares deben participar de una alianza equilibrada, activa y deben estar responsablemente involucrados, para el éxito terapéutico y así las personas afectadas puedan extender y mejorar su calidad de vida.

En este contexto, las acciones de adherencia al tratamiento presuponen un abordaje integrado entre los que se cuentan la reducción de las vulnerabilidades, el fortalecimiento de la participación de los personas VIH en los servicios y el dialogo permanente entre las personas VIH y los profesionales de salud sobre el hecho de vivir con VIH.

La participación de las personas viviendo con VIH es fundamental para alcanzar estos objetivos. La superación de los obstáculos en la adherencia es alcanzable por el trabajo conjunto. Cuando existe un espacio para escuchar las necesidades de las personas, las experiencias vividas por los afectados complementan el conocimiento técnico de los profesionales de la salud.

El papel de los profesionales en este proceso - continuo y de largo plazo no es de promover la adherencia a cualquier costo, sino el de respetar y apoyar la autonomía, las elecciones y posibilidades de las personas, participando en el proceso de corresponsabilidad del tratamiento.

El SIDA ya no es lo que la sociedad construyó. Es simplemente un virus que al adquirirlo requiere un cambio radical de estilos de vida y un compromiso ineludible permeado de responsabilidad. Esto es clave, para iniciar una relación irrevocable con un conjunto de medicamentos, de los cuales dependerá indefectiblemente la vida de la persona infectada. La complejidad desde el punto de vista médico y social es clara, y plantea un reto sin precedentes para prestar de servicios de alta calidad por parte de las disciplinas involucradas.

Trabajar en adherencia significa reeducación, resocialización y empoderamiento de la población involucrada, en tanto, a mayor abandono se plantea una relación directamente proporcional a las posibilidades de suspender o restringir esta alternativa de tratamiento para las personas infectadas.

Se debe enunciar además, la importancia y la influencia que tienen los aspectos sociales, económicos y culturales, sobre la persona con VIH; tales como, el acceso a los recursos y servicios para la atención de la enfermedad, las características del contexto social en el que se encuentra inmersa la persona, el acceso a la información y educación, etc.

Es el estudio y la comprensión de la incidencia que dichos factores tienen en la salud de los pacientes y de la forma de intervenir sobre ellos, lo que el trabajador social aportará al equipo de salud, procurando que dichos factores actúen en el sentido de la salud y no en el de la enfermedad; elaborando un diagnóstico social de la familia, que pondrá a disposición del resto del equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales, y participando, junto a éstos, de la planificación, ejecución, evaluación

y sistematización de las actividades y proyectos grupales de fortalecimiento de la adherencia.

Se deben abordar, atender y poner en marcha los mecanismos de resolución de los aspectos sociales que inciden en el tratamiento de la enfermedad, localizando, identificando, controlando o eliminando aquello que retarda el logro de los objetivos propuestos para el tratamiento, así como aquello que lo favorece, buscando siempre elevar el funcionamiento social de los individuos, singular y grupalmente, logrando un equilibrio de la acción integral, donde la población a atender sea tenida en cuenta como algo más que unidades biológicas. Para ello, resulta fundamental el aporte del trabajador social en el estudio de los hábitos, actitudes y valores presentes en el las personas viviendo con VIH y/o la familia, que pueden beneficiar u obstruir la adherencia y por consiguiente el acceso a una mejor calidad de vida, observando nuevas alternativas de actuación.

Resulta importante brindarles tanto a los pacientes como a su familia, un espacio profesional, en donde partiendo de las capacidades potenciales que cada persona y cada familia posee, se aborden aquellos factores individuales o presentes en la dinámica familiar y su entorno, que puedan actuar como obstáculos en la continuidad exitosa del tratamiento.

Incluyendo temas relacionados al desarrollo de estrategias para el cambio de comportamientos, reparto de responsabilidades en el cuidado de la salud, manejo de situaciones estresantes en la vida, como efectos colaterales de la medicación, desgano por parte del paciente, estrategias para la obtención de medicación, etc., procurando que el tratamiento y los cuidados

personales de cada persona, sea realista y sostenible de acuerdo a las particularidades de cada uno.

A su vez, se propone, paralelamente, propiciar un espacio para la educación o el acompañamiento de pares al interior de estos talleres de inducción o de mejoramiento de la adherencia, idealmente de pares, para que aquellas personas que lleven más tiempo en tratamiento y que ya hayan superado los diferentes obstáculos que presenta un tratamiento a la largo plazo, que puedan dar testimonio que hay una cantidad de dificultades que pueden ser superadas. Donde en un clima de confianza, se ofrezca un espacio de privacidad, en el que se puedan abordar aspectos que hagan a sus sentimientos y miedos frente al tratamiento ARV y en donde se propicie el diálogo y puedan compartir sus experiencias frente a la problemática.

Los encuentros deben ser planificados, de manera tal de brindarles continuidad y adaptados a los estilos de vida, nivel educativo y socioeconómico de cada paciente. Deben perseguir el objetivo de lograr en estos individuos una actitud de autocuidado efectivo, otorgándole responsabilidad al paciente respecto a sus cuidados, para que se movilice, de manera creciente hacia el autocontrol y la autoeficiencia, lo que le permitirá maximizar su bienestar físico y psicológico.

Para ello es necesario dotar al paciente y a su familia de herramientas para aprender a convivir con la enfermedad y actuar en relación a ésta, ejerciendo sus derechos y libertades, accediendo a los conocimientos esenciales para su enfermedad, procurando la realización de un proyecto de vida saludable.

El VIH / SIDA, como toda enfermedad crónica, debe ser abordada por un equipo de salud interdisciplinario, a través de un actuar interrelacionado, con una participación y correlación entre el equipo asistencial, el paciente, y la familia, desde una visión biopsicosocial que permita al paciente obtener el mejor bienestar físico y psíquico.

En cuanto al ámbito institucional, más específicamente el Servicio de infectología Se considera necesario, dentro de su dinámica, el trabajo integrar al área de psicología, buscando la optimización del servicio que se ofrece, con el fin de que cubra las necesidades reales de los pacientes. De deben estudiar, detectar y reconvertir aquellos factores que puedan generar la reticencia de los pacientes a concurrir o el posterior abandono del tratamiento psicológico.

Asimismo, resulta significativo destacar, el grado de compromiso y responsabilidad del servicio de infectología, quien sostiene un vínculo positivo con las personas que allí se atienden, y que se refleja en el discurso de los entrevistados en una alta cuota de confianza, expresada en un estilo de relación "informal" que excede las relaciones "obligadas" que se estipulan en el binomio médico-paciente. Este tipo de relación favorece una red de contención y apoyo más amplia para el paciente, encontrando un espacio de escucha y comprensión para dialogar sobre aspectos relacionados con el tratamiento de la enfermedad, como también cuestiones que hacen a sus vidas cotidianas.

No obstante según los entrevistados en ocasiones no alcanzan a comprender las indicaciones, por el lenguaje utilizado por los médicos es por eso que se propone favorecer discursos médicos horizontales ya que las practicas discursivas de los profesionales están cargadas de lenguaje biomédico que no es resignificado de la misma manera por los pacientes, esto nos permite

proponer que en las estrategias implementadas para mejorar la adherencia, la educación de pares podría complementarse con discursos de los profesionales de la salud más horizontales y mas de acuerdo a las vivencias lingüísticas y semióticas de los pacientes frente a los términos biológicos del ciclo viral, los medicamentos y de la adherencia, así podríamos llegar a impactar mejor los términos, los conceptos y por ende las prácticas de toma de medicamentos.

El rol del trabajador social está vinculado con el cambio, se deben buscar desde nuestra profesión respuestas creativas y concretas, para el abordaje integral de la enfermedad, lo que hace indispensable una buena comunicación y colaboración entre las diferentes profesiones e instituciones a fin de complementarse con lo mejor de cada una.

Por último, pero no por ello de menor importancia, se debe mencionar que resulta indispensable continuar y maximizar, las acciones tendientes a la prevención del VIH. No podemos dejar de reconocer que todo profesional, tiene la responsabilidad de brindarle a la población con la cual trabaja, información y herramientas a fin de mejorar el estado sanitario de la comunidad, brindando una cobertura integral, lo que conlleva a las actividades de promoción y prevención de la salud. De igual modo, se debe trabajar intensamente y en forma urgente, para que estas acciones sean atendidas también, en otras instituciones y no exclusivamente en el ámbito de la salud, como por ejemplo, escuelas, sociedades de fomento, clubes, etc. La promoción y prevención de la salud debe ser extensiva a toda la población, involucrando a la misma a través de la participación social.

Los problemas de adherencia representan un reto capital para la salud pública y esto en su conjunto, ofrece un territorio extenso donde descubrir

nuevos horizontes para el Trabajo Social. Además de una aventura intelectual que apela a la creatividad para aportar soluciones efectivas y pertinentes para una enfermedad, que como ninguna otra ha interpelado, y requerido la participación activa y comprometida todos y cada una de los ciudadanos de este planeta. Porque el SIDA no es excluyente ni sectario, es un problema y un peligro universal latente, donde la dimensión personal y profesional se pone a prueba, en tanto hoy son los demás, mañana pueden ser nuestros seres queridos o nosotros mismas...

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Aresca Laura, Birgin Dora, Blum Susana, Buceta Emma, Figini María Cristina, Gulias Susana, Iconikoff Rosa, Kors Betty y Rosenfeld Clara. Psicooncología. Diferentes Miradas. ED. Lugar. Buenos Aires, 2004
- Boletín sobre vih/sida en la Arg; Ministerio de la salud y Ambient de la Nación; Año XII, Número 26, diciembre 2007.
- Boletín sobre vih/sida en la Arg; Ministerio de la salud y Ambiente de la Nación; Año XII, Número 26, diciembre 2006.
- Boletín sobre vih/sida en la Argentina. Año X – Número 24 – Diciembre 2005 – Ministerio de Salud y Medio Ambiente
- D' Ávila Rodolfo. Calidad de vida. La relación bio- psico- social del sujeto. ED. Lugar. Buenos Aires. 2005
- De Robertis, Cristina- Pascal Henri: La intervención colectiva en trabajo social. Ed. El Ateneo, 1994. Pág. 40-41.
- De Robertis, Cristina- Pascal Henri: La intervención colectiva en trabajo social. Ed. El Ateneo, 1994.

- E. Pichón Riviere, en "La recuperación del trabajo, un camino en recuperación de la salud. Implicancias psíquicas, físicas y sociales de la inserción laboral de pacientes bajo programas de atención de la salud en la prov. Bs. As. Hartfiel, M. Isabel; Kuravsky Rosana.
- Encuentro Nacional de pvvs para el trabajo en adherencia" Bs. As. 2005
- Feyerabent, Paúl: Tratado contra el método. Madrid. Ed. Tecnos, 1986. Pág. 29.
- Grupo ELEM, Redes sociales naturales, un modelo de trabajo para el servicio social. Ed: Humanitas. Mar del Plata. 1997.
- Kisnerman, N. Pensar el Trabajo Social. Ed. Humanitas, 1998. Cáp.2.Pág.114.
- Kisnermman Natalio, "Pensar en Trabajo Social". Ed. Lumen. Bs. As. Arg. 1998
- Krmptic, Claudia Sandra. El concepto de necesidades y políticas de bienestar.
- Lic. Gemeto Florencia, Lic. Bacin Gabriela, Enfoques y perspectivas sobre la adherencia en la Argentina, Bs. As.2005
- Manual de Prevención de VIH. Programa Provincial de Prevención de VIH-SIDA/ ITS. Ministerio de la Provincia de Buenos Aires. 2006.

- Mary Richmond: Caso Social Individual. Buenos Aires. Ed. Humanitas, 3ª Edición 1962. Pág. 69.
- Modulo 1. Curso de Epidemiología general. Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara". Cohorte 2003
- Perlman, Helen. El Trabajo Social Individualizado. Ediciones Rialp. Madrid. 1965.
- Revista "Patogenia de la infección por VIH"; Bristol – Myers Squibb Argentina, Bs. As, 2006.
- Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención del Trabajo Social". Ed. Espacio Bs. As. 1998.
- San Giacomo, Osvaldo. "Construcción del objeto y comunicación racional", en Trabajo Social profesional: El método de la comunicación racional. Ed: Humanitas. Mar del Plata. 1996.
- Travi Bibiana, Gordon Halminton "La dimensión Técnico Instrumental en Trabajo Social". Ed. Espacio. 2005
- Tulio Angel., "Trabajo Social y Derechos Humanos". Su relación con la Bioética. Carlos Eroles. Revista de Trabajo Social. Año III N° III. Colegio de Asistentes Sociales de la Provincia de Bs. As. La Plata. Agosto 2000.-

- Gálvez Vargas R, Sánchez González: La salud y sus determinantes.
Concepto de medicina preventiva y salud pública. MC. 10° Ed.
Barcelona: Masson, 2001

Páginas de Internet:

- www.minsa.gob.pe
- www.monografias.com
- <http://www.clacso.edu.ar>

ANEXO

Anexo

Anexo N° I

Instrumento utilizado para el desarrollo de las entrevistas a los pacientes



HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE
AGUDOS

“ Dr. Oscar Eduardo Alende”

ENTREVISTA

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES:

EDAD

SEXO:

HC N°:

ESTADO CIVIL:

OCUPACION:

ENFERMEDAD

1- Desde cuándo conoce su diagnóstico.?

Más de 10 a.

Más de 5 a.

Más de 1 a. OTRO: _____ .-

2- Por qué motivo se realizó el test . ?

Indicación médica

Iniciativa propia

3- Qué información tenía del HIV antes de contraer el virus. ?

Mucha Poca Nada

4- Se ha modificado su conocimiento sobre la enfermedad luego de haberla contraído. ?

SI NO

5- Quien le proporcionó información acerca de la enfermedad. ?

FAMILIA AMIGOS EQ. DE SALUD BUSQUEDA DE MATERIAL

6- Realiza los controles periódicamente. ?

SI NO

7- En caso de que la respuesta sea NO.- Por qué motivo?

ECONOMICOS FAMILIARES LABORALES
OTROS

TRATAMIENTO

1- Cuanto tiempo después de enterarse el diagnóstico comenzó el tratamiento ARV?

MEDIATO INMEDIATO TODAVIANO NO COMENZO

2- Al momento de comenzar con el tratamiento, se le informó de las ventajas y la posibilidad de efectos secundarios del mismo. ?

SI NO

3- Quien. ?

4- Cómo se sentía en relación al mismo. ?

5- Cambió su forma de vida después de comenzar el tratamiento de ARV. ?

SI

NO

6- Qué lo llevó a abandonar el tratamiento. ?

INTOLERANCIA

R. LABORALES

R. FAMILIARES

OTROS

7- En qué aspecto de su vida cotidiana sentía que lo afectaba la toma de medicación. ?

RECURSO SOCIAL

1- Vive sólo o comparte la vivienda con otras personas. ?

2- Conocen su diagnóstico. ?

SI

NO

3- Lo acompañan en los cuidados que requiere su tratamiento. ?

4- De qué manera se siente apoyado por su familia. ?

5- Que persona de su grupo familiar considera que más lo acompaña. ?

6- Y Cual es el tipo de apoyo que siente que recibe. ?

7- El tratamiento ARV influía en la relación con su familia, entorno laboral, grupo de amigos? De que forma .?

EQUIPO DE SALUD

1- Manifieste brevemente si se sintió contenido por el equipo de salud durante y después de abandonar el tratamiento ARV. ?

2- Siente que su opinión se tuvo en cuenta en el momento de escoger el esquema de tratamiento.?

- Tiene algo más para agregar relacionado con el motivo del abandono de su tratamiento.?

Anexo N° II

Ley Nacional de SIDA N° 23.798

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

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

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

- a) Afectar la dignidad de la persona;
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma respectiva; ;
- d) Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;

e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

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

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

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

transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

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

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

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

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.

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, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

DECRETO REGLAMENTARIO Nº1.244/91

DE LA LEY Nº 23.798

ANEXO I

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

Art. 2º- Incisos a) y b).- Para la aplicación de la ley y de la presente Reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley 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 N° 22.990, mencionados en los incisos s), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7mo., de la Ley N° 21.541.

4. Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5. A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6. A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

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

Inciso d).- Sin reglamentar.

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

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

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

Art. 4º -

Inciso a).- Sin reglamentar.

Inciso b).- Sin reglamentar.

Inciso c).- Sin reglamentar.

Inciso d).- Sin reglamentar.

Inciso e).- Sin reglamentar.

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

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

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

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

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

Serán aplicables al artículo 21 de la Ley Nº 22.990 y el artículo 18 del Decreto Nº 375 del 21 de marzo de 1989.

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

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

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

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

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

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

Art. 12° - 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. 13° - Sin reglamentar.

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

Art. 15° - 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.

Anexo N°III

Derechos de los pacientes⁵¹

- El respeto a su persona, a su dignidad humana y a su identidad.
- La ausencia de condicionantes para su atención resultante de limitaciones económicas individuales.
- No discriminación de orden religioso, racial, económico, sexual o de cualquier tipo.
- Al secreto profesional en todo lo atinente en su proceso de salud/enfermedad.
- A la información continua y correcta dada a él o a sus familiares sobre su proceso salud/enfermedad.
- A la asignación de un médico de cabecera que será su interlocutor principal con el equipo de salud.
- A la libertad de elección o negativa frente a las opciones terapéuticas que se le planteen, requiriendo su consentimiento para la realización de cualquier intervención, excepto:
 - Cuando la no intervención devenga riesgo para la salud pública.
 - Ante la imposibilidad del paciente de tomar decisiones, en cuyo caso lo harán sus familiares o representantes legales de autoridad judicial.
 - Cuando las características del caso se presuma lesión irreversible o riesgo inminente de muerte ante la no intervención.

⁵¹ Provincia de Buenos Aires. Ley 11.072 de Descentralización Hospitalaria, art. 4.

- A la agilidad y sencillez de los procedimientos administrativos, en especial lo relacionado con la consulta externa o internación.

A la internación del binomio madre-hijo en forma conjunta

Anexo N °IV

CARGA VIRAL

“Este es un análisis de sangre que permite saber cuanta cantidad de virus de VIH hay en el cuerpo (torrente sanguíneo).

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