

**VII JORNADAS DE INVESTIGACION
VI JORNADAS DE EXTENSION UNIVERSITARIA**

Universidad, inclusión y ciudadanía: aportes para pensar las políticas públicas

TITULO: TRABAJO SOCIAL Y VIH PEDIÁTRICO

Autores: Lic. María Lorena Peña- Lic. Alejandra Tajés- Lic. Soledad González- Lic. Karina Comas

Referencia Institucional: Lic. Ana Margarita Machado-Lic. Marta Dopico

Persona de Contacto: Lic. Karina Comas

Mail: lala0374@hotmail.com

Teléfono: (011)15-63635116

RESUMEN

La epidemia VIH SIDA afecta a parte de la población asistida en el sistema de salud. El objetivo es describir el Programa VIH SIDA garantizando la inclusión de los niños y mejorar su calidad de vida.

Se desarrolló en el Hospital Materno Infantil Dr. José Equiza de La Matanza, Buenos Aires desde junio 2009 hasta junio 2010.

Al insertarse la residencia de Trabajo Social en el programa se sistematiza el trabajo en la atención de niños expuestos perinatales sin asistencia ni tratamiento hasta ese momento.

La modalidad de abordaje interdisciplinaria articulando aspectos sociales y clínicos favoreció la intervención con familias en situación de vulnerabilidad.

Se trabajó preventivamente con niños expuestos y mujeres embarazadas, con recién nacidos y en la atención del niño en consultorio de pediatría.

Permitió trabajar con situaciones desde su particularidad, favoreció su inclusión social, y permitió la participación en el proceso de salud-enfermedad de la población asistida como sujeto de derecho.

TITULO: “TRABAJO SOCIAL Y VIH PEDIÁTRICO”

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO: “HOSPITAL DR. JOSE EQUIZA” DE GONZALEZ CATAN- LA MATANZA

DIRECCIÓN: DR. JOSE EQUIZA 4246- GONZALEZ CATAN-LA MATANZA

TELEFONO: 02202-424820

E-MAIL: -

PERTENENCIA INSTITUCIONAL

AUTORES: Lic. Karina Comas, Lic. María Lorena Peña, Lic. Alejandra Tajés, Lic. Soledad González Cabrera

PLANTEO DEL PROBLEMA

Dificultades que se presentan en la articulación inter y extra institucional para brindar una atención adecuada en lo asistencial y preventivo a pacientes pediátricos cuyos padres son seropositivos (+) así como a mujeres embarazadas (+) que están bajo Programa.

OBJETIVO GENERAL:

Describir la implementación del programa VIH/Sida para mujeres embarazadas seropositivas y niños expuestos en el Hospital Materno Infantil Dr. José Equiza.

METODOLOGIA

Es un estudio descriptivo-exploratorio. Se trabajó con una muestra de 56 pacientes pediátricos expuestos perinatales de 0 a 12 años ingresados al **Programa Municipal de VIH-SIDA de la infección x VIH en la gestante y puérpera** haciendo un recorte longitudinal en el período junio 2009 a junio 2010 encontrándose el mayor porcentaje (80%) en la franja etárea de 0 a 3 años.

Las entrevistas fueron realizadas a madres, familiares o representantes legales del niño. El diseño utilizado es de tipo cuali /cuantitativo.

Los datos de análisis fueron: edad del niño y progenitores, nivel de educación, composición familiar, ocupación, situación habitacional, conocimiento de la enfermedad por parte de los padres y/u otros familiares realización de testeos de

laboratorio, salud sexual y reproductiva, asesoramiento judicial obtenidos de los informes, encuestas sociales y entrevistas semiestructuradas diseñadas y realizadas por el Servicio Social.

Fundamentación:

Considerando los lineamientos que propone la Convención sobre los Derechos del Niño (23849) y en el marco legal de la Ley de aplicación de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (26061):

Artículo 14– Derecho a la salud. Los organismos del Estado deben garantizar

- a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;
- b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

El VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) se transmite por fluidos orgánicos: la sangre, el líquido preseminal, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna. Se transmite a través de relaciones sexuales sin protección (orales, vaginales o anales); por compartir agujas, jeringas, canutos; o si recibió una transfusión de sangre no controlada.

La elección del tema del estudio tiene su origen en la reflexión sobre la inclusión al sistema de salud de los niños cuyos padres son seropositivos (proporción de personas con pruebas serológicas positivas de infección por el VIH, eso es, anticuerpos contra el VIH, en un momento dado), de mujeres gestantes, a fin de prevenir la transmisión vertical durante el embarazo, parto y posterior atención del

niño al nacer, entendiéndose transmisión vertical como el modo de adquisición de la infección por VIH en los niños desde la madre infectada al feto, vía transplacentaria, al recién nacido durante el parto, y al lactante por la leche materna.

Comenzar a profundizar sobre estas situaciones puede transformarse en un aporte futuro que garantice y concretice la inclusión de estas familias en los Programas que el Estado Nacional a través de sus Gobiernos Locales diseñan para la atención de esta problemática de salud.

La motivación del trabajo surge de la convicción que en el hacer profesional nos enfrentamos a diferentes obstáculos que no necesariamente tienen que ver con la falta de Programas sino con la dificultad de articulación de centros de referencia y contrarreferencia en los casos de mujeres embarazadas con este diagnóstico y su posterior atención hospitalaria. Creemos por lo tanto que es imprescindible el planteamiento de objetivos claros que sean compartidos por el equipo interdisciplinario que atiende a los pacientes intra y extra institucionalmente.

Hasta el año 2005, el Municipio contaba con un solo consultorio de infectología dependiente de clínica médica el cual funcionaba en el Policlínico de San Justo. A este consultorio eran derivados todos los casos de enfermedades infecciosas y de VIH.

A finales de ese año, la Secretaría de Salud del Municipio pone en funcionamiento el plan de descentralización para atención de pacientes VIH en dicho Distrito, decidiéndose la incorporación de médicos infectólogos para los hospitales de cabecera de la región: Hospital Dr. José Equiza de González Catán y Hospital Germani de Gregorio de Laferrere.

En el año 2006 se incorpora la especialidad de infectología para adultos y embarazadas en el Hospital Dr. José Equiza contando con la provisión de medicamentos y estudios de laboratorio.

El Servicio Social se sumó al equipo sensibilizado con el tema, destinando una de las Trabajadoras Sociales de planta a realizar esta actividad entre las que ya llevaba a cabo.

El Programa contemplaba la atención de pacientes y sus familias a nivel asistencial, preventivo y promocional. Siendo derivados los niños expuestos perinatales al Hospital del Niño de San Justo ya que se carecía de un médico especialista en la región sanitaria a la que pertenece el Hospital Dr. José Equiza.

La derivación y asistencia a ese Centro de Referencia presentaba ciertos obstáculos:

- Grandes distancias geográficas
- La necesidad del uso de varias líneas de colectivos para llegar
- Falta de recursos económicos
- Diferentes pautas culturales
- Dificultades para la obtención de turnos (horario administrativo, consulta con médico orientador, etc.)
- Familias numerosas
- Los niños debían quedar sin cuidado familiar (solos en el hogar)
- Ausentismo escolar

La referencia y contrarreferencia entre el Servicio Social (Hospital Dr. Equiza y Hospital del Niño de San Justo) se llevaba a cabo sin dificultad pero no se veían los resultados debido a los problemas antes mencionados, por lo cual las familias desertaban (abandonaban el Programa) perjudicando notoriamente al paciente.

Se presentaron algunos obstáculos:

- Niños derivados sin resumen de historia clínica
- Derivación sin diagnóstico preciso
- Falta de continuidad en el testeo de los laboratorios
- Derivaciones informales (vía oral / telefónica)

En el año 2008 comienza el Hospital Dr. José Equiza la atención de infectología pediátrica pudiendo de esta forma establecer la atención diferencial a niños expuestos perinatales y seropositivos. El Servicio Social modifica su intervención trabajando con los niños y sus familias ofreciendo la información necesaria para facilitar el acceso a la atención en salud. El 44% de pacientes expuestos perinatales fueron derivados de otros centros de salud pertenecientes a ésta región sanitaria y otras aledañas, el 30% llegó al servicio de infectología a través del Servicio de Obstetricia y el 20% desde el servicio de infectología siendo el 6% los niños que se incorporaron al Programa por su atención previa en el Servicio de Pediatría.

En el año 2009 se inserta al Servicio Social del Hospital la Residencia de Trabajo Social Provincial quien colabora con la Licenciada en Servicio Social referente del Programa y diseñan un proyecto de trabajo de Atención para niños Expuestos Perinatales, entendiéndose desde lo clínico a todo hijo/a de madre de VIH Positiva que no cumple los criterios de infección por VIH, pero no se conoce su serología.

Se elaboró una entrevista social semiestructurada para éste grupo etéreo y se realizaron acuerdos previos entre los distintos servicios y profesionales del Hospital: Laboratorio, Servicio de Pediatría, Infectología, Neonatología, Obstetricia, Psicología, Enfermería, Farmacia, Estadística y Servicio Social).

Los acuerdos previos muchas veces no se pueden sostener en el tiempo debido a problemas de recursos, personales, de comunicación, etc.

Políticas Sociales y Derechos Sociales en la Argentina

Hace dos décadas la pobreza no era uno de los temas prioritarios que ocupaban al País. Los programas focalizados eran la estrategia dominante llevados a cabo por la Secretaría de Desarrollo Social y por un conjunto amplio de Ministerios y Organizaciones Nacionales.

El rol del Estado en la regulación de lo social comienza a considerarse algo imprescindible.

Tras esta experiencia toma fuerza la idea consensuada que define que el problema no reside en reducir el Estado sino en mejorar sus capacidades de definición e implementación de políticas.

Las políticas sociales en las sociedades contemporáneas son un instrumento necesario para propiciar el bienestar y la integración social que se convierten en un pilar fundamental para la producción y conservación de orden.

Originalmente, el Estado implementa las políticas sociales para lograr fortalecer lo social y poder establecer una simetría en las relaciones entre los distintos sectores sociales.

De este modo puede entenderse que la existencia de cierta cohesión social está relacionada con determinados niveles de igualdad, una calidad de vida conforme a valores y pautas culturales dominantes y por la existencia de redes sociales y organizaciones que otorguen sustento a la práctica de ciudadanía.

Podría decirse que la política social se orienta en dos sentidos: uno tendiente a garantizar a los ciudadanos sistemas de protección frente a la emergencia de situaciones que pueden suponer un riesgo para el bienestar individual o familiar (enfermedad, vejez, incapacidad laboral, familia numerosa) ante las cuales se otorga

protección a través de instituciones que la autoridad estatal regula y que se encuentran destinadas para tal fin.

La muestra refleja como medio de subsistencia un 98% de trabajos informales (changas de albañilería, limpieza, empleados en talleres de costura, cartoneros, jardineros, etc.) y el 2% restante en relación de dependencia.

Desde lo que hace a la problemática de VIH encontramos que tanto padres como niños con serología positiva perciben o se encuentran gestionando: Pensión no contributiva, Programa de alimentación para inmunodeprimidos, Pase de transporte otorgado por el Programa Nacional de Sida (Ley 23798) y la medicación bajo prescripción médica.

En otro sentido se orienta hacia condiciones de carencia por las que pueden verse afectados diferentes grupos de la población, estas tienen relación con la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas como alimentación, vivienda, educación, ocupación, integración social, participación, que suelen resumirse bajo referencias a pobreza, indigencia o exclusión. Específicamente en la situación habitacional se observa que el 51% posee vivienda propia, el 22% reside en viviendas cedidas, el 9% alquila y el 18% restante no aporta datos.

En torno a la atención de la salud debe considerarse la heterogeneidad de la zona geográficas y la diversidad socio – económica y cultural de sus habitantes, además de reconocer el desafío que implica avanzar sobre la resistencia a los cambios en la atención de la salud, y las dificultades que en la coordinación tienen las diferentes organizaciones y sectores involucrados.

Las medidas de prevención y promoción son las que pueden tener mayor grado de eficacia dado que tienden a cambiar la orientación del sistema sanitario desde el objetivo enfermedad hacia el de salud, y a potenciar la coordinación entre el sector sanitario y aquellos otros – educación, trabajo, medio ambiente, urbanismo, etc. – que han de intervenir en el proceso de consecución de un nivel de salud adecuado (Lemus).

El territorio urbano muestra los resultados de los diferentes ciclos recesivos de la economía nacional a lo largo de la historia y comienza a evidenciar los impactos de la reestructuración económica global y de las políticas de ajuste implementadas a partir de la reforma del Estado argentino.

Se trata de una realidad compleja y dual: la del desarrollo desigual, la de segregación socio – espacial, la de la exclusión social, la de la pobreza.

Paralelamente al proceso de modernización selectiva del espacio urbano, la heterogeneidad de la pobreza aumenta y se expande.

CONCLUSIONES

A partir del trabajo interdisciplinario llevado a cabo en la Institución, se ha establecido que el VIH-SIDA se plantea como una enfermedad crónica que tiene estipulado un tratamiento médico particular para cada caso atendido y erradica la idea de ver a esta enfermedad como sinónimo de muerte.

Tomando a Janine Pierret (2000), quien analiza los cambios en la vida cotidiana partiendo del diagnóstico de VIH, ésta afirma que las enfermedades crónicas se confunden con la vida misma.

La situación de enfermedad está naturalizada y forma parte de la cotidianeidad en un marco de carencias y dificultades. Se propone a partir de esa premisa que el modelo tradicional de síntoma-diagnóstico-tratamiento-cura pueda reemplazarse por un esquema abierto e incierto otorgando relevancia a gestionar una enfermedad que impacta en las esferas de la vida social durante un tiempo indeterminado.

Uno de los aspectos relevantes en el proceso de salud-enfermedad manifestado por los pacientes del Programa es el de compartir las necesidades y temores de comunicar su diagnóstico tanto a la familia como a la comunidad:.. *“Decir o no decir que se está infectado, a quién y cuándo, está en el núcleo central de la experiencia cotidiana de la seropositividad. Mantener ese secreto supone un penoso y vigilante trabajo y el desarrollo de una serie de estrategias de atención y autocuidado personal y de los otros. (Biegini).*

A diferencia de otras enfermedades, la ausencia de síntomas refuerza la negación de la enfermedad y del inicio de tratamiento.

Varios casos observados refieren llegar o volver a la consulta ante episodios de internación o síntomas de enfermedad con el consecuente deterioro y agudización de la problemática.

Y ya que la enfermedad irrumpe en la vida de los sujetos atravesándolos en todas las esferas también debe considerarse que la salud y la enfermedad no ocurren sólo en el ámbito de lo privado sino que transcurren en un tejido social y ecológico de cierta complejidad, éste ámbito es el de los espacios comunitarios. Es así que el

cuidado y promoción de la salud, la prevención, la calidad de vida, los problemas de salud y aún la muerte se producen en ese entramado social.

En la muestra de éste estudio se refleja que casi la totalidad fueron mujeres concurrentes al servicio, de lo que se desprende que la enfermedad hace su camino entrelazándose con el sistema de género analizándolo a través de sus dimensiones: asimetrías sociales de género, construcción social de las identidades, relaciones de poder entre hombres y mujeres.

Se produce una doble mirada:

El 63 % de las mujeres que se acercaban a la consulta lo hacían por su embarazo y posterior cuidado de sus hijos, además de tratarse de madres multíparas. Esto refuerza la identidad femenina (dulzura-dependencia-sumisión-fidelidad y pasividad en a sexualidad) construida socialmente en torno a la maternidad que ejerce presión y encuentra su desenlace en la procreación temprana y numerosa. El 70% de las madres tienen su primer hijo antes de los 20 años y como se mencionó anteriormente el 63% de las mismas son madres de más de 3 hijos. La edad promedio es entre 20 y 40 años.

Quedan a un lado las condiciones de vida y deseos personales de las protagonistas restando importancia a las condiciones de atención de su salud, que de no ser las apropiadas constituirán los eventos procreativos en eventos de riesgo. Las embarazadas vivencian una ruptura con la imagen y el mandato maternal al tener que evitar como uno de los medios de transmisión de la enfermedad la lactancia materna ante la recomendación de los profesionales de la salud.

En cuanto a la afirmación de la identidad masculina (masculinidad-sexualidad-agresión), se observan mandatos culturales que llevan a los varones a tener una conducta sexual que puede afectar su propia salud y la de su pareja.

Del 56% de los padres de niños expuestos perinatales no se obtuvieron datos sobre su situación de salud por la no concurrencia a la Institución, el 24% de los padres confirmó su diagnóstico y continúa tratamiento y el 20% restante confirma diagnóstico positivo y no realiza tratamiento médico.

A causa de estas creencias de género, las medidas preventivas de contagio de ETS (conjunto de enfermedades producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, transmitidas de una persona a otra, durante las relaciones sexuales, ya sean vaginales, anales u orales), encuentran un obstáculo, que se suma al uso de anticonceptivos, los cuales llevan a situaciones como la violencia, la diversidad de

parejas, y evitan la previsión de comportamientos y la consecuente toma de conciencia de los riesgos para la salud.

Estos riesgos, afectan tanto a hombres como mujeres y pueden producir también problemas en los recién nacidos, por transmisión madre a hijo. Las entrevistas, la información recogida sobre la enfermedad, los modos de transmisión, medidas de cuidado y significado del resultado (negativo-indeterminado-positivo), constituyen una primera posibilidad, una situación de privilegio para abordar en mayor profundidad el tema de la protección de las conductas elegidas y los obstáculos surgidos a la hora de realizar prácticas de sexo más seguro. El asesoramiento constituye un espacio de encuentro, de intercambio, de información, de reflexión, de escucha activa y singular, de apertura a la demanda formulada por cada sujeto, de contención, de respeto hacia la decisión de cada persona, de valoración de situaciones de vulnerabilidad, de fortalecimiento de autonomías, etc. De ahí la importancia de incorporar la historia singular en las entrevistas, considerando los aspectos emocionales, los saberes de las personas, resignificando el consentimiento informado en el marco de un asesoramiento centrado en la autonomía como eje de la práctica profesional. Entendiendo como **consentimiento informado** la posibilidad que tiene un paciente de contar con los elementos necesarios para poder decidir y así preservar su autonomía. El consentimiento (o rechazo) informado presupone tres requisitos: competencia plena (paciente lúcido), información veraz y completa (brindada por el médico) e inexistencia de condicionamiento externo o interno. (Fundamentos de Cuidados Paliativos, PALLIUM, 2004). Consideramos que no sólo debe utilizarse un lenguaje médico, técnico o biologicista sino que debemos partir de lo que las personas puedan llegar a comprender, ya sea por lo complejo del padecimiento del VIH, por la escasez de información o el nivel de instrucción de la población.

En el análisis de los datos de las madres resultó que el 32% posee primaria completa, el 21% primaria incompleta, el 14% tiene secundaria incompleta, el 5% es analfabeto y el 28% sin datos.

Otro aspecto trabajado dentro del programa es el de la salud sexual y reproductiva de las madres seropositivas y/o con sus parejas en los casos en que estos las acompañan. El 66% de casos no brindó acerca de los métodos, mientras que el 13% refería la utilización del preservativo, siendo el 17% la ligadura tubaria el método elegido para evitar embarazos pero no para prevenir ETS. Hay madres que piden ésta práctica por tener más de 5 hijos y lo ven como una solución para su

maternidad, y otras madres que lo solicitan para evitar traer al mundo un hijo con su problema de salud. En ambos casos se remarca la problemática de género. De acuerdo a la **Norma de Sida en Perinatología (Resolución Municipal 105/97)**, el 94% de las madres de niños expuestos perinatales conocía su diagnóstico previo al embarazo, ya sea por haber tenido anteriormente otros hijos o por haber estado internada en alguna ocasión tanto ella como su pareja actual y el 6% desconocía su diagnóstico por tratarse de madres primerizas y/o embarazos sin control. Los análisis de la serología para VIH no surgen por preocupación o interés propio y se concretan en un momento de crisis: nacimiento de un hijo, acompañado por la interrupción de la lactancia y la incertidumbre acerca de la serología del niño, internación propia o de un familiar cercano con el temor a la pérdida y la necesidad de sostener a la familia simultáneamente.

En el período estudiado, el 48% se realizó las 3 PCR ARN VIRUS VIH-1 (estudio de laboratorio de reacción en cadena de la polimerasa) y serología considerando que el estudio del niño parte desde su nacimiento hasta los 18 meses (tratamiento cumplimentado). De la totalidad de los casos el 19% son positivos y el 81% es negativo.

Es interesante señalar las modificaciones operadas en la visión del padecimiento desde el ámbito de profesionales de salud. Antes predominaba una significación del paciente centrada en “prácticas de riesgo”, con fuerte asociación a pertenencias grupales que incriminaban y estigmatizaban a ciertos grupos y prácticas sociales. “Lo social” aparecía por sus efectos o por considerarla una enfermedad de la conducta, lo que connotaba una apelación racionalista y voluntarista del ser humano y una mirada descontextualizada y atomizada. Desde el paradigma médico positivista, la adherencia al tratamiento antirretroviral era pensada como una actitud de “cumplimiento” o “incumplimiento”.

M. Grimberg (2003) afirma que la experiencia cotidiana del VIH/SIDA. en la cual el cuerpo se desdobra e impone sus restricciones, constituye una experiencia corporalmente centrada. Esta caracterización en realidad es válida para casi todos los padecimientos graves, crónicos o no, o para todos los accidentes mutilantes que suponen que el cuerpo impone una nueva normatividad a ese sujeto cartesiano que estaba construido en la creencia de un dualismo esencial entre el ser-un-cuerpo y tener-un-cuerpo. ¿Acaso no se da este “centralismo” corporal en el cáncer, la diabetes, para no remitirnos al parkinson o a una grave insuficiencia cardíaca? En

cambio, a diferencia de otras enfermedades y situaciones corporales invalidantes, el VIH porta también aún una significación moral en el imaginario colectivo, con una carga incriminatoria y de estigma social que sólo parecen haber tenido las pestes y la lepra en la Edad Media o la sífilis antes del descubrimiento de la penicilina.

Los documentos de ONUSIDA, OMS, y OPS reiteradamente argumentan que la estigmatización hacia las personas con identidades sexuales diversas se correlaciona con un número creciente de hombres y mujeres VIH positivos. Pero, lamentablemente como esta comprensión deriva de la necesidad de interpretar la dinámica de la epidemia, el análisis de género y la sexualidad se sitúan en el marco de enfermedad, con lo cual se prolonga esa visión de la salud pública en función de la cual la sexualidad es el determinante potencial de una mala salud. Como resultado, el sexo seguro es tema principal de este discurso, mientras que la salud sexual, el placer y los derechos permanecen en las márgenes del mismo.

Sin embargo, el discurso mundial acerca del VHI/SIDA refleja en los últimos años un reconocimiento del papel de las inequidades de género en la diseminación de la epidemia y revela una mayor comprensión de la importancia de incorporar la perspectiva de género y una visión integradora y situada en las sexualidades, en las acciones tanto preventivas como asistenciales.

SUGERENCIAS

Creemos en la importancia que implica rescatar de la experiencia, del trabajo cotidiano, de las vivencias en relación, de los procesos de sistematización todo elemento que nos sirva para la creación de conocimientos, en donde los trabajadores sociales habremos de conocer la realidad, sustentante teóricamente, y proponer esquemas de intervención sólidos y acordes al valor del sujeto como el eje de la sociedad en un contexto determinado y con fortaleza ética en la creación de la sociedad.

Reflexionar sobre bioética nos remite a una concepción de integración, solidaridad, evitando la parcialidad y planteando una postura contraria a la consideración absolutista y tradicional “biológica”. Hoy, el sujeto es visualizado totalmente, con sentimientos, virtudes y valores, en y para la sociedad, con historia y presente, construyendo el futuro de la humanidad.

Sostenemos que existe una relación entre bioética y trabajo social en los ejes del quehacer profesional:

- ❖ Respeto del hombre en forma integral, en su contexto y en su condición (confiabilidad, discreción, y veracidad).
- ❖ La salud es una necesidad, y esta debería contemplar aspectos, no sólo físicos sino sociales y ambientales. Habrá que redescubrir lo positivo/ factible /integral (potencialidades y limitaciones) y tener una visión en comunidad.

El Trabajo Social ha podido acumular conocimiento a partir de acercarse a la vida cotidiana de los sujetos con los que actúa debiendo aún organizar claramente lo sistematizado.

Debe seguir fortaleciéndose la articulación como estrategia de trabajo entre los centros de referencia y contrarreferencia propiciando el criterio de APS desde el fundamento básico de accesibilidad al sistema de salud. También continuar con las tareas en prevención primaria, secundaria y terciaria desde una perspectiva de participación comunitaria. De allí la importancia de propiciar testeos voluntarios y espacios de asesoramiento pre y post test.

Partiendo de lo antes expuesto el Trabajo Social interviene considerando a las personas como totalidad, insertas en el entorno familiar y social y vistos desde su propia historia personal.

Se articulan el acceso de la población a los recursos (información, medicamentos, alimentos, análisis, etc.), propiciando la posibilidad del saber sobre ella misma. Se intenta rescatar y revalorizar desde las palabras de cada uno de los sujetos sus historias singulares, mitos y acceder así al campo de lo imaginario y lo simbólico. Nuestro trabajo intenta reconocer la capacidad de cada persona para transformar su cotidianidad, sin perder de vista las restricciones sociales y materiales que impone el contexto.

El abordaje de una problemática como el VIH/SIDA nos conduce a hablar de prevención y asistencia entrelazadas con cuestiones de género, poder y con sus emociones y afectos incentivando la participación tanto de varones como de mujeres en Programas de Salud Sexual y Reproductiva.

Nos interesa un abordaje desde los derechos considerando los proyectos de vida de los sujetos y sus lazos sociales, evitando prácticas que fragilicen la salud y favoreciendo el empoderamiento de la población.

De allí, la importancia de considerar a los sujetos a la hora de diseñar y/o reformular estrategias de intervención.

Desde nuestra intervención creemos necesario seguir investigando a diario, planteándonos interrogantes para poder así entender toda situación problemática que se nos presente, pudiendo de esta forma integrarla a nuestra propia producción de conocimiento.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Comisso, María de los Angeles (2007) "Mujeres viviendo con VIH-SIDA", Editorial Espacio

Ana Mended Diz y otros, (compiladoras)(1998) "Salud y Población Cuestiones Sociales Pendientes", Editorial Espacio

Kornblit, Ana Lía (1997) "Sida y Sociedad", Editorial Espacio

UNICEF (2007) "Niñas/os y adolescentes afectados y huérfanos por VIH-SIDA"

"Salud e intervención en los Social"(2008), Editorial Espacio

Pierret, Janine (2000) "Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales", Francia

Balmartino, Susana; Levin, Silvia; Repetto, Fabián (2000) "Reflexiones Latinoamericanas sobre Política Social, Vol. 5, Ediciones Homo Sapiens

Szasz, Ivonne (1997) "Género y salud. Algunas reflexiones" Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina- México

Grimberg, Mabel (2003) "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH"

Candal, Leila; Fernández, Marta; Pastor, María (1999) "Promover la salud con sentido colectivo"

