



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Gabriela Luciana Delli Carpini  
[gabrieladellicarpini@gmail.com](mailto:gabrieladellicarpini@gmail.com)

Recuperando nuestra historia: el servicio social del Hospital "Evita" de Lanús, sus propuestas de intervención profesional con personas que viven con VIH

Trabajo Final Integrador presentado para la obtención del título de Licenciatura en Trabajo Social del Departamento de Salud Comunitaria

**Tutor**

María P. Miguel

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa).

**Cita sugerida**

Delli Carpini, L. (2017). *Recuperando nuestra historia: el servicio social del Hospital "Evita" de Lanús, sus propuestas de intervención profesional con personas que viven con VIH* (Trabajo Final Integrador) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud comunitaria. Disponible en:

[http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/TFI/LicTS/DelliCarpini\\_G\\_Recuperando\\_2017.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/TFI/LicTS/DelliCarpini_G_Recuperando_2017.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



www.unla.edu.ar  
www.repositoriojmr.unla.edu.ar  
repositoriojmr@unla.edu.ar



**Universidad Nacional de Lanús**  
**Departamento de Salud Comunitaria**  
**Licenciatura en Trabajo Social**

**Recuperando nuestra historia: El Servicio Social del Hospital “Evita” de Lanús, sus propuestas de intervención profesional con personas que viven con VIH**

**Autora: Gabriela Luciana Delli Carpini**

**Tutora: Lic. María P. Miguel**

**Lanús, Octubre de 2017**

## Índice

Agradecimientos .....	4
Introducción.....	5
Marco conceptual .....	8
Fundamentación .....	16
Estrategia Metodológica .....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos .....	17
CAPITULO I	
El contexto donde se desarrolla esta experiencia: .....	20
El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su estructura .....	20
Población que demanda la atención de su salud en el Hospital.....	22
La planta funcional del Hospital. Su estructura .....	22
El Servicio Social. Su composición y posición dentro de la estructura hospitalaria .....	24
La Sala de Infectología. Su composición y posición en la estructura hospitalaria.....	27
El marco normativo en la atención de personas viviendo con VIH .....	27
CAPITULO II	
Haciendo un poco de historia...El Servicio Social del Hospital “Evita” de Lanús y sus estrategias de intervención con personas viviendo con VIH.....	29
La visión inicial con respecto a la problemática del VIH .....	29
Las primeras intervenciones del Trabajo Social en la atención de personas viviendo con VIH.....	31
La sanción de la Ley Nacional de lucha contra el Sida .....	32
El primer Proyecto de trabajo sobre la problemática producido desde el Servicio Social .....	33
Del Proyecto al Programa .....	34
La “Encuesta Social” transformada en oportunidad.....	36

1º de Diciembre, Día Internacional de la Lucha contra el SIDA .....	39
Las experiencias con grupos de pacientes .....	40
CAPITULO III	
Análisis del diseño elaborado para esta investigación .....	42
Apartado 1: Características sociodemográficas de los usuarios.....	43
Accesibilidad a la salud integral .....	43
Situación socioeconómica de los usuarios.....	49
Situación Sociofamiliar.....	52
Apartado 2: La intervención del Trabajo Social .....	58
La gestión .....	58
El acompañamiento en el proceso salud- enfermedad-atención.....	59
Apartado 3: La relación del Trabajo Social con otros campos disciplinares .....	64
Reflexiones finales .....	67
Bibliografía .....	70
Anexos.....	73
Matriz de datos .....	74
Características socio demográficas de la población .....	76
Estrategias de intervención del trabajo social .....	77
Relación del Trabajo Social con otros campos disciplinares.....	79
Definición de los indicadores .....	80
1. Características de la población.....	80
2. La intervención del Trabajo Social .....	86
3. Relación del Trabajo Social con otros campos disciplinares .....	88

*A mis hijos Julián y Lautaro,  
por el amor y la alegría con que colman mi vida*

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer en primer lugar a mi familia, amigos y compañeros por el apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, y sobre todo por la comprensión.

A los docentes de la Universidad que me han acompañado en todos estos años en el proceso de formación y que hicieron posible que pudiera hacer este trabajo.

A todos los integrantes del Servicio Social del Hospital “Evita” de Lanús, especialmente al Lic. Miguel Cerdeira por permitirme trabajar y desarrollarme en ese espacio, a las Lic. Graciela Morales y Sandra Castelitti porque generosamente me brindaron la posibilidad de estudiar todo el material producido a lo largo de tantos años, y a la Lic. Ana Moirón por el entusiasmo y la alegría en la tarea cotidiana.

Y un agradecimiento muy especial a mi tutora de tesis, la Lic. María P. Miguel, por brindarme sus conocimientos y sobre todo por su permanente motivación y dedicación, que han sido fundamentales para la concreción de este trabajo.

## **Introducción**

El presente trabajo tiene la finalidad de reflexionar acerca de la intervención profesional del Trabajo Social en la atención de personas viviendo con VIH que recurren al Hospital “Evita” de Lanús para la atención de su salud.

Este proyecto surge a partir de mi inclusión laboral en el Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús a mediados del año 2015.

Esta posición me permitió acercarme a distintos espacios de trabajo dentro del Servicio Social, entre ellos el que desarrollan las Trabajadoras Sociales en relación a la Sala de Infectología del Hospital, más específicamente, al equipo de atención de personas viviendo con VIH.

Es desde allí que adquirió relevancia para la autora profundizar el conocimiento sobre estas intervenciones a lo largo de toda la experiencia profesional en esa área.

El trabajo de estas profesionales, por haberse desarrollado en el marco de una institución como es un Hospital público dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se vio atravesado por los diversos marcos normativos y políticas públicas implementadas por las distintas gestiones de gobierno en el ámbito de la salud pública en general, como así también a la problemática VIH-SIDA específicamente, a lo largo de su trayectoria.

Son las más relevantes de estas regulaciones la Ley Nacional de Sida Nº 23.798 sancionada el 16 de Agosto de 1990 con injerencia en todo el territorio nacional; y en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires

complementada a través del Programa Provincial de Prevención de VIH-Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Este equipo posee una vasta experiencia, más de 20 años de trabajo, en esta temática. A lo largo de su historia ha logrado producir diversos proyectos de intervención y de investigación, material con el que ha participado en distintas Jornadas Científicas y la sistematización de su trabajo a través de un registro del mismo.

Para la realización del presente trabajo se llevara a cabo un análisis de estas producciones, en forma articulada con distintos insumos teóricos, como así también el relevamiento de los registros de diez historias clínicas y sociales desde el comienzo de las mismas hasta diciembre de 2016. La información se completará en diálogo permanente con las profesionales a cargo del área.

La muestra analizada representa un número reducido en relación a la cantidad de consultas totales del Servicio Social sobre esta problemática, no obstante, se considera que puede aportar información significativa para lograr una aproximación a las características generales de la población que asiste, como así también de las intervenciones que se realizan.

El trabajo está organizado en 3 capítulos. En el primero se realizará una contextualización tanto del Hospital “Evita” de Lanús dentro de la esfera del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, como del Servicio Social dentro del Hospital a fin de dar cuenta cual es el ámbito en el que se desarrolla el trabajo.

En el segundo capítulo se realizará una reseña de la inserción del Trabajo Social en la problemática de la atención de personas viviendo con VIH en el Hospital “Evita” de Lanús. Este proceso comienza poco después de la irrupción de la problemática de la infección por VIH-Sida en el Hospital “Evita” de Lanús, hacia el final de la década del 80, y continúa en



la actualidad. La reconstrucción de este período se realizará a partir del análisis de fuentes primarias, como trabajos y escritos realizados por los distintos actores en ese período.

En el tercer capítulo se analizarán los datos obtenidos y sistematizados en el trabajo de campo realizado con las 10 historias clínicas y sociales que integran la muestra. A fin de darle un orden y facilitar su lectura se organizará el capítulo en tres apartados.

En el primer apartado se describirán las características sociodemográficas de la población con la que trabaja este equipo, su situación en relación al acceso a la salud, situación socioeconómica y sociofamiliar, identificando cuáles son las problemáticas que desde el Trabajo Social se abordan con mayor frecuencia en relación a las personas viviendo con VIH.

En el segundo apartado se caracterizará la intervención desde el Trabajo Social en la atención de personas viviendo con VIH que asisten a la Sala de Infectología con respecto a la asistencia, la gestión de políticas sociales y programas, y el acompañamiento en la trayectoria del proceso salud-enfermedad-atención.

En el tercer apartado se dará cuenta de cuál es la relación del Trabajo Social con los distintos campos disciplinares que integran el equipo, cual es la demanda que desde los mismos se le realiza al Trabajo Social y a partir de esto se analizarán cuáles son las fortalezas, obstáculos y desafíos identificados para una práctica interdisciplinaria.

Finalmente y para concluir, se plantearán algunas reflexiones finales producto de la experiencia y del análisis efectuado en torno a la misma.

## **Marco conceptual**

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, “la salud es el grado de bienestar físico, psíquico y social que una persona puede experimentar y generar en los demás, en el presente y en el futuro previsible, dada las circunstancias físicas, psíquicas, sociales y culturales”.<sup>1</sup>

Esta definición si bien es un avance que se refiere a la salud desde una mirada más amplia y no como mera ausencia de enfermedad, sigue teniendo una mirada individual y no colectiva sobre la salud y además habla de un grado de bienestar como si éste fuera estático y cuantificable.

Este trabajo, en cambio, tiene una perspectiva que comprende a la salud como un proceso dinámico, integral, colectivo e histórico teniendo en cuenta la conceptualización de la medicina social que “pone el énfasis en las condiciones de vida y establece que el proceso de salud enfermedad es un proceso biológico-social e históricamente determinado”. (Lizola, Rodríguez Y Ponce De León, 2013).

Desde una perspectiva de Derechos Humanos la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Esta condición deviene en obligaciones por parte del Estados para generar y garantizar los servicios de salud, las condiciones de trabajo, la vivienda adecuada, los alimentos nutritivos, etc.

Floreal Ferrara (1985) plantea la necesidad de entender a la salud en el área de la comunidad y las clases sociales que la integran, formando parte del proceso histórico donde se producen sus determinantes y se genera la distribución de sus condiciones entre los

---

<sup>1</sup> Concepto elaborado por la OMS en 1949

integrantes de una sociedad. Plantea a la salud desde una mirada compleja y le da el carácter de dinámica.

La medicina social reconoce dos objetos fundamentales en el campo de la salud: por un lado la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y por otro las interpretaciones, saberes y prácticas en torno a la salud, enfermedad y muerte, entendiendo a estas como momentos diferenciados del proceso vital humano. Desarrolla una crítica a las visiones biomédicas que desarticulan a la salud-enfermedad de los procesos sociales.

Al reconocer que la salud/enfermedad están socialmente determinadas, se desprende la necesidad de un posicionamiento sobre la configuración de la sociedad y un marco teórico para explicar su dinámica, desde el cual se interpreta la totalidad social y desde lo metodológico se desarrollan aproximaciones para comprender la realidad y los grupos humanos en los que se expresa con mayor claridad la dimensión social de la salud/enfermedad (López Arellano, Escudero, Carmona, 2008)

Estos autores hacen referencia al informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud del año 2008, donde se realiza una descripción de las desigualdades sociales y de salud, incluyendo en el debate a nivel mundial sobre la salud, la cuestión de los determinantes sociales, que es trivializada por las visiones tradicionales ancladas en el modelo biomédico.

Según este informe de la CDSS:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención

sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (CDSS, 2008)

En el presente trabajo teniendo en cuenta estos conceptos se analizarán las características de la población usuaria de este servicio en salud, a fin de dilucidar cuales son las reales posibilidades de acceso a la salud integral, de acuerdo a su situación socioeconómica y sociofamiliar considerando los distintos aspectos de la misma: trabajo, vivienda, educación, etc. como así también la relación con las políticas y programas sociales que abordan estas problemáticas, y la situación singular de las personas viviendo con VIH.

Según Spinelli (2010) a partir de la reforma de la Constitución Nacional en 1994 la salud es incluida como un bien público esencial, por lo que el Estado debe asegurarla a todos los habitantes del país financiándola a través de prestadores privados o públicos. Esto expresa una legalidad existente, pero la ausencia de ciudadanía de numerosos sectores sociales expresa los límites de esta legalidad.

Este autor sostiene que esto no se relaciona con la falta de planes, producto de esa legalidad, sino con la falta de actores/agentes que puedan hacer cumplirla.

En estos contextos, dice Spinelli, se enuncian políticas y programas sociales concebidos desde la lógica de soluciones y no del análisis de problemas. Es así como esta razón instrumental, en tanto saber sin sujeto, se vuelve hegemónica constituyendo un modelo de conocimiento que impide cualquier proyecto transformador.

Las “grandes soluciones” logran una clausura simbólica, en la que se impide la problematización de la situación que viven los agentes, la cual al naturalizarse obtura la posibilidad de su transformación. Y entonces se pasa a depender de los efectos de “las políticas” concebidas como universales y que por lo tanto desconocen las singularidades. Se confirma así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades (Spinelli, 2010)

Cecchini y Martínez (2011) plantean otra cuestión fundamental para contar con sistemas de protección social que den cobertura de calidad al conjunto de la población: es la denominada integralidad.

Según los autores esta integralidad debe darse tanto en el campo de las políticas públicas (oferta) como en el campo de los individuos, las familias y las comunidades (demanda)

Plantean que en relación a las políticas, planes y programas existen dos ejes de integración que deben ser considerados en las etapas de diseño e implementación de los sistemas de protección: el horizontal (o sectorial) “que supone la coordinación entre los distintos sectores de acción de la política social (desarrollo social, trabajo, salud, educación, etc, y el vertical, en el cual la coordinación se da entre los distintos niveles administrativos (desde el central hasta los municipios)”

En cuanto a atender los requerimientos de una demanda compleja y heterogénea hablan de la necesidad de una integración transversal que

tiene que ver con ofrecer prestaciones diferenciadas según áreas de residencia, ingresos, actividad laboral, etnia, etc teniendo en cuenta la diversidad de los grupos poblacionales, y de una integración longitudinal que tenga en cuenta cada etapa del ciclo vital de los individuos y las familias. (Cecchini Y Martínez, 2011)

Asimismo la cuestión de la accesibilidad se entrecruza con aspectos institucionales, que generan incertidumbre en cuanto a la real posibilidad de asistencia en las mismas.

Es decir, no se trata sólo de llegar al hospital en busca de atención, sino de lograr que las diferentes consultas sean trabajadas y resueltas de un modo que generen certezas. La atención en el actual sistema de salud se encuentra atravesada por una serie de circunstancias que la condicionan: la circulación de la palabra ha sido reemplazada por los medicamentos, los estudios complementarios son un nuevo lenguaje que reemplaza la escucha. (Carballeda, 2013)

Carballeda sostiene en este texto que de este modo la accesibilidad se vuelve incertidumbre para el usuario, y la institución de salud y sus profesionales entienden que la consulta se resuelve en la medida en que el procedimiento se acerque a lo establecido institucionalmente. Así, los lazos que se construyen dentro del sistema se enfrían y despersonalizan, despojando al sujeto de su singularidad.

Esto se imbrica con las inseguridades que atraviesan los equipos interdisciplinarios de salud dada la complejidad de los escenarios de intervención. La fragmentación de la sociedad se expresa dentro del equipo de salud en su mirada sobre los sujetos usuarios del sistema, donde las especialidades construyen sus propios fines sin tener una mirada de lo que ocurre en el todo.

“En definitiva, las Políticas de Salud y la accesibilidad no implican solamente el ingreso al sistema, dado que este hecho no garantiza que

esta tenga una aplicación y adaptación real, sino que la misma debe ser acompañada dentro de las diferentes instancias institucionales” (Carballeda, 2013)

El Trabajo Social, como efector de Políticas de Salud se encuentra ante la contradicción de reproducir la lógica instrumental de las mismas o diseñar nuevas estrategias que permitan alojar la singularidad del sujeto, sus necesidades y demandas, las cuales exceden a las respuestas estándar que ofrecen las políticas sanitarias.

Trabajar desde la singularidad implica concebir un sujeto pleno, con potencialidades, asumiendo la posibilidad instituyente de todo sujeto (Cazzaniga, 1997)

Para trabajar en este sentido es importante que el Trabajo Social frente a la demanda, pueda superar su inmediatez y pensar al sujeto en sus distintas dimensiones: lo histórico familiar, su contexto social, sus trayectorias institucionales y en particular las referidas a la atención de su salud, sus lazos sociales y afectivos de contención.

Así mismo, se vuelve indispensable el lugar de la escucha, donde decodificar, historizar, y problematizar esta demanda.

Como espacio de escucha preferencial, la técnica de la entrevista brinda un encuadre para la reconstrucción de la demanda con el sujeto, que posibilita al Trabajador Social conocer la trayectoria de vida del mismo, como así también al usuario, la autorreflexión sobre su situación problemática, habilitando su posición de sujeto activo.

Esta posición de sujeto activo, propicia la autonomía en la toma de decisiones en la vida cotidiana de los usuarios. Pero para poder ejercer ciertos niveles de autonomía es necesario que el sujeto tenga acceso a los bienes y servicios que garanticen las condiciones materiales de existencia.

En este sentido dentro de los roles del Trabajo Social cobra importancia la gestión de recursos y herramientas disponibles en el ámbito de las Políticas Públicas.

Retomando la idea de Carballeda, para que las intervenciones institucionales generen certezas en la vida de los usuarios es necesario que estas respuestas sean pensadas desde la complejidad en los escenarios actuales, implicando construir abordajes interdisciplinarios.

La interdisciplina es un desafío para los equipos de salud ya que en el campo hospitalario prima la lógica disciplinar, materializada en un organigrama jerárquico y de servicios especializados, donde se juegan relaciones de poder históricamente construidas que responden a un saber o conocimiento propio del Positivismo.

En estas correlaciones de poder, el Trabajo Social dentro del hospital, aparece en muchas oportunidades como subsidiario al quehacer médico, y hasta se le encomienda una “misión” por la cual se lo interconsulta, o se le deriva al paciente. Por ejemplo, abandono de tratamiento, gestión de subsidios o pensiones, conectarse con familiares del paciente, resolver la cuestión de la gestión de medicamentos o estudios complementarios, etc. (Cazzaniga, 2002)

La interdisciplina pensada como desafío no es un producto acabado, sino un proceso dinámico en permanente construcción/deconstrucción.

En este sentido Nora Elichiry (2009) considera que la aproximación interdisciplinaria surge como respuesta a la demanda social ante situaciones cada vez más complejas, y a la evolución interna de las ciencias, presentándose como un integrador y productor de conocimiento.

La interdisciplinariedad incluye intercambios que producen enriquecimiento mutuo de cada disciplina y también transformación.



Implica interacción, cooperación y circularidad a través de la reciprocidad entre las áreas; como así también intercambio de instrumentos, métodos y técnicas.

Es importante destacar que esta integración no se realiza sólo a nivel disciplinar, sino a través de los miembros del equipo de trabajo, que en grupos heterogéneos aportan prácticas convergentes. La cooperación orgánica entre los miembros del equipo es básica.

Existen además, según Elichiry, prerequisites complementarios para que la interdisciplina sea tal. Estos son:

1. Trabajo en equipo: formación de actitudes cooperativas en el grupo.
2. Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada.
3. Flexibilidad: que exista apertura en la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, dejando de lado actitudes dogmáticas, reconociendo las divergencias y propiciando el diálogo.
4. Cooperación recurrente: continuidad en la cooperación para lograr cohesión en el equipo.
5. Reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas; lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etc. (Elichiry, N, 2009)

Es de acuerdo a estos conceptos que este trabajo intenta analizar las prácticas sanitarias de este equipo de trabajo desde una perspectiva teórica que entiende a la salud como un proceso integral, histórica y socialmente determinado que se materializa en la singularidad de los sujetos de su intervención, a quienes están dirigidas esas prácticas.

## **Fundamentación**

El presente trabajo aborda la descripción y análisis de las modalidades de intervención profesional del Trabajador Social desde una perspectiva de salud integral, en torno a la problemática de la atención de personas viviendo con VIH en el ámbito del hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en particular en el Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús

Resulta de interés para el análisis conocer cuáles son las problemáticas más frecuentes que se abordan desde el Trabajo Social en la atención de estas personas, considerando la particularidad de esta población, que se encuentra atravesada por diversas dimensiones que la constituyen, tanto sociales, como políticas, económicas, culturales, etc.

Se entiende que el análisis de las estrategias de intervención profesional permite visualizar críticamente la modalidad de intervención, reconocer facilitadores, obstaculizadores y dinámicas institucionales, cuestiones que posibilitan reflexionar sobre la práctica profesional en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas que viven con VIH atendidas desde el Servicio Social del Hospital “Evita”

Asimismo resulta relevante poder dar cuenta como este equipo de trabajo ha podido adaptar su abordaje comprendiendo la complejidad de la situación problemática que enfrenta, revisando cuales son los elementos que funcionan como obstaculizadores del desarrollo de una práctica interdisciplinaria plena y cuáles sus facilitadores, ya que esto podría ser disparador de diálogos en relación a estas prácticas que permitan seguir avanzando en su profundización como elemento fundamental de una atención integral de la salud.

## **Estrategia Metodológica**

Para la realización del trabajo se plantean los siguientes objetivos:

### **Objetivo general**

Describir las modalidades de intervención del Trabajo Social en la atención de personas viviendo con VIH que asisten a la Sala de Infectología del Hospital “Evita” de Lanús.

### **Objetivos específicos**

1. Detallar el proceso histórico que tuvo el abordaje desde el Trabajo Social de la atención de personas viviendo con VIH en el Hospital “Evita” de Lanús
2. Especificar cuáles son las características sociodemográficas de las personas viviendo con VIH que asisten al Hospital “Evita” de Lanús con las que interviene el Trabajo Social.
3. Identificar las estrategias de intervención desde el Trabajo Social en la atención de personas viviendo con VIH que asisten al Hospital “Evita” de Lanús.
4. Describir la relación del Trabajo Social con otros espacios disciplinares e identificar las fortalezas, obstáculos y desafíos para una práctica interdisciplinaria en la atención de personas viviendo con VIH en el Hospital “Evita” de Lanús

En relación al objetivo específico de recuperar el proceso histórico que tuvo el abordaje desde el Trabajo Social en la atención de las

personas viviendo con VIH, las Trabajadoras Sociales a cargo del área cuentan con numerosos documentos que reseñan el trabajo que desarrollan desde finales de la década del 80.

Es a partir de la lectura y análisis de este material que será posible recuperar esta historia en forma directa. La misma será resignificada a través del relato de las profesionales protagonistas.

Para la concreción de los objetivos específicos 2, 3 y 4 se llevará a cabo un análisis tanto cualitativo como cuantitativo de los datos obtenidos a partir de diversas fuentes primarias como son los registros en 10 historias sociales e historias clínicas de personas viviendo con VIH, los informes realizados por el equipo profesional durante las intervenciones y el intercambio dialógico realizado por este equipo.

Se trata de 10 situaciones en las que intervino este equipo profesional. Fueron seleccionadas en forma aleatoria; tratándose de 4 hombres y 6 mujeres, cuyas edades oscilan actualmente entre los 20 y los 48 años, cuyas historias clínicas y sociales comenzaron entre los años 1990 y 2015.

Para poder realizar la observación directa en estas 10 historias clínicas y sociales, previamente se convoca a estas personas para la firma del consentimiento informado.

El Consentimiento Informado se encuentra regulado por la Ley 26.529 modificada por Ley 26.742 Ley de Derechos del paciente.

La recolección de datos se realiza a través de la construcción de una matriz<sup>2</sup> que contendrá tres de los aspectos principales que se pretenden conocer:

---

<sup>2</sup> La matriz y definición de indicadores, se encuentra en el apartado Anexos del trabajo

Esto es, por un lado, cuáles son las características de la población con la que interviene el Trabajo Social. Se registrarán los siguientes aspectos: accesibilidad a la salud integral en sus aspectos culturales, económicos, geográficos, administrativos y jurídicos; la situación socioeconómica según condición de actividad laboral, accesibilidad a la vivienda y nivel educativo; y situación sociofamiliar observando posibles situaciones de violencia de género, conflicto intrafamiliar, comunicación del diagnóstico a su entorno, y consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, cuales son los objetivos de la intervención del trabajo social que se registran en estas historias.

En primer lugar, los referidos a la gestión: el acceso al derecho a la pensión no contributiva, el derecho a percibir el Plan de Asistencia Alimentaria para pacientes Inmunodeprimidos, y el derecho a la identidad.

En segundo, lugar los referidos al acompañamiento por parte de las Trabajadores Sociales en el proceso salud-enfermedad-atención en relación a cuales son las estrategias desarrolladas para favorecer la continuidad del tratamiento y la promoción del proyecto de vida.

Por último, a fin de identificar cuáles son las fortalezas, obstáculos y desafíos para una práctica interdisciplinaria, se analizará la relación del Trabajo Social con otros campos disciplinares, teniendo en cuenta el modo de acceso de los usuarios al Servicio Social. Se estudiarán, también, las demandas que desde otras disciplinas llegan al Trabajo Social, identificando, en qué medida se desarrollan estrategias de acción interdisciplinarias.

El análisis de todo el material producido se realizará en permanente relación con la bibliografía seleccionada, y en diálogo con las Trabajadoras Sociales de este equipo.

## **CAPITULO I**

### **El contexto donde se desarrolla esta experiencia:**

#### **El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su estructura**

Para entender la complejidad del contexto en el que se desarrolla el trabajo del Servicio Social del Hospital “Evita” de Lanús es necesario considerar que este último se encuentra dentro del ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires<sup>3</sup>, dependiente del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, integrado actualmente por 80 hospitales de nivel subzonal, zonal e Interzonal, correspondiendo esta asignación tanto al nivel de complejidad como a la dimensión de su estructura funcional; y 11 Unidades de Pronto Atención (UPA 24 Hs.)

Los distintos hospitales están comprendidos también en 12 Regiones Sanitarias<sup>4</sup>, perteneciendo el Hospital “Evita” a la Región Sanitaria VI que integra dos municipios del primer cordón del conurbano bonaerense de la zona sur que limitan con la Capital Federal, Avellaneda y Lanús, y a siete del segundo cordón del conurbano: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes.

La región VI – una de las más extensas de la Provincia – alberga a una población estimada en 3.650.198 personas, con realidades y entornos sociales diversos.

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires <http://www.ms.gba.gov.ar/> (Consultada 19/09/2016)

<sup>4</sup> Son estructuras técnico administrativas que dependen del Ministerio de Salud y actúan localmente en los distintos distritos de la provincia de Buenos Aires. Su propósito fundamental es coordinar y articular los establecimientos asistenciales con todos sus recursos humanos y tecnológicos en una Red Asistencial. <http://www.ms.gba.gov.ar/> (Consultada 19/09/2016)

Integra en total 16 hospitales provinciales, 4 hospitales municipales, 364 centros de salud y un sistema regional de emergencias médicas (SIES).

En cuanto a su complejidad posee 4 hospitales Interzonales: Fiorito y Perón en Avellaneda, Evita en Lanús y Gandulfo en Lomas de Zamora. Mientras que otros 7 hospitales Generales de Agudos completan ésta organización. Ellos son: Meléndez y Oñativia en Almirante Brown, Evita Pueblo en Berazategui, M. T. de Calcuta en Ezeiza, Narciso López y Dr. Arturo Melo en Lanús Este y Mi Pueblo en Florencio Varela. En este último municipio se ubica el hospital de alta complejidad "El Cruce" que se especializa en la realización de distintos estudios para diagnósticos e intervenciones quirúrgicas especializadas para los hospitales de su Región Sanitaria. Es de destacar, que este hospital cuenta con financiamiento del Gobierno Nacional y el Municipio de Florencio Varela.

Forman parte del sistema de salud los 4 hospitales municipales: Hospital Materno Infantil Dr. Oscar Allende en Ingeniero Budge de Lomas de Zamora, Hospital Subzonal General de Agudos Wilde de Avellaneda, Hospital Subzonal Materno Infantil Dr. Eduardo Oller en San Francisco Solano de Quilmes y el Policlínico Sofía Terrero de Santamarina en Monte Grande.

Otros establecimientos especializados se ubican en la Región Sanitaria VI, tal como el Hospital Interzonal de Salud Mental (Mujeres) Esteves en Lomas de Zamora, el Materno Infantil Ana Goitía en Avellaneda, el Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José Jorge en Almirante Brown y por último en el municipio de Lanús se encuentra el Hospital Zonal especializado en Oncología.

## **Población que demanda la atención de su salud en el Hospital**

Teniendo en cuenta que el Hospital “Evita” forma parte de esta red de atención, recibe personas de todos los distritos que integran la Región Sanitaria VI; sin embargo vivir dentro del perímetro de la Región Sanitaria no es condición para ser atendido en el hospital, por lo que cualquier persona que desee hacerlo no encontrará un impedimento relacionado a su lugar de residencia.

Con respecto a la población que se atiende y su relación con el sistema de salud, podemos decir que en su mayoría no cuentan con cobertura de Obras Sociales; esto da cuenta de que estas personas no tienen trabajos formales en relación de dependencia, siendo entonces el sistema público de salud el único recurso a su alcance.

## **La planta funcional del Hospital. Su estructura**

Por tratarse de un hospital general y de agudos – es decir que no se circunscribe a una especialidad determinada- atiende todo tipo de situaciones referidas al proceso de salud-enfermedad-atención, tanto en los aspectos asistenciales, como de promoción y prevención de la salud, en todos los grupos etarios.

Para dar respuesta a esta demanda, el hospital cuenta con un plantel aproximado de 399 profesionales universitarios entre los que se encuentran médicos de las distintas especialidades, psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, farmacéuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, obstétricas, odontólogos, bioquímicos, Lic. En Enfermería; todos ellos contenidos en el régimen estatutario de la Carrera Profesional Hospitalaria – Ley N°10.471; y un plantel de técnicos, administrativos, personal de mantenimiento y servicios generales integrado por aproximadamente 621 personas, comprendidas en el



régimen estatutario de la Ley N°10.430, correspondiente a los empleados en relación de dependencia del Estado de la Provincia de Buenos Aires.

Además cuenta con aproximadamente 178 profesionales que han obtenido por concurso Becas de Residencia que tienen un perfil de capacitación profesional y una duración de entre tres y cuatro años de acuerdo a la especialidad de formación elegida.

Estos tres agrupamientos – 1) profesionales de planta permanente, 2) personal técnico, administrativo, de mantenimiento y servicios generales y 3) Residentes – se encuentran organizados dentro de distintas estructuras funcionales.

Los primeros responden a un Organigrama Funcional ordenado jerárquicamente en tres niveles, Jefes de Servicio, Jefes de Sala y Jefes de Unidad con una relación de subordinación entre sí al interior de cada Servicio divididos por especialidad, y a la vez un eje transversal que responde fundamentalmente a la atención integral de la demanda de acuerdo a las distintas especialidades requeridas en la intervención.

Los segundos se encuentran ordenados en los Departamentos de Recursos Humanos, Enfermería, Servicios Generales y Administrativo Contable.

Los terceros tienen una doble dependencia: por un lado del Servicio de Docencia e Investigación que los agrupa en su carácter de Becarios Residentes en proceso de formación y por otro lado del Servicio que corresponda a la Especialidad que han elegido para su formación.

Todos dependen a su vez de una Dirección compuesta por un Director Ejecutivo y tres Directores Asociados

Dentro de la Estructura Funcional del Hospital “Evita” fue creada en Octubre de 2011 una Unidad de Pronta Atención (UPA3). La misma, que funciona en otro espacio geográfico dentro del Partido de Lanús, cuenta

con un Director Asociado y 120 trabajadores de distintos agrupamientos (Técnicos, profesionales, administrativos, etc.).<sup>5</sup>

### **El Servicio Social. Su composición y posición dentro de la estructura hospitalaria**

Con respecto al Servicio Social podemos decir que tiene dentro de la estructura del Hospital un nivel de Servicio, con su correspondiente jefatura, lo que implica que depende directamente de la Dirección del Hospital en la vía jerárquica; dentro del mismo existe una Unidad – Casa de Madres – que también cuenta con una Jefa de Unidad.

En el marco del Proyecto presentado por el Lic. Miguel Cerdeira para la titularización por Concurso de la Función de Jefe de Servicio, que se encuentra vigente en la actualidad, este plantea los siguientes lineamientos para el funcionamiento del mismo:

*“La **misión** del Servicio Social es:*

- *Constituirse en el referente excluyente pero no exclusivo de la temática social inherente a la prestación de salud del hospital de agudos. Propiciar el enfoque social, humanista e inclusivo en cada acto de salud priorizando la opinión del paciente y su familia a fin de fomentar su participación y preservar su libertad de decisión. Intervenir en la instancia aguda de los problemas sociales de los pacientes y sus familias.*
  
- *Intervenir por el respeto del derecho social a la salud de todos los pacientes, para que no se generen exclusiones de ninguna índole, y en particular de aquellos impedidos de reclamarlos por sí mismos, priorizando la accesibilidad de aquellos que carecen de otro medio que no sea el público apelando al concepto de equidad.*

*Y sus **funciones** son:*

---

<sup>5</sup> Nota: estos datos fueron obtenidos en el Departamento de Recursos Humanos del Hospital “Evita” de Lanús – (2016)

- *Enfocar su accionar profesional hacia el crecimiento y desarrollo de las capacidades de los sujetos de su intervención (personas, grupos o comunidad), evitando los circuitos asistencialistas u otros mecanismos de sumisión o estancamiento social.*
- *Integrar cada “Equipo de Salud” del hospital, que desarrolle su accionar dentro de dicha modalidad.*
- *Intervenir a fin de clarificar la comunicación de la comunidad y el hospital para la mejor prestación de salud.*
- *Desarrollar el accionar en forma programática a fin de organizar directivamente su accionar en base a los criterios de necesidad-demanda-prevalencia, evaluar el impacto de sus actividades, su efectividad y rediseñar la adecuación permanente de las mismas.*
- *Propiciar activamente la participación de la comunidad ya sea representada por sujetos, grupos o instituciones.*
- *Desarrollar actividades de docencia, investigación y capacitación, con una activa participación y constante presencia en las Jornadas Científicas que desarrolla el hospital.*
- *Propiciar el agrupamiento y organización de usuarios según su problemática, asumiendo el Servicio Social, en cada caso, la función de brindar un marco de contención y coordinación.*

### **Objetivos Generales:**

- *Desarrollar una modalidad de intervención que encarne, proponga, propicie y co-construya como principal objetivo favorecer el desarrollo de las capacidades de los pacientes y sus familias para ser sujetos centrales del proceso salud-enfermedad preservando su autonomía y poder.*
- *Trabajar bajo la metodología de labor por programas y/o proyectos donde la intervención sea fruto del análisis crítico de la realidad de la población y se nutra de la construcción teórico-práctica sobre objetivos específicos que se propongan provocar un impacto superador en los problemas sociales.*

- *Enfocar el quehacer del Servicio de un modo integral e integrado donde la complejidad socio-familiar pueda ser abordada según sus propias cualidades por sobre una visión fragmentaria.*
- *Convocar la formación y reflexión permanente del equipo profesional para aumentar las capacidades de análisis, comprensión e intervención transformadora de la realidad de la población con la que se trabaja.*
- *Propiciar la labor institucional bajo el formato de equipos de salud con el resto de los trabajadores sanitarios*
- *Desplegar todas las estrategias al alcance para construir redes reales para dar mejor respuesta a las necesidades de la población.*
- *Difundir e incorporar avances y nuevas estrategias en la intervención del Trabajo Social.*

*Los Objetivos Específicos están desarrollados por cada Proyecto o Programa”*

Dentro de este Servicio Social se desempeñan además nueve Licenciadas en Trabajo Social (una de ellas en Comisión de Servicios, proveniente del Hospital Meléndez) que desarrollan sus tareas en distintas áreas y Servicios del hospital como Neonatología, Pediatría, Maternidad, Tisioneumonología, Salud Mental, Adolescencia, Nutrición, Cuidados Paliativos, Comité de Morbimortalidad, etc. Cabe aclarar que la autora desempeña su trabajo en el área.

Además el Servicio Social, organiza guardias todos los días de la semana para la atención de la demanda espontánea, como así también de las derivaciones de otros profesionales para la orientación de los pacientes en distintas temáticas.

Dos de las profesionales, la Lic. Graciela Morales y la Lic. Sandra Castelitti, se encuentran abocadas a la atención de personas viviendo con VIH, que es el tema que se aborda en este trabajo. Ellas trabajan asimismo con personas con estadías prolongadas en el hospital, y también realizan la coordinación del Voluntariado Hospitalario.

### **La Sala de Infectología. Su composición y posición en la estructura hospitalaria**

La Sala de Infectología se encuentra contemplada dentro del Servicio de Clínica Médica. Su creación en la estructura hospitalaria data del año 1992. Actualmente se encuentra vigente un proyecto para que sea ascendida al nivel de Servicio; esto le permitiría una dependencia directa de la Dirección del Hospital.

Hasta diciembre de 2016, fecha en la que se realiza el recorte temporal de este trabajo, la Sala de Infectología cuenta con una Jefa de Sala, la Dra. Edith Dinerstein, tres médicos infectólogos de adultos y dos médicos infectólogos pediátricos.

Atiende la demanda infectológica tanto ambulatoria en el Consultorio Externo como las interconsultas desde otros Servicios del hospital en relación a los usuarios que se encuentran internados en distintos sectores.

### **El marco normativo en la atención de personas viviendo con VIH**

Existen distintos Programas específicos diseñados para atender esta problemática.

Se implementan en el marco de la Ley Nacional de Sida N° 23.798 sancionada el 16 de Agosto de 1990 y promulgada de hecho el 14 de setiembre de 1990, que declara “de interés nacional a la lucha contra el

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a 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”.

La aplicación de las disposiciones de la ley será en todo el territorio de la República y la autoridad competente el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de SIDA y ETS.

Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias que podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el cumplimiento de la misma y su reglamentación.

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires esto se complementa a través El Programa Provincial de Prevención de VIH-Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que se ocupa de reducir la incidencia del VIH/Sida y ETS y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/Sida.

En materia de prevención está dirigido a toda la población bonaerense y se ocupa del control de la distribución de los medicamentos antirretrovirales, a cargo del Estado nacional, a las personas que conviven con la enfermedad en territorio bonaerense y carecen de cobertura de obra social.

En cuanto a la cobertura que se propone brindar, además del control y distribución de medicamentos antirretrovirales, tratamiento de infecciones oportunistas y otras ETS, este programa realiza la cobertura del diagnóstico de la infección por el VIH y ETS; la distribución del Programa de Asistencia Alimentaria para pacientes Inmunodeprimidos;

acciones de promoción y prevención; distribución de insumos para la adopción de prácticas sexuales más seguras.

Asimismo tiene como objetivo la reducción de la discriminación relacionada al VIH-Sida y el fortalecimiento de asociaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la problemática.<sup>6</sup>

## **CAPITULO II**

### **Haciendo un poco de historia...El Servicio Social del Hospital “Evita” de Lanús y sus estrategias de intervención con personas viviendo con VIH**

En este capítulo se describirá el proceso a través del cual los Trabajadores Sociales del Servicio Social del Hospital “Evita” buscan, a partir de distintas estrategias, integrarse al equipo de atención de personas viviendo con VIH.

Este proceso comienza poco después de la irrupción de la problemática de la infección por VIH-Sida en el Hospital “Evita” de Lanús, hacia el final de la década del 80, y continúa en la actualidad.

La reconstrucción del mismo se realiza a partir del análisis de diversos documentos producidos por los Trabajadores Sociales, los distintos registros de sus prácticas, como así también de la consulta a los mismos a fin de completar y profundizar la información.

#### **La visión inicial con respecto a la problemática del VIH**

A partir de la lectura de los primeros trabajos que se realizaron en el Servicio de Clínica Médica en relación a la problemática del SIDA

---

<sup>6</sup>Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires  
<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/> (Consultada 12/07/2017)

puede verse en forma manifiesta cual es la postura de los profesionales frente a este nuevo fenómeno que irrumpe en el ámbito hospitalario.

En uno de ellos puede leerse: “La aparición del SIDA en el horizonte intelectual del grupo médico, comenzó siendo un tema de interés teórico. Más una curiosidad que sorprendía que un tema que debíamos encarar. Era un problema de otros países, de otras culturas y de grupos humanos ajenos y estigmatizados por sus orígenes raciales, enfermedades o costumbres personales. La Argentina era, casi con seguridad, un país indemne y por ende nosotros también”<sup>7</sup>

A pesar de esta perspectiva comienzan a realizarse en el hospital distintas actividades de formación en relación a esta enfermedad, pero la detección del primer caso seropositivo le dio al problema una nueva dimensión que fue necesario enfrentar.

Con ello surgieron las distintas posiciones y alineamientos: “se lo debe derivar” – “se lo puede controlar acá y lo derivamos si se enferma” – “mientras decidimos se debería estudiar a los contactos del paciente” – “podemos utilizar este tema para conseguir más elementos y mejorar todo el control de las infecciones hospitalarias” son algunas de las opiniones que se plasman en el citado trabajo a modo de ejemplo.

Con distintas motivaciones fue conformándose un “grupo pionero” que comenzó a perfeccionarse y, superando sus prejuicios, tomó contacto regularmente con estos pacientes y su entorno, como así también con grupos y organizaciones que se dedicaban al tema.

También en este trabajo se refiere la tarea de esclarecimiento y motivación dentro de la institución que este grupo motorizó. En ella

---

<sup>7</sup> Avatares del SIDA en un Hospital General de Agudos. Autores: Dr. Carlos Piovano; Dra. Beatriz Maceiras; Dr. Enrique Bagdonavicius; Dra. Edith Dinerstein; Dr. Alberto Juodis; Lic. Tripceвич de Piovano. (1989). Hospital Evita. Lanús. Buenos Aires



vuelven a aparecer los prejuicios en relación a los “grupos de riesgo”, que la institución amplificó.

Esto motivó repensar la tarea, ya que los enfermos marcan una demanda creciente a un ritmo que a las instituciones, tanto hospitalaria como ministerial, con una dinámica de difícil adaptación a los cambios abruptos, se les dificulta seguir.

En virtud de esto y dada la ausencia aún de programas sistémicos de atención de esta problemática se refiere la utilización de una gama de recursos no convencionales en el trabajo asistencial surgidos de esta coyuntura, logrando producir “normas de bioseguridad adecuadas a esta situación, compromiso formal para la provisión de materiales descartables, proyecto de creación de la sala de aislados, funcionamiento regular del Comité de SIDA e Infecciones Hospitalarias, inclusión de la detección del antígeno HIV en un examen de salud del personal del hospital, rastreo sistemático del antígeno en la sangre del banco del hospital, motivación en enfermeras para realizar formación especial en el tema, participación médica creciente, etc.”<sup>8</sup>

### **Las primeras intervenciones del Trabajo Social en la atención de personas viviendo con VIH**

Como se dijo anteriormente, en principio se trató de casos aislados que fueron atendidos en el Servicio de Clínica Médica. Es desde este espacio que en 1989 se solicita al Servicio Social el abordaje de estos pacientes desde la óptica profesional que le compete.

En ese momento los profesionales del Servicio Social entienden que “el SIDA es uno de los emergentes de otra situación más general donde tienen fundamental importancia los aspectos psicológicos y

---

<sup>8</sup> Ídem Nota al Pie 1

sociales, y una situación de crisis estructural que no favorece la realización de proyectos de vida.”<sup>9</sup>

Es desde esta perspectiva que se propone entonces la inserción de la problemática VIH-SIDA en los proyectos del Servicio Social planteando la creación de un programa específico a mediano plazo. Este programa incluye los aspectos preventivos relacionados con el vínculo entre el hospital y las instituciones intermedias.

### **La sanción de la Ley Nacional de lucha contra el Sida**

En 1990, se sanciona la Ley 23.798 declarando de interés nacional la lucha contra el Sida y estableciendo medidas de protección, investigación, diagnóstico y tratamiento. En Mayo de ese año la Región Sanitaria VI, a la cual pertenece el Hospital “Evita”, registra el mayor número de casos de Sida del país.<sup>10</sup>

Hacia 1993, cuando el hospital cuenta con infectólogos dedicados a la atención de pacientes viviendo con VIH-SIDA se reiteran informalmente los pedidos de inclusión del Servicio Social en un equipo interdisciplinario que hasta esa fecha no se había conformado.

En esa oportunidad el Servicio Social decide abordar la cuestión “rompiendo dos barreras que reproducen el acercamiento que la sociedad en general tenía hacia el tema: la desinformación y el prejuicio. Para la primera se realizan cursos de capacitación, seminarios y se participa de actividades científicas. Para la segunda se realiza un trabajo de investigación sobre historias clínicas de pacientes del Consultorio de

---

<sup>9</sup> Resumen del desarrollo histórico del Programa de Abordaje Integral de la Problemática VIH-SIDA en el Hospital Evita de Lanús. Autoras: Lic. Graciela Morales – Lic. Sandra Castelitti. (2007)

<sup>10</sup> Datos extraídos del Boletín del Programa Nacional de SIDA (1990)

Infectología para acceder al conocimiento de algunos aspectos de la población seropositiva que se atiende en el hospital”<sup>11</sup>

### **El primer Proyecto de trabajo sobre la problemática producido desde el Servicio Social**

En el año 1994 se elabora en el Servicio Social el primer “Proyecto de Trabajo para el Abordaje Social de la Problemática VIH-SIDA” en el Hospital. Este fue ajustándose cada año “de acuerdo al proceso dialéctico que se dio con la comunidad en general, la institución, los pacientes y sus familiares, y los profesionales que forman el equipo multidisciplinario del Consultorio de Infectología”.<sup>12</sup>

En ese momento el Servicio Social participa de un trabajo estadístico en el marco de las 1ª Jornadas de Adolescencia del Hospital “Evita” con el objeto de evaluar determinantes sociales que influyen en la vulnerabilidad al HIV.

También en 1994 se incorpora una Trabajadora Social y un Psicólogo al equipo de atención de niños, que se suman como población objetivo al proyecto original del Servicio Social en relación al HIV.

Durante el año 1995 se trabaja el aspecto preventivo a través de las Jornadas Hospital-Escuela llegando casi a un centenar de docentes y directivos que comenzaban a tomar contacto con la problemática.

También se interviene para el acceso de los pacientes a la medicación y los estudios complementarios.

---

<sup>11</sup> Idem Nota al Pie 3

<sup>12</sup> Idem Nota al Pie 3

## **Del Proyecto al Programa**

En el año 1997 el Proyecto de trabajo se convierte en el “Programa de Abordaje Social a la Problemática VIH-SIDA” del Hospital “Evita” de Lanús

Originalmente dentro de este Programa se enuncia como Objetivo General “integrar al Servicio Social al equipo de salud para el abordaje integral del complejo HIV-SIDA”.

Y se plantean los siguientes “Objetivos Específicos:

1. Crear un espacio de información, prevención, orientación y reflexión sobre temas relacionados a la infección por HIV.
2. Favorecer el contacto temprano con los pacientes para la confección de historias sociales, seguimiento de controles y contacto.
3. Evaluar y ampliar conjuntamente con el paciente las redes sociales de sostén.
4. Trabajar interdisciplinariamente en el equipo de salud como un área más de conocimiento para el abordaje integral del paciente
5. Relevar recursos y redes comunitarias
6. Generar espacios de perfeccionamiento, investigación y estadística”

Las actividades planteadas para llevar a cabo este Proyecto son las siguientes, discriminadas de acuerdo a los Objetivos Específicos.

“Para los OE 1, 2 y 3:

- a. Entrevistas a pacientes y/o familiares antes o después de conocer el diagnóstico.

- b. Entrevistas a pacientes y/o familiares a partir de la indicación de la medicación
- c. Entrevistas a pacientes y/o familiares durante la internación
- d. Grupos de apoyo y promoción para pacientes del Consultorio de Infectología.
- e. Derivación a áreas de atención específicas (médicas, psicológicas, institucionales)

Para el OE 4:

- a. Reuniones interdisciplinarias de estudio, proyectos, etc.
- b. Evaluación interdisciplinaria conjunta de los pacientes

Para el OE 5:

- a. Contacto con instituciones que aborden temas relacionados a la infección por HIV
- b. Participación en entrevistas conjuntas con dichas instituciones
- c. Orientar las acciones generadas por los grupos de pacientes

Para el OE 6:

- a. Supervisión de la tarea
- b. Participación en trabajos de investigación
- c. Sistematización de datos”

Es en el año 1998 que se realiza el primer estudio estadístico del Programa que incluyó datos demográficos de las personas asistidas, conformación del grupo familiar, ingresos y actividad económica, motivos por los que solicitaron el diagnóstico, conocimiento sobre la conducta de riesgo que determinó su infección y porcentaje de las parejas de los pacientes que estudian su serología.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Estadística del Programa de Abordaje Social de la Problemática VIH-SIDA en el Hospital “Evita” de Lanús (Año 1998)

Este estudio tiene el objetivo de optimizar el abordaje integral en el seguimiento de las personas viviendo con VIH, como así también el replanteo de acciones en tal sentido.

El material producido fue utilizado también para ser presentado en Jornadas y Trabajos Científicos.

Teniendo como eje el “Programa de Abordaje Social a la Problemática VIH-SIDA” surgen proyectos sobre la temática a desarrollarse en áreas como el consultorio externo del Servicio de Maternidad, de Pediatría y de Adolescencia.

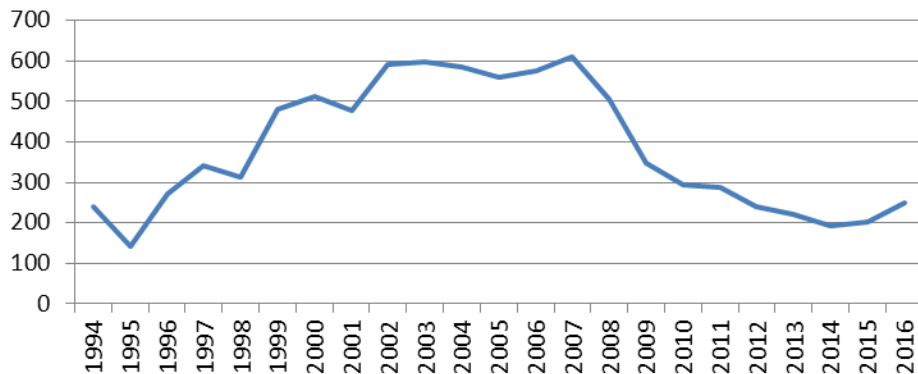
Estos proyectos tuvieron trayectorias y procesos particulares que no nos detendremos a analizar en este trabajo, pero podemos decir que es en la Sala de Infectología donde se concentra la atención de personas viviendo con VIH, en todas las edades del ciclo vital, y es el espacio donde el Trabajo Social interviene en esta temática en la actualidad.

### **La “Encuesta Social” transformada en oportunidad**

En el año 1999 se implementa desde el Ministerio de Salud la realización de Encuestas Sociales para acceder a la carga viral y la medicación por intermedio del mismo de los pacientes sin cobertura social de salud.

Ante esta demanda se intensifican las interconsultas que recibe el Servicio Social, en principio con un fin netamente burocrático establecido por el Ministerio de Salud, incrementando en forma significativa el número de usuarios que se acercan al Servicio Social por este motivo.

### Evolución de cantidad de usuarios



Desde el Servicio Social esto se capitaliza como una oportunidad para profundizar el trabajo en el abordaje de las personas viviendo con VIH.

En el año 2000 se realiza una normatización del circuito de Carga Viral.

Esto representa una fuerte carga administrativo burocrática que se le adjudica al Servicio Social desde los ámbitos que centralizan las decisiones respecto a cuales son los mecanismos de acceso a la salud. Estos son el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la Región Sanitaria VI y el Programa Provincial de ETS y SIDA.

Establecen requisitos para la solicitud de carga viral tales como:

- 1- Orden médica de estudio de Carga Viral firmada por el infectólogo y por el Director del Hospital, con el sello de la institución cada vez que se solicite la carga.
- 2- Historia Clínica del paciente (en un Anexo) cada vez que se solicite la carga con firma y sello del infectólogo
- 3- Fotocopia del último resultado de la carga viral
- 4- Encuesta socio-económica realizada por el Servicio Social del Hospital tratante (firma y sello del Jefe del Servicio Social,

debiendo constar la carencia de medios, identificación del paciente en código) Actualizar cada seis meses

- 5- Comprobante de la ANSES que informe que no está en relación de dependencia y que no tiene Obra Social, actualizado cada seis meses.
- 6- Comprobante de PAMI que indique que no tiene beneficio de jubilación, pensión o se encuentre a cargo de titular. Actualizar cada seis meses
- 7- Número de trámite otorgado por el Programa Nacional de ETS/SIDA
- 8- Declaración Jurada: el interesado firmará el formulario ante el personal encargado de recibir la documentación una declaración jurada en la que manifiesta no ser beneficiario de ninguna Obra Social y/o prepago como titular o familiar a cargo

En la normativa que establece todos estos requisitos para acceder al estudio de carga viral, se advierte que “No se recepcionarán los trámites que no reúnan los requisitos solicitados y que la primera determinación de carga viral deberá realizarse en el Ministerio de Salud de la Nación”<sup>14</sup>

Desde el Servicio Social del Hospital “se reafirman los objetivos de sus intervenciones, desvinculándose de las tareas administrativas que pretenden derivarle”<sup>15</sup>:

- Se realizan presentaciones ante la Asociación Cooperadora y el Consejo de Administración del Hospital, solicitando la colaboración para lograr que las personas viviendo con VIH puedan acceder a los estudios de carga viral y la medicación, dado que los requisitos exigidos implican gestiones en al menos tres instituciones (ANSES, PAMI y Ministerio de Salud de la

---

<sup>14</sup> Anexo 1 - Programa Provincial ETS/SIDA – Región Sanitaria VI – Año 2000

<sup>15</sup> Idem nota al Pie 3



Nación) y el deterioro socioeconómico de la población que se atiende en el Hospital no le permite concretarlo por sus propios medios.

- Se organiza el armado de una red de voluntarios que realizan dichas gestiones en los casos en que los usuarios no cuenten con recursos económicos o sostén familiar para hacerlo.
- También se organizan petitorios realizados por los usuarios donde se plantea a la Coordinadora del Programa Provincial de VIH/SIDA la preocupación por los problemas surgidos en la provisión de medicamentos en tiempo y cantidad requeridos por el hospital, como así también las demoras en la obtención de turnos para la carga viral.<sup>16</sup>

La realización de la Encuesta Social para la el estudio de carga viral tuvo vigencia hasta el año 2007(En el gráfico Evolución de la Cantidad de Usuarios se observa que a partir del año 2007 el número vuelve a los valores históricos). Fue dejada sin efecto por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a partir de una decisión del Programa Nacional de SIDA y ETS.

La Lic. Graciela Morales entiende que desde el Programa Nacional se consideró que no poseer cobertura social es motivo suficiente para recibir la medicación necesaria para el tratamiento a través del sistema de salud pública, reduciendo de esta manera la carga burocrática a la gestión.

### **1º de Diciembre, Día Internacional de la Lucha contra el SIDA**

A partir del año 1999 se comienza a conmemorar el 1º de Diciembre como el Día Internacional de la Lucha contra el SIDA.

---

<sup>16</sup> Notas enviadas a los distintos actores responsables de las decisiones entre los años 2001 y 2004

En ese momento comienzan a desarrollarse actividades en relación a esta conmemoración, que continúan hasta la actualidad.

Se trata de actividades abiertas a la comunidad, con participación de diversos actores sociales, y se realizan en forma coordinada con la Sala de Infectología.

Algunos de los objetivos que se plantean para estas actividades son la sensibilización de la población con la problemática del HIV-SIDA, la difusión de información, la integración de diferentes actores sociales (Escuelas, Municipio, ONGs, etc.) relacionados con la problemática, consejería y entrevista pre-test para quienes solicitan el testeo para HIV, visibilización de las cuestiones de género en relación al uso del preservativo, etc.

Esta actividad está relacionada fundamentalmente a la prevención del HIV y a la detección temprana para su tratamiento.

Las Trabajadoras Sociales planifican estas actividades desde una perspectiva que asume como condición necesaria para la prevención la necesidad de que la población abandone, a través de la participación activa, el lugar de objeto de salud que se le asigna históricamente, para transformarse en sujeto activo protagonista de su propia salud.

### **Las experiencias con grupos de pacientes**

El trabajo con Grupos de pacientes surge a mediados del 2003 y funcionó orgánicamente en el Hospital, coordinado por el Servicio Social, hasta mediados del 2005.

Durante ese periodo el Trabajo Social promovió el abordaje grupal para trabajar las temáticas de información acerca de la enfermedad, ampliación de redes sociales, comunicación del diagnóstico a otras personas, evolución del sujeto de la posición de paciente pasivo al rol de

usuario partícipe de su tratamiento y promotor de mensajes preventivos sobre la enfermedad a la comunidad, así como también la lucha para garantiza el acceso a la medicación y el tratamiento.

A partir de mediados del 2005 el “Grupo Pertener”, así su nombre, genera otra sede de funcionamiento fuera del Hospital, y una nueva estructura de carácter autogestivo.

Tiempo después, este grupo se disuelve por conflictos entre sus miembro. El Servicio Social vuelve a intentar reeditar un abordaje de estas características en dos oportunidades, incorporando a los referentes originales y convocando a los usuarios en general. Estos intentos no perduraron en el tiempo.

La Lic. Graciela Morales explica que estos grupos de pacientes surgieron en un contexto histórico donde era necesaria la organización activa de las personas viviendo con VIH para garantizar el acceso a la medicación y la lucha contra la discriminación.

Entiende que esta dificultad para sostener este tipo de actividad tiene que ver con el viraje que ha tenido a lo largo del tiempo el tratamiento del HIV, permitiendo la prolongación de la esperanza de vida de estas personas, como así también transitar el proceso de su enfermedad con una mejor calidad de vida.

También han influido el sostenimiento y ejecución de políticas públicas que garantizan el acceso a la medicación, estudios, tratamiento en forma mayormente efectiva.

### **En la actualidad**

En la actualidad, se sostienen los objetivos del “Programa de Abordaje Social de la Problemática VIH-SIDA” adaptándose a las cuestiones enunciadas a lo largo del capítulo, respecto a la cronicidad de

la enfermedad, las políticas públicas que la abordan, y las cuestiones institucionales propias del Hospital.

Se observa que las intervenciones del Trabajo Social responden a demandas de una población más vulnerable, atravesada por determinantes sociales que le dificultan su accesibilidad a la salud integral.

La Lic. Morales da cuenta de que actualmente se suma a la tarea el abordaje de pacientes internados. Esto se relaciona con lo dicho en párrafo anterior sobre la situación de vulnerabilidad de los usuarios y sus consecuencias sobre el desarrollo de la enfermedad. Esta modalidad de intervención no se genera como demanda del equipo médico, sino como una nueva iniciativa desde el Trabajo Social dentro de los objetivos históricos del Programa.

### **CAPITULO III**

#### **Análisis del diseño elaborado para esta investigación**

En este capítulo se analizarán los datos que han sido relevados en las 10 Historias Clínicas y Sociales de las personas incluidas en la muestra para este estudio.

Los datos se ordenarán en tres apartados:

En el primero se analizarán las características sociodemográficas de la población estudiada, los determinantes y condicionantes de accesibilidad a la salud integral de los usuarios, su situación socioeconómica y sociofamiliar.

En el segundo se caracterizará la intervención desde el Trabajo Social registrada en estas historias con respecto a la gestión de políticas

sociales y programas y el acompañamiento en la trayectoria del proceso salud-enfermedad-atención.

En el tercer apartado se dará cuenta de cuál es la relación del Trabajo Social con los distintos campos disciplinares que integran el equipo teniendo en cuenta el modo de acceso de estos 10 usuarios al Servicio Social, las demandas que desde otras disciplinas se le realizan al Trabajo Social y las acciones interdisciplinarias que se plantean.

### **Apartado 1: Características sociodemográficas de los usuarios**

#### ***Accesibilidad a la salud integral***

Para analizar la accesibilidad a la salud integral de estos 10 usuarios se tendrá en cuenta la conceptualización de Floreal Ferrara en su libro Teoría Social y Salud que define a la misma como “la facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud, que pueden ser bienes o servicios”.(Ferrara,1985)

Para este autor la accesibilidad es geográfica, cultural, económica, jurídica y administrativa. Estas accesibilidades se construyen desde sus interrelaciones en juego con múltiples factores (determinantes y condicionantes) inscriptos en las relaciones sociales.

Teniendo en cuenta estos conceptos se construyó una matriz de datos en relación al objetivo específico planteado que contempla las siguientes categorías de análisis: accesibilidad a la salud integral, situación socio económica y situación socio familiar, que se desarrollará a continuación.

Se comenzará analizando la **accesibilidad cultural** que Ferrara define como un “aspecto que incluye la percepción del valor de uso de los bienes y servicios de salud que tiene la población, los elementos de la

cultura, la psicología y las relaciones sociales que motorizan la conducta de los grupos sociales frente a las situaciones de salud”

La cuestión de la accesibilidad cultural se manifiesta como problemática en todas las historias de los usuarios analizadas. Esta problemática aparece como:

- Escasa información sobre la enfermedad en si misma que incluye las formas de contagio. Por ejemplo ante la pregunta de si conoce la forma en que se contagió un usuario refiere *“me lo contagié por la anemia”(HS-HC4)*; o una usuaria que conoce el diagnóstico a partir del nacimiento de su hija pero manifiesta que *“yo me fui del hospital y no sabía nada, le di el pecho”(HS-HC8)*, reconociendo en la entrevista que le cuesta aceptar el diagnóstico.
- Se observa dificultad en completar los testeos de parejas e hijos. De las seis usuarias que participan del estudio, tres manifiestan que sus parejas no quieren realizarse la serología para HIV, y tampoco utilizan el preservativo como medida preventiva del contagio, *“los matrimonios no usan preservativo”(HS-HC2)*, dice textualmente una de ellas. Estas tres usuarias han cursado embarazos no planificados ni deseados de acuerdo a lo registrado en sus trayectorias.
- Se registra dificultad en incorporar la lógica del tratamiento que implica un esquema farmacológico, que si es interrumpido o modificado genera resistencia del virus a tal plan; un control clínico sistemático que incluye consulta médica infectológica, y el control de laboratorio con carga viral y ajuste de la medicación. En todas las historias se observa que en reiteradas oportunidades los usuarios no logran sostener el tratamiento en forma continua, o manifiestan desconocer cuál es su esquema de tratamiento en relación a la medicación. Una usuaria

manifiesta “¿para qué tomar la medicación?”(HS-HC2) asociado a la idea de muerte.

- Si bien se registra en todas las historias que el equipo tratante realiza entrevistas donde se trabajan estas cuestiones, se verifica que persisten las dificultades para apropiarse de esta información, asociando esto a una limitación en asumir desde lo simbólico su situación de salud.

Por ejemplo durante una entrevista con un usuario donde se trabajan dificultades para tomar la medicación y dudas sobre la patología, este manifiesta “no recuerdo”(HS-HC1) cual es la enfermedad.

- En las historias aparecen, como estrategia del equipo, registros de la convocatoria de los usuarios a espacios de atención psicológica frente a estas cuestiones, a los cuales concurren eventualmente, pero que no pueden sostener en el tiempo.

Este aspecto que tiene que ver con la dificultad en la accesibilidad cultural a la salud, puede verse influido o sesgado por el modo de acceso al Servicio Social que analizaremos más adelante, ya que como veremos se realiza por la modalidad de interconsulta, en su mayoría a partir de cuestiones que el equipo médico denomina como “no adherencia al tratamiento”

Analizaremos ahora la **accesibilidad geográfica** de los usuarios. Según Ferrara esta está determinada por la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según sea la distancia y las dificultades para llegar a ellos.

A este respecto se ha recabado la información sobre el último lugar de residencia que se registra en la historia social.

Los datos que arroja este registro son los siguientes:

5 de los usuarios vive en Lomas de Zamora.

2 de los usuarios vive en Lanús

1 de los usuarios vive en Guernica

1 de los usuarios vive en Quilmes

1 de los usuarios vive en Ezeiza

A partir de esto podemos decir que todos corresponden a la Región Sanitaria VI, dentro de la cual está comprendido en Hospital “Evita”.

Si bien tres de los usuarios residen en localidades que podemos considerar distantes con respecto a la ubicación del Hospital (Guernica, Quilmes y Ezeiza), también es cierto que este tiene una accesibilidad dada por su cercanía a la estación de tren de Lanús y numerosas líneas de colectivos.

Asimismo es importante señalar que estos tres usuarios han registrado numerosos cambios de domicilio, y dos de ellos han vivido en algunos momentos de su trayectoria de vida en situación de calle.

En relación a la **accesibilidad administrativa** podemos decir que Ferrara la define como la facilidad con la que la comunidad puede llegar a resolver sus requerimientos de atención de la salud, en cuanto a tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración del sistema de salud.

Con respecto a esto podemos decir que el sistema de salud en el ámbito público, particularmente el Hospital “Evita”, adquiere altos niveles de burocratización en relación al acceso a los turnos para los distintos profesionales, la realización de estudios complementarios, el acceso a los medicamentos, etc. como así también en relación a gestiones en instituciones de otros sectores del Estado.

Esta cuestión forma parte de las intervenciones del Servicio Social, en coordinación con la Sala de Infectología, logrando acuerdos a partir de



los cuales las personas viviendo con VIH pueden acceder a estos servicios en forma directa y en relación a su demanda, sin necesidad de realizar trámites previos para la obtención de turnos.

Este mecanismo funciona como un facilitador para la accesibilidad administrativa de los 10 usuarios que forman parte de este estudio en relación a su atención en el hospital.

La **accesibilidad jurídica** está dada por los mecanismos a través de los cuales el Estado debe garantizar jurídicamente, a través de su sistema de leyes, el acceso a la salud de la población.

A este respecto las personas viviendo con VIH se encuentran amparadas por la Ley Nacional de Sida Nº 23.798 sancionada el 16 de Agosto de 1990.

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires esta Ley es complementada a través del Programa Provincial de Prevención de VIH-Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que, en términos formales se ocupa de reducir la incidencia del VIH/Sida y ETS y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/Sida.

Asimismo por encima de estas leyes y de acuerdo a lo que sostiene Ferrara partiendo de la Declaración de los Derechos Humanos “el derecho a la salud constituye un derecho de aceptación universal y se ratifica en todos los casos la imperiosa obligación de garantizarlo jurídicamente.”(Ferrara, 1985)

Ahora bien, el autor sostiene que desde el derecho se intenta eliminar las contradicciones que generan las relaciones sociales y lograr a través de los carriles jurídicos un sistema social más armónico, no obstante la capacidad jurídica de la sociedad es distinta según el sentido de la propiedad y subordinada a las relaciones de producción.

Así entonces, la garantía universal del derecho a la salud se ve interceptada por la desigualdad concreta que surge de dos realidades: por un lado la propia discriminación que las leyes hacen con respecto a determinadas posibilidades para obtención de atención médica, especialmente para los que se encuentran entre los desposeídos; y por otro lado la que se expresa por la sola razón de pertenecer a un grupo social que no tiene medios económicos, los que diariamente se encuentran ante la imposibilidad de lograr los mínimos requisitos que la sociedad les impone para subsistir. Esta realidad es la que torna hipócrita la declaración de igualdad de derechos en el acceso a la salud (Ferrara, 1985)

El autor sostiene que esta igualdad ante la ley para la garantía de la salud se desdibuja en la realidad cotidiana de las personas, en una sociedad con enormes desigualdades sociales y económicas.

Teniendo en cuenta esto, podemos decir que lo que se observa en los registros de las 10 historias sociales que integran este trabajo es que los usuarios de los servicios se encuentran dentro de este grupo social que Ferrara denomina “desposeídos”. Y es por esto que si bien las leyes de protección generan un marco legal en relación al derecho a la salud y habilitan las acciones para exigir su cumplimiento, en su cotidianeidad estas personas ven afectada su accesibilidad a una salud integral por cuestiones que tienen que ver con su situación socioeconómica.

La **accesibilidad económica** de los usuarios “esta dictada por el grado de facilidad que tiene el individuo o la comunidad en utilizar los servicios de la atención para la salud y consumir los bienes que la producción sanitaria crea en un tiempo y en un lugar determinado conforme a la capacidad económica que posee ese individuo o esa comunidad” (Ferrara, 1985)

Para analizar esta cuestión se ha tenido en cuenta los registros en las historias sociales de los usuarios de las manifestaciones expresas de una dificultad económica para acceder al tratamiento o concurrir al hospital.

Estos datos se pondrán en relación con el análisis de la situación económica que contempla la condición de actividad laboral, la accesibilidad a la vivienda y el nivel educativo, que servirá de complemento y aportará mayores datos al respecto.

### ***Situación socioeconómica de los usuarios***

En este apartado se analizará cual es la situación socioeconómica de los usuarios teniendo en cuenta tres aspectos: la última condición de actividad laboral registrada, la accesibilidad a la vivienda y el nivel educativo.

#### **Condición de actividad**

Con respecto a la condición de actividad se utilizarán los conceptos definidos por el INDEC en los Informes Técnicos de la Encuesta Permanente de Hogares (2016)

Allí se define la categoría de **ocupado** como el conjunto de personas que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica); y se refiere a la **subocupación** por insuficiencia de horas, visible u horaria y comprende a los ocupados que trabajan menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y están dispuestos a trabajar más horas. Comprende a las personas que trabajan como Cooperativistas en programas del Estado.

Asimismo se refiere a los **desocupados** como personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a

la desocupación abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral; y a los **inactivos** como el conjunto de personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente. Puede tratarse de jubilados, pensionados, discapacitados, amas de casa, otros.

Teniendo en cuenta estas definiciones podemos decir que de acuerdo a las HC/HS analizadas, la condición de actividad de **6** de los 10 usuarios se enmarca en el concepto de **subocupados**, es decir personas que trabajan menos de 35 horas semanales y están dispuestos a trabajar más horas, pero no lo logran.

Si bien en los conceptos de ocupado y subocupado que se han tomado para este trabajo no se tiene en cuenta si ese trabajo es registrado y en relación de dependencia, es importante aclarar que ninguna de estas 6 personas estaría en esa situación. Los trabajos son de tipo cuentapropista, changas eventuales, o cooperativistas en programas sociales destinados al trabajo.

Asimismo **1** de los usuarios se encontraría **desocupado**; y **3** de ellos estarían en la categoría de **inactivos**, 2 percibiendo una pensión y una de ellas se define como ama de casa y no busca trabajo.

En el siguiente cuadro se grafica la condición de actividad de los diez usuarios:

Cuadro N° 1

<b>Condición de actividad</b>	<b>Cantidad</b>
Ocupado	0
Subocupado	6
Desocupado	1
Inactivo	3
<b>Total Usuarios</b>	<b>10</b>

### Accesibilidad a la vivienda

En este apartado nos referiremos a las manifestaciones que aparecen registradas en las historias sociales sobre las trayectorias de las personas que integran la muestra en relación a las posibilidades concretas que tienen de acceder a una vivienda acorde a sus necesidades, sea esta propia, alquilada o cedida.

A este respecto podemos decir que en **7** de las 10 historias se registran manifestaciones concretas de dificultades en el acceso a la vivienda. Esto está relacionado con cuestiones económicas, condiciones de trabajo e ingreso que no permiten solventar los gastos del sostenimiento de una vivienda o un alquiler.

Esta situación tiende a generar condiciones de hacinamiento en alguna vivienda familiar donde se suman nuevos grupos familiares o personas que no conviven por haber tomado la decisión de hacerlo sino por una escases en los recursos para sostener otra vivienda.

Esta situación que se describe está vinculada a otra cuestión que analizaremos más adelante, que es la de los conflictos intrafamiliares.

En los otros **3** casos que se analizan, no se registran en las historias sociales manifestaciones de una dificultad en relación a la vivienda de residencia.

### Nivel educativo

El nivel educativo de las personas se analiza en relación a su situación socioeconómica, considerándolo un aspecto importante con respecto al desarrollo integral de los sujetos, como así también a sus posibilidades de acceder a puestos de trabajo calificados

En el siguiente cuadro se dará cuenta del nivel educativo de los usuarios de acuerdo al mayor nivel educativo alcanzado registrado en su historia social.

Cuadro N°2

<b>Nivel Educativo</b>	<b>Cantidad</b>
Primario Incompleto	1
Primario Completo	3
Secundario Incompleto	3
Secundario Completo	0
Terciario	0
Universitario	0
No se registra	3
<b>Total Usuarios</b>	<b>10</b>

Se observa que estas personas en su mayoría no han sido contenidas por las instituciones de la educación formal durante el tiempo necesario para completar su formación en este ámbito.

Si bien el nivel de instrucción en el ámbito de la educación formal no define en absoluto los aspectos culturales de un sujeto, es un factor relevante en relación a las posibilidades de estos usuarios del sistema de salud de comprender la lógica que plantea otra institución formal como es un hospital público, lo que también complejiza su acceso y permanencia en el mismo.

### ***Situación Sociofamiliar***

En este apartado se analizará la situación socio familiar de los usuarios que forman parte del estudio, teniendo en cuenta fundamentalmente cuatro aspectos relevantes para evaluar la misma: posibles situaciones de violencia de género, conflictos intrafamiliares, la

circulación de la comunicación en torno al diagnóstico de HIV y el consumo problemático de sustancias.

### Violencia de género

En el análisis de las historias clínicas y sociales se ha realizado una diferenciación en relación a las mujeres que integran la muestra a fin de identificar posibles situaciones de violencia de género.

De los diez usuarios que forman el total de la muestra 6 de ellos son mujeres.

Sus edades oscilan actualmente entre los 21 y los 49 años.

A fin de identificar estas situaciones se tiene en cuenta lo establecido en la Ley Nacional N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada el 11 de Marzo de 2009 y sus modificatorias; y la Ley Provincial N° 12.569 de Violencia Familiar promulgada el 2 de Enero del año 2001 y modificada por la Ley Provincial N° 14.509 del 29 de Noviembre del año 2012.

En el Artículo 4° de la Ley N° 26.485 se define a la violencia contra las mujeres de la siguiente forma:

“Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón”.

Y en el Artículo 5º se establecen cuáles son los tipos de violencia que contempla: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica.

Teniendo en cuenta estos conceptos y lo registrado por las Trabajadoras Sociales en las historias de las usuarias, se considera que aparecen distintas formas de violencia hacia estas mujeres.

La cuestión se manifiesta en forma explícita en 3 de las 6 historias correspondientes a mujeres. Esta problemática se puede visualizar en los siguientes registros:

- En la HC-HS3 la usuaria refiere violencia física (golpes) y violencia psicológica (amenazas) por parte de la expareja y padre de su hijo.
- En la HC-HS8 la usuaria refiere que su pareja “la presiona todo el tiempo” y se niega a realizar el tratamiento (violencia psicológica). Ella niega maltrato físico, pero en la historia se registran situaciones en que la pareja se presenta violento ante el equipo tratante.
- En la HC-HS9 la usuaria refiere que su pareja se niega a usar preservativos, que le dijo después de su primera relación sexual que tenía HIV y que nunca más volvió a hablar del tema: “actúa como si nada pasara”; cursa un embarazo no deseado (violencia psicológica y sexual).

Refiere violencia física (golpes) y ha realizado la denuncia.

También manifiesta que su pareja no le permite trabajar (violencia económica y psicológica): “me sentía más libre cuando él estaba preso”



### Conflicto intrafamiliar

En el análisis de las historias clínicas y sociales se observan los registros de las situaciones conflictivas que manifiestan los usuarios entre los distintos integrantes de la familia que dificultan o impiden la convivencia en un ámbito armónico y contenedor para el sujeto que se encuentra en tratamiento.

De las 10 historias analizadas se observan registros de manifestaciones de conflictos intrafamiliares en 7 de ellas.

Estos se dan en forma intergeneracional, entre hijos, padres, abuelos y tíos; y también en forma horizontal o intrageneracional, entre los hermanos.

Estos conflictos aparecen asociados a otras problemáticas analizadas anteriormente, como la económica y la de accesibilidad a la vivienda. La escases de ingresos y recursos obliga a convivencias que no son elegidas, sino forzadas por estas cuestiones.

Esta imposibilidad de elegir con quien y de qué modo vivir y convivir genera situaciones de hacinamiento y conflicto entre los distintos miembros de las familias.

### Comunicación del diagnóstico

Para establecer cuál es el nivel de comunicación que los usuarios han podido establecer en relación a su entorno con respecto al diagnóstico de HIV, se ha tenido en cuenta lo registrado en las historias sociales en el ítem pre establecido en las mismas, donde se solicita información respecto a “con quien comparte el diagnóstico” a los usuarios.

Para poder tabularlo en este estudio se establecen tres niveles de comunicación del diagnóstico:

Nula: cuando no ha podido compartir su diagnóstico con ninguna persona de su entorno socio familiar

Moderada: cuando ha podido compartir el diagnóstico con su núcleo afectivo o familiar íntimo (padres, hijos, pareja, hermanos)

Extensa: cuando ha podido compartir su diagnóstico con su entorno social amplio (amigos, compañeros de trabajo, personas con las que comparte actividades fuera del entorno familiar, espacios de participación vinculados a la temática)

Teniendo en cuenta estas categorías podemos decir que en la totalidad de la muestra, la comunicación del diagnóstico ha tenido un carácter de moderada.

Esto nos habla de que si bien las implicancias sobre la salud física que conlleva la infección por VIH se ha visto reducida considerablemente a través de la evolución en los tratamientos farmacológicos que en la actualidad le han dado un carácter de enfermedad crónica, las representaciones sociales acerca del HIV no se han modificado significativamente a lo largo del tiempo.

Aún persisten los prejuicios en relación a esta enfermedad afiliándola a la idea de “grupos de riesgo” definidos por las conductas de las personas en relación a su sexualidad, el consumo de drogas, etc.

Si bien no se encuentra registrado en forma taxativa en las historias, se puede deducir de esta restricción en la comunicación, un temor a la discriminación y la marginación fundamentada en estos prejuicios.

#### Consumo problemático de sustancias psicoactivas

Para el rastreo en las historias de esta problemática se toma una definición del concepto de consumo problemático de drogas de El Arojo

(2001: 26) en donde se expresa que un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente - en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber:

1. su salud física o mental;
2. sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos);
3. Sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio);
4. Sus relaciones con la ley.

De acuerdo al registro en las historias, entre los diez usuarios de la muestra, en 2 de ellos aparecen situaciones referidas a dificultades en la convivencia con la familia, el desempeño laboral o el desenvolvimiento en los ámbitos habituales de vida relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Es posible observar estas situaciones de consumo problemático en los siguientes registros:

- En HC-HS1 el usuario manifiesta que comienza a consumir sustancias psicoactivas durante su adolescencia, lo asocia a “la junta” de amigos en el barrio. En su trayectoria de vida se observan situaciones complejas derivadas de la enfermedad y de su situación socio familiar: la orfandad desde la infancia, el develamiento de su diagnóstico producto de una transmisión vertical (madre-hijo) de la enfermedad, el vínculo conflictivo que mantiene con la persona que lo cuida, su abuela, periodos de institucionalización, dificultades en la escolarización.
- En la HS-HC5 se registra que la usuaria aparenta vivir en situación de calle. Sus hijos adultos refieren que no han sido criados por su madre y que esta “es adicta”. Durante las internaciones se registran conductas que pueden asociarse al consumo problemático de sustancias, como por ejemplo

retirarse del hospital para consumir y volver bajo los efectos de la intoxicación.

## **Apartado 2: La intervención del Trabajo Social**

En este apartado se analizarán, de acuerdo a los datos obtenidos en las historias clínicas y sociales cuales son los objetivos que se plantea la intervención desde el Trabajo Social en relación a la gestión y al acompañamiento en el proceso salud, enfermedad atención.

### ***La gestión***

En relación a la gestión se observan fundamentalmente tres variables, que son las que aparecen con mayor frecuencia: el acceso al derecho a una Pensión No Contributiva por Invalidez; el acceso al Programa de Asistencia Alimentaria para pacientes Inmunodeprimidos (PAAI) y el derecho a la identidad.

En el siguiente cuadro se grafica con qué frecuencia se registra la promoción de estas gestiones en las 10 historias clínicas y sociales:

Cuadro N°3

HC-HS N°	Acceso al derecho a la pensión no contributiva	Acceso al PAAI	Derecho a la Identidad
01	X	X	X
02		X	X
03			
04	X		
05	X		X
06			
07	X		X
08		X	
09			
10	X		
<b>TOTALES</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Con respecto a la gestión de Pensiones no Contributivas y PAAI se registra en las historias sociales que esto surge como alternativa para paliar situaciones complejas en relación a la posibilidad de obtener ingresos a través del trabajo, especialmente cuando además existen conflictos intrafamiliares que debilitan los lazos de sostén de estos usuarios.

En relación al derecho a la identidad, se realizan gestiones y acompañamiento a fin de facilitar la obtención del DNI, ya que esto es imprescindible para habilitar la posibilidad de acceder a otros derechos establecidos con respecto a estos usuarios del sistema de salud, que incluyen las Pensiones no Contributivas y el PAAI entre otros.

Tanto en este tipo de gestiones como en otras que se realizan ante diversos ámbitos del Estado, como por ejemplo educación, justicia, seguridad social, etc. es notorio el nivel de burocratización que aparece en las relaciones intersectoriales.

Esto conlleva una inversión de tiempo, dedicación y esfuerzo de las Trabajadoras Sociales para lograr los objetivos básicos de esa gestión, que necesariamente repercute en la tarea y resta posibilidades de profundizar objetivos vinculados a la promoción y prevención de la salud.

### ***El acompañamiento en el proceso salud- enfermedad-atención***

Acerca de los objetivos vinculados al acompañamiento desde el Trabajo Social en el proceso de salud enfermedad atención de estos usuarios se han tenido en cuenta dos cuestiones: cuales son las estrategias que se desarrollan desde el Trabajo Social a fin de que los usuarios puedan sostener la continuidad del tratamiento y cuales las relacionadas a la promoción del proyecto de vida.

En el siguiente cuadro se presenta la información obtenida con respecto a las estrategias desplegadas por el Trabajo Social en la intervención, detallando en que historias sociales aparecen las mismas:

Cuadro N°4

Estrategias	HC-HS N°									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Entrevistas a las PVVIH	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrevistas a integrantes del entorno socio familiar de las PVVIH	X	X		X	X	X	X	X		X
Facilitadores para el acceso a atención no programada	X	X	X				X	X	X	
Citaciones ante el abandono del tratamiento u otros motivos	X	X				X	X	X	X	X
Participación en grupos de PVVIH <sup>17</sup>	X	X								

En el siguiente cuadro se presenta la información obtenida con respecto a cuales son las temáticas que se trabajan en relación a la promoción del proyecto de vida de los usuarios:

<sup>17</sup> Se debe considerar que el “Grupo Pertenece” tuvo vigencia en el Hospital hasta mediados del año 2005, eso explica la baja incidencia en la tabla. Este tema se trató en el Capítulo II)

Cuadro N°5

Temáticas	HC-HS N°									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Dinámica familiar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cuidado y autocuidado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pareja	X	X	X	X			X		X	
Maternidad/Paternidad		X							X	
Trabajo	X			X			X		X	
Continuidad educativa	X						X			

A partir de estos datos es posible dar cuenta de que la entrevista tanto individual con los usuarios, como con miembros de su familia, representa la técnica más frecuente que utiliza el Trabajo Social en este ámbito institucional particular (Cuadro N°4).

La entrevista aparece como el ámbito privilegiado que permite al profesional conocer la trayectoria del usuario, tanto en relación al proceso salud-enfermedad- atención como a otros aspectos de su vida, y al usuario desplegar cuáles son sus vivencias en relación a la situación de salud que atraviesa. En las entrevistas se trabaja, considerando las perspectivas y propuestas de los usuarios y sus familias, cuáles son las posibles alternativas y estrategias para enfrentar las situaciones problemáticas que transitan.

En estas entrevistas se trabajan distintas temáticas desde la perspectiva del Trabajo Social. En el Cuadro N°5 se expresa con qué frecuencia aparecen cada una de estas temáticas.

La cuestión que aparece con mayor frecuencia (en todas las HC-HS analizadas) es la dinámica familiar. Si retomamos los datos obtenidos

en relación a la situación sociofamiliar de los usuarios que se han analizado anteriormente dando cuenta de que se registran situaciones de conflicto intrafamiliar, violencia de género, dificultades en la comunicación, etc. podría decirse que esto explica dicha frecuencia.

Estas situaciones están en relación con conflictos familiares que se generan a partir de convivencias no elegidas por la imposibilidad de acceder a una vivienda; también se trabaja con problemáticas en relación a los vínculos de pareja, especialmente con las mujeres en situación de violencia de género habilitando un espacio de confianza donde puedan expresarse y pensar opciones frente a esto.

También desde el equipo se trabaja con todos los usuarios de la muestra la cuestión del cuidado de la salud en general, y de temas relacionados al HIV en particular, teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad transmisible a otras personas, y por lo tanto la importancia que tiene el cuidado hacia uno mismo y hacia los demás.

Esto se vincula a la posibilidad de una maternidad/paternidad que no implique la transmisión de la enfermedad al niño en gestación que aparece como una preocupación frecuente en los jóvenes, sobre todo teniendo en cuenta que muchos de ellos han contraído la enfermedad de esta forma.

Otra problemática que aparece con frecuencia en las entrevistas es la del trabajo. De acuerdo a datos analizados anteriormente la situación laboral de los usuarios que integran esta muestra es primordialmente la de subocupado, y en trabajos no registrados, con la precariedad, inestabilidad e incertidumbre que esto genera en la vida cotidiana de las personas.

En el Cuadro N°4 aparecen otras dos estrategias que se despliegan desde el Trabajo Social en relación a estos usuarios. Estas



son por un lado facilitar el acceso a los turnos médicos y por otro las citaciones a los usuarios o su familia.

Estas acciones se desarrollan a partir de la frecuencia con que los usuarios no logran asistir a los turnos establecidos para las consultas médicas, los controles de carga viral y medicación, etc. Para que esto repercuta lo menos posible en la salud de los usuarios es que se llega a un acuerdo con los médicos de la Sala de Infectología para que la demanda de atención que surge en forma “espontánea”, es decir cuando el paciente concurre sin turno asignado, sea resuelta aunque sea mínimamente, en el momento que ocurre para darle continuidad al tratamiento.

Cuando los usuarios no asisten a los turnos establecidos en forma planificada y tampoco concurren espontáneamente fuera de esos espacios, es que se recurre a la citación. En general es habitual que se intente contactar telefónicamente al usuario. Pero frecuentemente esto no es posible y es necesario recurrir al llamado telefónico a algún familiar o en casos más extremos al envío de un telegrama. También se trabaja con Atención Primaria de la Salud para generar estrategias intersectoriales de abordaje.

Aquí aparece otra cuestión que se vincula con la comunicación del diagnóstico al entorno familiar, y refuerza la importancia de trabajar tanto con el usuario como con su familia, para que esta pueda influir positivamente en la continuidad y sostenimiento del tratamiento. Cobra importancia que otros miembros de la familia se vuelvan interlocutores válidos y de esta manera ser un canal de comunicación con el paciente.

Estos dos recursos, el acceso a la atención de demanda espontánea y las citaciones en casos de no concurrencia a los mismos, es algo que aparece ligado a lo que se desarrollará en el próximo apartado, y que tiene que ver con cuál es la demanda que desde el quehacer médico

se le realiza al Trabajo Social, en virtud del rol de control social que se le asigna históricamente.

Los mismos se encuentran fuertemente vinculadas a lo que se analiza en el Cuadro N° 6: el modo de acceso de los usuarios al Servicio Social por un lado, y cuál es la demanda que desde el ámbito médico se le hace al Trabajo Social en relación a estos usuarios.

### **Apartado 3: La relación del Trabajo Social con otros campos disciplinares**

En este apartado se analizará cual es la relación que se establece entre el Trabajo Social y otros campos disciplinares. Para ello se tendrá en cuenta cual es el modo de acceso de los usuarios al Servicio Social diferenciando el pedido de interconsulta o derivación, de un acercamiento espontáneo por una demanda generada por el sujeto.

También se tendrá en cuenta que se le demanda al Trabajo Social desde otras disciplinas. Si estas demandas tienen que ver con la gestión, con el seguimiento del paciente, o con la promoción de proyectos de vida.

Por último se analizará en qué medida aparecen acciones interdisciplinarias para la resolución de las situaciones complejas por las que atraviesan estos usuarios del sistema de salud.

En el cuadro que se presenta a continuación se resumen en forma gráfica los ítems mencionados anteriormente.

Cuadro N°6

HISTORIA N°	Modo de acceso al SS		Demandas al TS desde otras disciplinas			Acciones interdisciplinarias			
	Pedido Interconsulta/ Derivación	Espontáneo	Gestión	Acompañamiento Seguimiento	Promoción Proyecto de vida	Reuniones de Equipo	Planificación de Estrategias Conjuntas	Informes conjuntos en HC-HS	Atención conjunta
01	X	-	X	X	X	X	X	X	X
02	X	-	X	X	-	X	X	-	-
03	X	-	-	X	-	X	X	-	-
04	X	-	-	X	-	X	X	-	-
05	X	-	-	X	-	-	-	-	-
06	X	-	-	X	-	X	X	-	-
07	X	-	-	X	-	-	-	-	-
08	X	-	-	X	X	X	X	-	X
09	X	-	-	X	-	-	-	-	-
10	X	-	-	X	-	-	-	-	-

En el mismo vemos que los 10 usuarios estudiados acceden al Servicio Social a través de un pedido de interconsulta o derivación médica. En el análisis de las HC-HS se observa que estas interconsultas están ligadas a un pedido de intervención del Trabajo Social a partir de situaciones de abandono del tratamiento por parte de los usuarios, la no asistencia a los turnos acordados para los controles médicos, no concurrir a retirar la medicación o a realizar la actualización de los exámenes de carga viral, etc.

Frente a esta demanda desde el Trabajo Social se realizan citaciones a través de distintos mecanismos. Mediante estas comunicaciones se consensuan nuevas fechas para la atención.

Ahora bien, con esta modalidad no sólo se responde a la demanda del equipo médico, sino que estos espacios que se abren son válidos para afianzar la relación entre las Trabajadoras Sociales y los usuarios. Son técnicas que permiten generar nuevos diálogos donde es posible profundizar en el tratamiento de las temáticas que se detallaron

anteriormente, las problemáticas socioeconómicas y sociofamiliares complejas por las que se ven atravesados estos usuarios.

Asimismo podemos observar en los registros de las historias que el vínculo que se logra establecer desde el Trabajo Social con otros campos disciplinares, excede esta primer impronta del pedido de interconsulta para el seguimiento/acompañamiento del usuario en su tratamiento frente al abandono del mismo

En este sentido es posible decir que si bien sólo en 2 de las HC-HS se registran informes conjuntos o atención conjunta del equipo hacia el usuario, en 6 de ellas las Trabajadoras Sociales registran la realización de reuniones de equipo para tratar distintas temáticas respecto a la continuidad del tratamiento, como así también la planificación de estrategias conjuntas de abordaje a fin de lograr los objetivos que se proponen.

Esto evidencia que si bien la interdisciplina continúa siendo un desafío para este equipo dentro de una estructura institucional rígida organizada en un sentido vertical y jerárquico, aparecen “momentos interdisciplinarios” sobre los cuales continuar trabajando para ampliar la atención integral de las personas viviendo con VIH.

## **Reflexiones finales**

En función de lo descrito en este estudio es posible enunciar la relación que existe entre los determinantes sociales y la accesibilidad a la salud integral.

Esta relación se inscribe en un contexto económico, político y social determinado donde se entretajan las problemáticas singulares que los usuarios presentan al sistema de salud en general y al Trabajo Social en particular.

Las respuestas a estas complejidades deben darse en un entramado cuya urdimbre sea construida desde el Estado en forma estratégica y organizada en sus distintos niveles, materializado en las políticas públicas, las instituciones y sus efectores más directos, los profesionales.

Esto implica una perspectiva real de Intersectorialidad que se concrete a través de las políticas públicas en acciones, con disponibilidad de recursos materiales y humanos.

En relación al lugar donde es convocado el Trabajo Social en el ámbito hospitalario, si bien inicialmente se le demanda una misión vinculada al tutelaje de los usuarios y sus familias desde una perspectiva donde el Trabajador Social no participa en la construcción del diagnóstico situacional interdisciplinario, sino que se le solicita una tarea asistencial determinada, en el proceso histórico que realizó este equipo de trabajo se observan movimientos tendientes a la interdisciplina.

Si bien en la trayectoria del equipo no se observa una práctica interdisciplinaria en los términos planteados teóricamente, sí existe un permanente trabajo tendiente a desarrollarlas, visibilizado en situaciones interdisciplinarias, dentro de las estrategias de un tratamiento singular.

Así es como el rol del Trabajador Social vira de la demanda de tutelaje a un rol centrado en la perspectiva de los sujetos, promoviendo la autonomía y la accesibilidad a los derechos en el marco de una concepción integral de la salud.

Este viraje fue posible en función de la presencia del Trabajo Social en el equipo y la posibilidad de desplegar una posición teórico metodológica donde se pone en juego la construcción de otra mirada sobre el usuario introduciendo la variable de los determinantes sociales y la perspectiva del sujeto en las estrategias de tratamiento.

Cabe destacar la importancia que tuvo en la trayectoria histórica del equipo de atención de personas viviendo con VIH la permanencia de las Trabajadoras Sociales en el mismo, ya que si bien se observan demandas de quehaceres y acciones que no son específicas del Trabajo Social, esta permanencia posibilitó instituir nuevas prácticas y nuevas perspectivas en relación a las estrategias del tratamiento en general y en particular a la praxis del Trabajo Social.

Este posicionamiento trabaja en un sentido contrario al de la lógica positivista de “adherencia al tratamiento” que gira en torno a un sujeto pasivo que cumple con las indicaciones médicas y ciertos protocolos establecidos/instituidos, contraponiéndola a la concepción de accesibilidad a la salud donde lo que se pone en juego es la perspectiva del sujeto en situación atravesado por los determinantes sociales de la salud.

Desde la irrupción de la epidemia de VIH-SIDA en el Hospital Evita a fines de la década de los `80 hasta la actualidad, el desarrollo del tratamiento con retrovirales ha posibilitado la extensión de la perspectiva de vida de estos pacientes, transformándose en una enfermedad crónica, que implicó cambios en la perspectiva de intervención del equipo, apareciendo nuevos desafíos y demandas: se trabaja fundamentalmente

sobre los cuidados hacia los demás y el autocuidado, desmitificando a la vez aquellas representaciones sociales que asocian a la enfermedad con la muerte.

Aparece un nuevo perfil de paciente, que ha contraído la enfermedad por transmisión vertical, y que hoy son adultos, con la implicancia simbólica de tener que sostener un tratamiento riguroso durante todo su proceso vital, lo que implica nuevas articulaciones y estrategias para su acompañamiento en el proceso salud enfermedad y en su proyecto de vida, teniendo en cuenta en este punto la posibilidad de conformar una familia, y tener hijos que no contraigan esta enfermedad.

Será a partir de aquí que surjan nuevos desafíos para la construcción de futuras intervenciones intersectoriales dentro de los escenarios actuales.

## Bibliografía

- CARBALLEDA, A. J. (2001). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. *Margen: revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*(Nº23).
- CARBALLEDA, A. J. (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- CARBALLEDA, A. J. (2013). La accesibilidad y las políticas de salud. En C. S. Krmpotic, M. R. Mitjavila, & M. M. Saizar (Edits.), *(Sub)Culturas profesionales* (págs. 109-122). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- CAZZANIGA, S. (1997). *El abordaje desde la singularidad*. Ficha de Cátedra de la asignatura Trabajo Social V, Universidad Nacional de La Plata, Escuela Superior de Trabajo Social , La Plata.
- CAZZANIGA, S. (2002). Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Revista Margen*(Nº 27).
- CECCHINI, S., & MARTINEZ, R. (2011). Protección Social Inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos. *CEPAL* (Libro Nº 111).
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.
- DE SOUZA MINAYO, M. C., FERREIRA DESLANDES, S., NETO, O., & GOMES, R. (2007). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. (M. Urquía, Trad.) Buenos Aires: Lugar Editorial.



- ELICHIRY, N. (2009). *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- FERRARA, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires, Argentina: Catálogos Editora.
- INDEC. (2016). *Encuesta Permanente de Hogares*. Informe Técnico, Buenos Aires.
- LIZOLA, M. E., RODRIGUEZ, S. R., & PONCE DE LEON, A. (2013). La diferencia no es el problema: el sesgo profesional como facilitador en la constitución de equipos de salud. En C. KRMPOTIC, M. MITJAVILA, & M. M. SAIZAR (Edits.), *(Sub)Culturas Profesionales. Poder y prácticas en salud* (págs. 123-138). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- LOPEZ ARELLANO, O., ESCUDERO, J. C., & CARMONA, L. D. (Noviembre de 2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social, Volumen 3*(Número 4), 323-335.
- LOZANO, J. I. (2016). *Consumo problemático de drogas y políticas públicas. Las experiencias en la gestión estatal de organizaciones sociales en el "retorno" del Estado*. Universidad Nacional de La Plata. La PLata: III Foro Latinoamericano Igualdad y desigualdad social en América Latina: generando debates en Trabajo Social en relación con otras ciencias del campo social. .
- NUÑEZ, R. A. (2008). Del rol estático a la posición dinámica en las prácticas del Trabajo Social. En R. A. NUÑEZ, *Redes Comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional* (págs. 15-53). Buenos Aires: Editorial Espacio.

OLIVA, A. A. (2007). *Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cooperativas.

SAMAJA, J. A. (2004). Matrices de Datos: Presupuestos básicos del método científico. En J. A. SAMAJA, *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica* (págs. 147-193). Buenos Aires: Eudeba. Universidad de Buenos Aires .

SPINELLI, H. (Septiembre-Diciembre de 2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 275-293.

VELEZ RESTREPO, O. L. (2003). La cuestión metodológica: convergencias operativas o especificidad funcional. En O. L. VELEZ RESTREPO, *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas* (págs. 53-157). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

#### **Páginas Web consultadas:**

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Consultada 19/09/2016) Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/>

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Presidencia de la Nación (Consultado 12/07/2017) Recuperado de <http://www.desarrollosocial.gob.ar/tramitepensioninvalidez>

Ministerio de Desarrollo social de la Provincia de Buenos Aires (Consultado 12/07/2017) Recuperado de <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/mds-10-683.html>

## **Anexos**

<b>Matriz de datos</b>			
<b>Unidad de Análisis</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
Los usuarios	Características socio demográficas de la población	1) Accesibilidad a la salud integral  2) Situación socioeconómica  3) Situación socio familiar	-Cultural. -Económica. -Geográfica. -Administrativa. -Jurídica.  -Condición de actividad -Accesibilidad a la vivienda -Nivel educativo  -Violencia de genero -Conflicto intrafamiliar -Comunicación del diagnóstico -Consumo problemático de sustancias
La intervención del Trabajo Social	Estrategias de intervención del Trabajo Social	1) De gestión  2) De acompañamiento en el proceso salud enfermedad atención.	-Acceso a la realización del estudio de Carga Viral -Acceso al derecho a pensión -Acceso al derecho al PAAI -Derecho a la identidad  -Estrategias para la continuidad del tratamiento -Promoción de proyecto de vida

<p>La relación del Trabajo Social con otras disciplinas</p>	<p>Estrategias de articulación</p>	<p>1) Modo de acceso al Servicio Social</p> <p>2) Demandas al TS desde otras disciplinas</p> <p>3) Acciones Interdisciplinarias</p>	<p>-Pedido de Interconsulta/derivación</p> <p>-Espontáneo</p> <p>-Gestión</p> <p>-Acompañamiento</p> <p>-Promoción de proyecto de vida</p> <p>-Reuniones de equipo</p> <p>-Planificación de estrategias conjuntas</p> <p>-Informes conjuntos en HC/HS</p> <p>-Atención conjunta</p>
---	------------------------------------	---	---

HISTORIA SOCIAL Nº	Características socio demográficas de la población											
	Accesibilidad a la salud integral					Situación socioeconómica			Situación socio familiar			
	CULTURAL	ECONOMICA (*)	GEOGRAFICA	ADMINISTRATIVA	JURIDICA	Condición de actividad	Accesibilidad a la vivienda	Nivel Educativo	Violencia de genero	Conflicto intrafamiliar	Comunicación	Consumo problemático de sustancias
01	--		X	X	X	Subocupado	X	Primaria Incompleta	--	X	Moderada	X
02	--		X	X	X	Inactivo	--	No se registra	--	--	Moderada	--
03	--		X	X	X	Subocupado	--	Secundaria Incompleta	X	X	Moderada	--
04	--		X	X	X	Subocupado	--	Primaria Completo	--	X	Moderada	--
05	--		X	X	X	Inactivo	--	No se registra	--	X	Moderada	X
06	--		X	X	X	Desocupado	X	Secundaria Incompleta	--	X	Moderada	--
07	--		X	X	X	Subocupado	--	Secundaria Incompleta	--	X	Moderada	--
08	--		X	X	X	Subocupado	--	No se registra	X	X	Moderada	--
09	--		X	X	X	Subocupado	X	Primaria Completa	X	--	Moderada	--
10	--		X	X	X	Inactivo	--	Primaria Completa	--	--	Moderada	--

(\*) Se analiza en el ítem Situación Socioeconómica

H I S T O R I A Nº	Estrategias de intervención del trabajo social					
	De gestión				De acompañamiento en el proceso salud enfermedad atención.	
	Acceso a la realización del estudio de Carga Viral (Con encuesta social entre 2000 y 2007)	Acceso al derecho a pensión	Acceso al PAAI	Derecho a la identidad	Estrategias para la continuidad del tratamiento	Promoción de proyecto de vida
01	X	X	X	X	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno -Facilitadores para el acceso a atención no programada -Citaciones -Participación en grupos de PVVIH	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado -Pareja -Trabajo -Continuidad Educativa
02	No corresponde	--	X	X	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno -Facilitadores para el acceso a atención no programada -Citaciones -Participación en grupos de PVVIH	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado -Pareja -Maternidad
03	No Corresponde	--	--	--	-Entrevistas a la PVVIH -Facilitadores para el acceso a atención no programada	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado -Pareja
04	No Corresponde	X	--	--	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado -Pareja -Trabajo

05	No Corresponde	X	--	X	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado
06	X	--	--	--	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno -Citaciones	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado
07	X	X	--	X	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno -Facilitadores para el acceso a atención no programada -Citaciones	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado -Pareja -Trabajo -Continuidad Educativa
08	X	--	X	--	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno-Facilitadores para el acceso a atención no programada -Citaciones	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado
09	X	--	--	--	-Entrevistas a la PVVIH -Facilitadores para el acceso a atención no programada -Citaciones	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado -Pareja -Maternidad -Trabajo
10	X	X	--	--	-Entrevistas a la PVVIH -Entrevistas a integrantes del entorno -Citaciones	-Dinámica familiar -Cuidado y autocuidado



H I S T O R I A	Relación del Trabajo Social con otros campos disciplinares								
	Modo de acceso al Servicio Social		Demandas al TS desde otras disciplinas			Acciones Interdisciplinarias			
	Pedido de Interconsulta/Derivación	Espontáneo	Gestión	Acompañamiento/Seguimiento	Promoción de proyecto de vida	Reuniones de equipo	Planificación de estrategias conjuntas	Informes conjuntos en HC/HS	Atención conjunta
01	X	--	X	X	X	X	X	X	X
02	X	--	X	X	--	X	X	--	--
03	X	--	--	X	--	X	X	--	--
04	X	--	--	X	--	X	X	--	--
05	X	--	--	X	--	--	--	--	--
06	X	--	--	X	--	X	X	--	--
07	X	--	--	X	--	--	--	--	--
08	X	--	--	X	X	X	X	--	X
09	X	--	--	X	--	--	--	--	--
10	X	--	--	X	--	--	--	--	--

## **Definición de los indicadores**

En este espacio se definirán de acuerdo a la bibliografía consultada y al criterio de la investigadora, los indicadores contruidos para la matriz de datos que permitirá ordenar y cuantificar la información que genere este trabajo, para su análisis.

Se han creado tres tablas para ordenar los distintos aspectos que se pretenden observar en las 10 Historias Clínicas y Sociales que constituyen la muestra de este estudio: 1) Características de la población; 2) Intervención del Trabajo Social; 3) Relación del Trabajo Social con otras disciplinas.

El análisis de estas 10 historias clínicas y sociales es el procedimiento a través del cual se obtendrá la información para la construcción de las tres tablas.

En cada una de las tablas se manejarán distintos conceptos para identificar las situaciones que se pretende observar. Los mismos serán desarrollados a continuación.

### ***1. Características de la población***

Para caracterizar a los usuarios que integran esta muestra se tendrá en cuenta el concepto de accesibilidad a la salud integral y sus indicadores se definen desde la perspectiva que plantea Floreal Ferrara (1985) en su libro Teoría Social y Salud. También se tendrá en cuenta su situación socioeconómica y sociofamiliar de acuerdo a los indicadores que se detallan.

**Accesibilidad a la salud integral:** es la facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud, que pueden ser bienes o servicios. Existen distintos tipos de accesibilidad:

**Cultural:** es la percepción del valor de uso de los bienes y servicios de salud que tiene la población, los elementos de la cultura, la psicología y las relaciones sociales que motorizan la conducta de los grupos sociales frente a las situaciones de salud

**Económica:** es la condición económica en la que vive un hombre y su familia en relación con el lugar que este ocupa en el sistema productivo, la distribución de la riqueza y los bienes de producción. Esto da origen a las condiciones materiales de existencia que determinan tanto las necesidades de salud como las formas de acceso a la atención.

“La accesibilidad económica esta dictada por el grado de facilidad que tiene el individuo o la comunidad en utilizar los servicios de la atención para la salud y consumir los bienes que la producción sanitaria crea en un tiempo y en un lugar determinado conforme a la capacidad económica que posee ese individuo o esa comunidad” (FERRARA, 1985)

**Geográfica:** es la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según sea la distancia y las dificultades para llegar a ellos.

**Administrativa:** es la facilidad con la que la comunidad puede llegar a resolver sus requerimientos de atención de la salud, en cuanto a tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración del sistema de salud.

**Jurídica:** son los mecanismos a través de los cuales el Estado debe garantizar jurídicamente, a través de su sistema de leyes, el acceso a la salud de la población.

**Situación socio económica:** son las condiciones de vida, de trabajo y educativas en las que vive una persona y su familia

Para definir la condición de actividad se tomaran los conceptos que maneja el INDEC en la Encuesta Permanente de hogares (2016)

En la tabla de datos se considera el último registrado en la Historia Social

**Ocupado:** es el conjunto de personas que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica).

**Subocupado:** es la subocupación por insuficiencia de horas, visible u horaria y comprende a los ocupados que trabajan menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y están dispuestos a trabajar más horas. Comprende a las personas que trabajan como Cooperativistas en programas del Estado

**Desocupado:** son las personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a la desocupación abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral.

**Inactivo:** son las personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente. Puede tratarse de jubilados, pensionados, discapacitados, amas de casa, otros.

**Accesibilidad a la vivienda:** son las posibilidades de acceder a una vivienda acorde a sus necesidades, sea esta propia, alquilada o cedida.

**Nivel educativo:** es el mayor nivel educativo alcanzado:

- No escolarizado
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria
- Universitaria

**Situación socio familiar:** son los vínculos familiares y sociales que el usuario mantiene y las características de los mismos.

Se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

**Violencia de género:** Se identifican estas situaciones según lo establecido en la Ley Nacional N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada el 11 de Marzo de 2009 y sus modificatorias; y la Ley Provincial N° 12.569 de Violencia Familiar promulgada el 2 de Enero del año 2001 y modificada por la Ley Provincial N° 14.509 del 29 de Noviembre del año 2012.

En el Artículo 4º de la Ley N° 26.485 se define a la violencia contra las mujeres de la siguiente forma:

“Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón”.

Y en el Artículo 5º se establecen cuáles son los tipos de violencia que contempla:

“Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que

busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de: a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad”.

**Conflicto intrafamiliar:** Son las situaciones conflictivas entre los distintos integrantes de la familia que dificulten o impidan la convivencia en un ámbito armónico y contenedor para el sujeto que se encuentra en tratamiento

**Comunicación:** son las posibilidades que ha tenido la persona viviendo con VIH de comunicar o compartir con su entorno socio familiar su diagnóstico.

Se establecen tres niveles:

Nula: cuando no ha podido compartir su diagnóstico con ninguna persona de su entorno socio familiar

Moderada: cuando ha podido compartir el diagnóstico con su núcleo afectivo o familiar íntimo (padres, hijos, pareja, hermanos)

Extensa: cuando ha podido compartir su diagnóstico con su entorno social amplio (amigos, compañeros de trabajo, personas con las que comparte actividades fuera del entorno familiar, espacios de participación vinculados a la temática)

**Consumo problemático de sustancias:** Según Touzé en su texto Prevención del consumo problemático de drogas (2010) y El Abrojo (2001:26) existen diferentes formas posibles de vincularse con las drogas. Cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas, si se constituye en un uso problemático.

El uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); o sus relaciones con la ley. (LOZANO, 2016)

Se tendrá en cuenta si se registran en las historias situaciones referidas a dificultades en la convivencia con la familia, el desempeño laboral o el desenvolvimiento en los ámbitos habituales de vida relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

## **2. La intervención del Trabajo Social**

### **1) Gestión:**

**Acceso a la realización del estudio de Carga Viral:** Entre los años 1999 y 2007 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de las Regiones Sanitarias, requirió para la realización del estudio de Carga Viral de las PVVIH que no contaban con la cobertura de una Obra Social, la realización de una Encuesta Social por parte de los Servicios Sociales.

Esta tenía un formato predeterminado y era de carácter obligatorio.

Se tendrá en cuenta si se registró en las historias sociales o clínicas la realización de la Encuesta Social para el acceso al estudio de carga viral.

### **Acceso al derecho a una pensión no contributiva por invalidez:**

tiene derecho a una pensión no contributiva una persona con una discapacidad total y/o parcial, que le impide trabajar; y se encuentra en situación de vulnerabilidad social. La misma no requiere aportes para su otorgamiento (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Presidencia de la Nación

<http://www.desarrollosocial.gob.ar/tramitepensioninvalidez>

Consultado 12/07/2017)

Se tendrá en cuenta si se registró en las historias sociales o clínicas la gestión de una pensión de este tipo.

### **Acceso al Programa de Asistencia Alimentaria para pacientes Inmunodeprimidos (PAAI):**

El Programa “Asistencia Alimentaria para Pacientes Inmunodeprimidos” haya su antecedente en el Convenio suscripto entre el Ministerio de Salud y el ex Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo de la Provincia de Buenos Aires el 29 de diciembre de 2003, aprobado por Resolución 11118 N° 94/04.



Mediante su ejecución el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires asiste alimentariamente a personas carenciadas que se encuentran bajo atención en el “Programa Provincial de Prevención de VIH Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) del Ministerio de Salud. (Ministerio de Desarrollo social de la Provincia de Buenos Aires <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/mds-10-683.html> Consultado 12/07/2017)

Se tendrá en cuenta si se registra en las historias sociales o clínicas la gestión para el acceso a este Programa.

**Derecho a la identidad:** es un derecho humano por el cual todas las personas desde que nacen tienen el derecho inalienable a contar con los atributos, datos biológicos y culturales que permiten su constitución como sujeto en la sociedad.

Se tendrá en cuenta el registro en las historias sociales o clínicas de gestiones para el acceso al derecho a la identidad

## **2) Acompañamiento en el proceso salud enfermedad atención.**

### **Estrategias desde el Trabajo Social para la continuidad del tratamiento:**

- Entrevistas a las PVVIH desde el TS
- Entrevistas a integrantes del entorno socio familiar de las PVVIH desde el TS
- Facilitadores para el acceso a la atención no programada
- Citaciones ante el abandono del tratamiento u otros motivos
- Participación en grupos de PVVIH

### **Promoción de proyecto de vida:**

- Dinámica familiar
- Cuidado y auto cuidado de la salud

- Pareja
- Maternidad/Paternidad
- Trabajo
- Continuidad educativa

### **3. Relación del Trabajo Social con otros campos disciplinares**

#### **1) Modo de acceso al Servicio Social**

- Pedido de Interconsulta/derivación: cuando el acceso al Servicio Social se produce por una solicitud de interconsulta/derivación por parte del médico que asiste a la PVVIH

- Demanda espontánea: es aquella que surge de la necesidad y del interés de la PVVIH por encontrar una respuesta frente a una problemática que la atraviesa, tomando esta la iniciativa de solicitar la intervención profesional del Trabajo Social

#### **2) Demandas al TS desde otras disciplinas:**

- Gestión
- Acompañamiento/seguimiento
- Promoción de proyecto de vida

#### **3) Acciones Interdisciplinarias**

- Reuniones de equipo
- Planificación de estrategias conjuntas
- Informes conjuntos en HC/HS
- Atención conjunta de los distintos profesionales del equipo tratante a la PVVIH