



5
2 Ejem.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
ALTERNATIVA DE TITULACION DE SISTEMATIZACION
DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**SISTEMATIZACION DE UN MODELO DE ATEN-
CION INDIVIDUALIZADA A PACIENTES DE
VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.**

TRABAJO DE SISTEMATIZACION

QUE PRESENTA:

AGUSTIN BETANZOS LOPEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

ASESOR: LIC. MONSERRAT VIRGINIA GONZALEZ MONTAÑO

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Págs.
JUSTIFICACION	1
INTRODUCCION	11
CAPITULO I.- Descripción del Modelo de Atención Individualizada en pacientes con SIDA	1
1.1. Marco Conceptual	2
1.2. Funciones y Actividades del Trabajador Social..	26
1.3. Técnicas e instrumentos aplicados	32
CAPITULO II.- Contexto Social de la Experiencia Profesional del Trabajador Social	38
2.1. Políticas Sociales de Salud en México	42
2.2. Políticas Institucionales de Salud en el ISSSTE	48
2.2.1. Diagnóstico Situacional de la Zona Oriente de la Ciudad de México	59
2.3. Problemática Social del paciente con SIDA	80
CAPITULO III.- Análisis crítico y Evaluación de la Experiencia	96
3.1. Limitaciones y facilitadores de la experiencia.	108
3.2.1. En el Tratamiento Social a Colaterales del caso.	111
3.1.3. En la Comunidad.	112
CONCLUSIONES	114
PROPUESTAS	121
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	126

J U S T I F I C A C I O N

La presente sistematización pretende describir y evaluar la experiencia vivida al aplicar un modelo de atención individualizada de Trabajo Social a la problemática que presentan los individuos enfermos de -- SIDA/VIII, en sus distintos ámbitos hospitalario, familiar, laboral jurídico y económico y, a través de los resultados obtenidos comprobar la funcionalidad o disfuncionalidad en el seguimiento de casos para la propuesta de otro modelo.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infecto-contagiosa que actualmente ocupa el primer lugar de --- atención científica en la mayor parte del mundo, debido a las características peculiares que desarrollan las personas que contraen la enfermedad, las formas de transmisión de la enfermedad conocidas hasta el momento son las siguientes:

a) La vía sexual, considerando tres variables en las relaciones sexuales: la relación homosexual, la bisexual y la heterosexual. La primera es la realizada entre sujetos del mismo sexo, la segunda presupone la relación de un sujeto con sujetos de los dos sexos existentes y la tercera es la relación sexual entre sujetos de sexos contrarios.

b) Por la transfusión o exposición de sangre o derivados de la misma, contaminados con el virus de Inmunodeficiencia Humana, y el uso -- compartido de agujas.

c) La transmisión de madre a hijo con las variables siguientes:

-Prenatal, o durante el embarazo por el intercambio de lí-

gidos.

-Post-natal, la cual se dá a través de la alimentación materna o a la exposición de líquidos corporales durante la expulsión del producto.

Según estadísticas de CONASIDA, en México el SIDA crece a un promedio aproximado del ocho por ciento mensual, por lo que cada año se duplica el número de personas afectadas, lo que probablemente en un momento determinado no pueda ya tener control por el Sector Salud.

Los integrantes del equipo multidisciplinario de salud (trabajadores sociales, médicos, enfermeras, psicólogos, etc.), deben conocer todos los aspectos clínicos, apoyo psicosocial, sus formas de prevención y control, lo anterior con el fin de otorgar una atención libre de prejuicios a los enfermos de este padecimiento.

La profesión de Trabajo Social Médico como integrante del equipo multidisciplinario, tiene ante sí una nueva dimensión de acción en el trato directo con pacientes enfermos de SIDA/VIH. El aplicar un modelo de casos o atención individualizada y elegir las técnicas adecuadas a cada caso, así como la utilización de instrumentos que adecúen al proceso metodológico al abordar la problemática de los enfermos de SIDA/VIH, en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", permite al profesional de Trabajo Social, participar activamente en un problema de salud que ha adquirido enormes proporciones en un tiempo relativamente corto para ser considerado ya una pandemia, en la sistematización de la práctica; dicha participación se pretende evaluar y estudiar para determinar si es la adecuada o debe ser re-estructurado el modelo de atención.

INTRODUCCION:

A doce años de haber sido descubierto el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se desarrolla este trabajo - el cual tiene como base la experiencia profesional del Trabajador Social - en un lapso de tiempo de tres años, en la atención de pacientes con SIDA.

En el capítulo uno, se describe el modelo utilizado en la atención individualizada del paciente con SIDA, en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", dependiente del I.S.S.S.T.E., se desarrolla el marco conceptual del Trabajo Social Médico, las funciones y actividades que se realizan en la Institución por el Trabajador Social y las técnicas e instrumentos utilizados más frecuentemente.

En el capítulo dos, se parte del contexto social en que se ubica la experiencia profesional de Trabajador Social en la atención a pacientes con VIH/SIDA, se abordan las políticas sociales de salud en México, correlacionándolas con las políticas institucionales de salud en el ISSSTE, incluye este capítulo un diagnóstico situacional de la zona oriente de la Ciudad de México para llegar a las particularidades de la problemática social del paciente con SIDA.

El último capítulo es el desarrollo del análisis crítico y la evaluación de la experiencia profesional del Trabajador Social, considerando dicho análisis las limitaciones y los facilitadores que surgieron durante la misma en cuanto al Tratamiento Social del paciente, con los co laterales del caso y en la comunidad.

Capítulo I. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA
EN PACIENTES CON SIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL -
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" I. S. S. S. T. E.

Antes de iniciar la descripción del modelo de atención individualizada, utilizado en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", es necesario clasificar el concepto de modelo. La noción de modelo abarca varios significados; el primero de ellos ligado a la REPRESENTACIÓN, un ejemplo claro de esto, lo encontramos en las maquetas que muestran en su momento como será un proyecto de construcción.

El segundo significado, es de acuerdo a la PERFECCIÓN o IDEAL, - el ejemplo de Emiliano Zapata, era un caudillo modelo, debe traducirse en que los demás caudillos deberían haber sido como Emiliano Zapata.

La última significación es de acuerdo a la MUESTRA, el ejemplo - que cabría citar, es de la casa que se acude a ver en una Unidad en construcción como estrategia del vendedor.

Para la ciencia la elaboración de un modelo, debe estar respaldada por un proceso de sistematización de la práctica profesional, siendo necesario el ordenamiento, clasificación y análisis de la información acumulada a lo largo de la experiencia, con el fin inmediato de establecer relaciones de causa-efecto y de este modo llegar a la elaboración de una nueva teoría que dé validez a la práctica misma.

"El modelo científico es la configuración ideal que representa de manera simplificada una teoría". /1.

La definición anterior en su análisis contiene las significaciones generales del modelo y permanecerá como tal en el presente trabajo.

1.- INFANTE Gana Vicente compilador, Antología "Trabajo Social y salud".
INAM-FNTS. México 1992. pda. 122.

Los modelos se encuentran incluidos en los sistemas, por lo que entenderemos como sistema "una colección de entidades interrelacionadas, -cuyas relaciones son tales que la información sobre ellas proporciona una base para inferir conclusiones sobre la estructura, modus operandi o historia temporal del sistema como un todo"./2.

Y aunque existen varias definiciones sobre la sistematización -únicamente citaremos la que más se apega al presente trabajo.

El Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social (CELATS) establece: "La sistematización describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de una experiencia práctica de T.S."/3.

Toda vez que se dá connotación al modelo en el desarrollo del -trabajo, se puede abordar la descripción del utilizado en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" (HRGITZ) del I.S.S.S.T.E., partiendo del -marco conceptual.

1.1. Marco Conceptual.

El modelo de atención individualizada utilizado por los --profesionales de Trabajo Social en el I.S.S.S.T.E., tiene sus bases generales en el Manual de Operación de Trabajo Social para Unidades de Primer Nivel.

- 2.- RESCHER Nicholas "sistematización Cognoscitiva", Ed. Siglo XXI, México 1981, Pág. 28
- 3.- Señalado por APODACA Rangel Ma. Lourdes "La sistematización en Trabajo Social" Ed. UNAM-ENTS, México, 1992, pág. 15.

y como ámbito de aplicación las clínicas de medicina general y clínicas hospital, las cuales proporcionan atención al derechohabiente en tres niveles: El primario o de prevención; secundario o de curación y tratamiento y tercero o de rehabilitación. Cabe mencionar que no existe de forma explícita un marco teórico del modelo de atención individualizada en la metodología que establece dicho documento, la cual incluye tres puntos: - a) Las bases generales de la programación, b) La Investigación Médico-social y c) La formación de grupos con patología común.

A los puntos anteriores dada su importancia para el presente -- trabajo, se le agrega el inciso d) Descripción del Estudio Social utilizado por los profesionales de Trabajo Social en el I.S.S.S.T.E. Cabe señalar que también se realiza trabajo hacia la comunidad sin que esto -- signifique que se efectúe desarrollo en la Comunidad.

a) Bases Generales de la Programación.

El Trabajador Social en los Servicios de Salud del ISSSTE, elabora programas que responden a las demandas y problemas específicos de la población derechohabiente. La programación vista como una fase del -- proceso de planeación, en que se fijan objetivos, metas, actividades, se encuentra destinada en el modelo que se maneja a la prevención y tratamiento biopsicosocial de la enfermedad SIDA, ocasionada por la infección del -- VIH.

Los elementos integrantes del programa son:

-Justificación.

-Objetivos.

-Estrategias.

-Metas.

-Actividades.

-Recursos (humanos y materiales).

-Organización.

-El control (información, supervisión y evaluación como mecanismos de control).

El trabajador social dada la experiencia en el manejo de pacientes con SIDA, en un lapso de tres años, ha elaborado los objetivos de un programa operativo cuyo objetivo general es: la prevención, control y tratamiento social del SIDA. Con la aplicación de la metodología en casos y grupos en la zona oriente de la Ciudad de México.

Los objetivos específicos formulados son:

-Aplicar la metodología de Trabajo Social en el estudio Social al proceso Salud-Enfermedad del derecho-habiente-hospitalizado en el área de medicina interna.

-Difundir en la Comunidad que conforma la zona oriente, el problema que significa la infección por VIH, a nivel nacional como la forma de prevención para la misma.

-Elaborar material acorde a la población de escolaridad básica (primaria y secundaria) para difundir la prevención del SIDA en sujetos que potencialmente esperan desarrollar su sexualidad.

-Reestructurar un grupo con individuos seropositivos de la consulta externa con fines de tratamiento psicossocial tanatológico apoyado en la teoría de la Dra. Kubler Ross.

Las estrategias implementadas para el desarrollo del programa -- por el trabajador Social son:

-Abordar la problemática del SIDA en las escuelas de instrucción básica (primarias y secundarias): para lo anterior es necesaa-

no elaborar material didáctico con dibujos o caricaturas que expliquen la relación de la enfermedad y la actividad sexual, ya que se trata de gente joven que iniciará su vida sexual.

-Realizar coordinaciones con los directores responsables de las escuelas para sensibilizarlos del problema que significa el SIDA en la sociedad y obtener el acceso a las pláticas con la comunidad estudiantil.

-Aplicar un instrumento de control (cuestionario) que indique al Trabajador Social, la cantidad y calidad de la información que posee el estudiante sobre el SIDA en la sociedad.

La meta más sobresaliente en el programa que se citó, es la presentación de la sistematización del modelo de atención individualizada en la problemática social de los pacientes con SIDA, la cual tendrá lugar en las Jornadas Médicas del XV Aniversario de la Unidad Médica, en el mes de Noviembre de 1994.

Como se nota sólo se hace hincapié en tres puntos del programa que desarrolla el Trabajador Social en la atención a pacientes con SIDA, el programa como se aclaró anteriormente, es responsabilidad desde su elaboración por el Trabajador Social adscrito al Servicio de Medicina Interna. El control efectuado por la Jefatura del Departamento de Trabajo Social se basa en la supervisión y evaluación que se realiza trimestralmente, ya que se trata de un programa a corto plazo (un año). La supervisión incluye cinco puntos básicos cuyos conceptos, son tomados del Curso de "Sistematización de la Práctica Profesional del Trabajador Social", cuya sede fue la Escuela Nacional de Trabajo Social en octubre de 1993.

- Planificación: que incluye la selección y relación de los hechos, así como la formulación y realización de las actividades propuestas o necesarias para alcanzar los resultados deseados.
- Organización: Líneas de autoridad y responsabilidad entre supervisor y supervisados.
- Dirección: El supervisado recibe las decisiones, órdenes, orientaciones o instrucciones del supervisor.
- Coordinación: Tiene como objetivo lograr la acción eficaz de los subordinados.
- Control: Autoridad del supervisor para controlar las acciones del Trabajador Social.

El universo de trabajo son los pacientes hospitalizados en el 8o. piso de Medicina Interna, familiares y estudiantes de Enseñanza media básica.

Por último es necesario mencionar que el presente programa se lleva a cabo desde hace tres años de forma continua y ha servido como base para que el Trabajador Social ponga de manifiesto su participación como investigador social en el estudio de la problemática de los derechohabientes con el SIDA, en la zona oriente.

b) Investigación Médico Social.

La investigación dentro de la Institución, busca el mejoramiento de los servicios que presta. La metodología médico-social que el Instituto ha establecido como base de la investigación aparece expuesta en el Manual de Operación de Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel

y contempla el desarrollo siguiente:

- Los antecedentes.
- Formulación de Hipótesis,
- Justificación.
- Objetivos.
- Diseños de investigación.
- Tipos de Investigación: observacional, experimental, longitudinal, transversal, prospectiva, retrospectiva, descriptiva y -- comparativa.
- Identificación de los grupos de estudio: aplicación de criterios de inclusión y de exclusión.
- Selección de Grupos de estudio: muestreo que puede ser probabilístico (prepositivo, de cuotas).
- Determinación del tamaño del grupo de estudio.
- Formulación de los instrumentos de recolección de datos.
- Descripción general del estudio.
- Análisis de datos.
- Análisis estadístico.
- Métodos para el análisis de datos (nivel nominal, ordinal, intervalar, y de razón)."

La metodología anterior carece de los puntos que Felipe Pardini establece en la metodología de investigación en ciencias sociales como son: las conclusiones y presentación de resultados y el Marco Teórico-conceptual así como contexto, tampoco están explicitados.

En el caso del estudio en SIDA, el Trabajador Social que suscribe, tuvo la necesidad de superar un temor subjetivo al contagio de la en-

fermedad, por desconocimiento a lo enfrentado. Posteriormente se recolectó la mayor cantidad de información impresa sobre SIDA (revistas, periódicos, folletos, gacetas, libros, etc.). Para complementar la información impresa, se acudió a cursos de capacitación donde se trató el tema de forma profesional y por sujetos con experiencia en el manejo de pacientes -- con SIDA, es justo recalcar que sólo una vez la Institución envió al profesional a capacitación de este tipo, siendo el Seminario Internacional "La perspectiva Social del SIDA en México y su Situación en el Contexto Americano", cuya sede fue la Ciudad de México los días 26-28 de junio de 1991. La capacitación anterior y posterior fue a solicitud del Trabajador Social.

La "identificación del problema", se tradujo para la especificidad del Trabajador Social como la limitación del problema, en el caso de esta sistematización, inició con los pacientes hospitalizados en el ISSSTE, pero atendidos por su Unidad que da cobertura a la zona oriente de la ciudad.

La investigación ha conllevado al Trabajador Social, a la presentación de un estudio longitudinal de los pacientes con SIDA de la zona oriente, presentado en el año de 1993 durante las Jornadas Médicas del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

c) Formación de Grupos con Patología Común.

Esta última fase de la estrategia metodológica, está considerada por la Institución como actividad primaria del Trabajador Social y su formación debe obedecer a padecimientos que por cronicidad, requiera de la participación voluntaria y consciente del enfermo, familiares y comunidad.

El procedimiento que debe seguir el Trabajador Social para la formación de este tipo de grupo, se encuentra estipulado en el Manual Normativo para Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel, así encontramos los siguientes pasos:

- "Promover con tiempo suficiente y adecuadamente la integración del grupo a través del personal de la Unidad y derechohabiente.
- Inscribir a las personas que reúnan los requisitos e interés específico en participar.
- Informar del número de sesiones, duración y periodicidad de ellas, para asegurar la asistencia de los inscritos.
- Efectuar cuestionario de premedición o de datos generales.
- Comprobar la disponibilidad de recursos.
- Evaluar individualmente a los participantes y al grupo e informar los resultados".

La formación de grupos en la Institución, tiene como finalidad inmediata "Capacitar al derechohabiente y/o familiares, de tal manera que adquieran conocimientos válidos que coadyuven al control efectivo de su padecimiento que puedan traer consigo complicaciones e invalideces"./4.

La experiencia del Trabajador Social en la formación de un grupo de pacientes con SIDA, ha sido un tanto frustrante, pues los enfermos que

4.- Manual de Operación de Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel, Subdirec. Gral. Médica, ISSSTE, pág. 55.

se hospitalizan para tratamiento médico, se encuentran en las fases más avanzadas del SIDA, muchas veces presentan cuadros clínicos que les limitan su deambulación, también se ha observado que el avance progresivo de la enfermedad, limita las funciones mentales del sujeto y en la mayoría de los casos la dinámica familiar enfrenta el caso, el cual se acentúa -- con problemáticas adyacentes en el área laboral y económica. A todo esto, se suma la muerte de los integrantes del grupo, hechos que sirven al Trabajador Social para evaluar su participación en el manejo de casos con la implementación de planes y el tratamiento social, dirigido al paciente, - sus familiares o amistades.

d) Descripción del Estudio Social utilizado por los Profesionales de Trabajo Social en el I.S.S.S.T.E.

Como anteriormente se expuso, la metodología propuesta por la - Institución para el Trabajador Social, no contempla un marco técnico del modelo de atención individualizada propio de la profesión, la estrategia para abordar la problemática social del proceso salud-enfermedad en los - derechohabientes del Instituto, aparece en el formato SM-3-741, (anexo 1) denominado también estudio social.

La aplicación del Estudio Social tiene como universo a las clínicas y clínicas hospitalares del Instituto, y su objetivo inmediato es --- "proporcionar al equipo interdisciplinario un instrumento útil para el registro de las características socio-culturales que influyen en la patología del paciente"./5.

El estudio de casos en su origen, es solicitado de diferentes -

coordinaciones: con médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos, personal administrativo, por derivación inmediata de la Jefe del Departamento o -- compañeras de Trabajo Social, pero también puede surgir por necesidad expresa del paciente y/o familiares o a iniciativa del Trabajador Social -- suscrito.

Aunque si bien es cierto se realizan coordinaciones para iniciar los estudios, en el tiempo que el Trabajador-Social ha adquirido su experiencia profesional, sólo el médico adscrito a la sección de infectología de Medicina Interna, ha recibido por solicitud expresa información del manejo de casos, ya que los demás profesionales sólo efectúan la derivación del mismo, sin solicitar los resultados o hallazgos del Trabajador Social. Dado lo anterior, se descarta la relación interdisciplinaria como equipo en la atención de pacientes con SIDA y al respecto Roberto Follari explica:

"Mayor confusión es aquella que proviene de quienes consideran "disciplina" como equivalente a "profesión", e "interdisciplinario" como equivalente a "interprofesional". O lo que es una confusión mayor, cuando la interdisciplinaria se define "como aquella circunstancia en la cual, como mínimo, dos profesionales de dos disciplinas diferentes abordan la misma situación"./6.

6.- ANDER-EGG Ezequiel-Follari Roberto "Trabajo Social e Interdisciplinaria". Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1988, pág. 44.

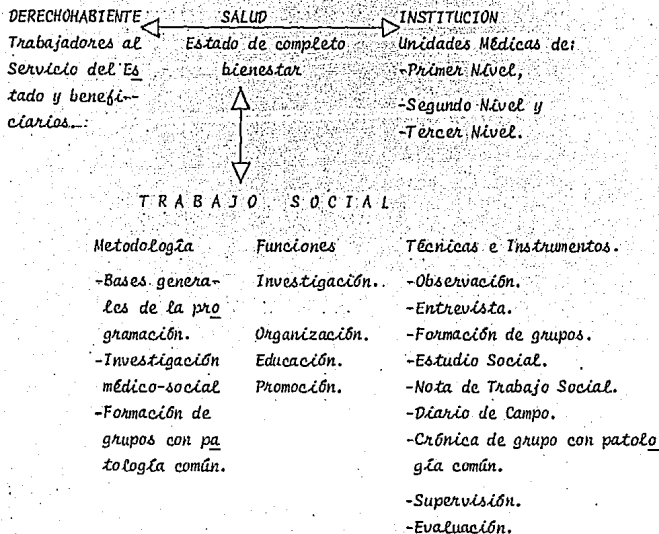
El mismo Follari menciona que "lo interdisciplinario aparece como una necesidad tecnológica evidente y prometedora. Más allá de todas las indefiniciones que pudiera existir a su respecto, resulta notorio que representa el camino más adecuado para avanzar sobre realidades que desbordan ampliamente las posibilidades de ser resueltas desde el campo de disciplinas científicas autónomas".17.

La interdisciplina trata de resolver las urgencias que el mismo sistema enfrenta, y de la manera más eficaz conjuntando varias disciplinas que realmente puedan ofrecer posibilidades a tales eventos.

Por último se aclara que la Subdirección General Médica, a través de la Subdirección Normativa y la Jefatura de Servicios para la Atención Curativa y Rehabilitación, fue la encargada en el T.S.S.T.E. de la elaboración e impresión del Estudio Social, el formato está constituido por 25 puntos, para una mejor descripción se anexa un formato impreso y dividido (anexo 1).

El desarrollo de la metodología Institucional para el profesional de Trabajo Social, queda estructurado de acuerdo a un esquema elaborado para el presente trabajo con el fin de facilitar su mejor comprensión.

Esquema del Modelo de Atención Individualizada aplicado en el -
I.S.S.S.T.E.



El sujeto demandante o portador de necesidades, será el derecho habiente considerando como tal a todos los trabajadores al Servicio del Estado y sus beneficiarios (hijos, padres, cónyuge y abuelos). El Estado crea a la Institución respondiendo a dichas demandas, generando una infraestructura con Unidades de Primer Nivel o de Prevención de las Enfermedades (clínicas familiares), de Segundo Nivel, consideradas también de cura y tratamiento (clínicas de especialidades) y las Unidades de Tercer Nivel, que cuentan con tratamientos especializados y de rehabilitación de enfermedades cuya atención requiere de aparatos e instalaciones especia-

les (clínicas hospital).

Se concibe a la salud como un "estado de completo bienestar" -- que niega la existencia de su antagonista: la enfermedad.

La salud y la enfermedad son un proceso dinámico que se encuentra vinculado con las condiciones socioeconómicas y el medio físico donde se desarrolla la persona. Como Raúl Rojas Soriano, establece en su libro de "Capitalismo y Enfermedad": "El paso de la salud a la enfermedad, es producto de una serie de cambios cuantitativos que se presentan tanto en el organismo como en el medio ambiente físico y social, cambios negativos para el organismo que lo acercan a la enfermedad". Luego entonces es utó pico pensar en un completo estado de bienestar, pues puede concretizarse que no existe una persona que esté totalmente sana.

Por otro lado la metodología que emplea el profesional de Trabajo Social en casos debe contemplar los siguientes pasos:

- a) Investigación: inicia con la observación y/o la recopilación de testimonios orales de la descripción del problema del paciente; las actitudes del paciente y su familia; los problemas familiares, laborales y sociales del área de residencia.
- b) Diagnóstico Social: "La opinión profesional sobre la naturaleza, magnitud y jerarquización de las necesidades y problemas./8.

- c) *Plan Social: "Los procedimientos y recursos necesarios para dar solución a los problemas que hayab asentado el diagnóstico social, tomando en cuenta la participación del enfermo, así como su núcleo familiar, así como su realidad económica y social"./9.*
- d) *Tratamiento "El orden cronológico y en forma sumaria, la formación precisa de las actividades realizadas para modificar un problema específico, indique además los cambios de la situación médico social, así como las modificaciones necesarias al plan final."/10.*

Los conceptos anteriores no clarifican en qué consiste cada paso de la estrategia metodológica y los traduce a un informe descriptivo.

Los puntos anteriores se encuentran enmarcados en el estudio social de casos que se maneja institucionalmente. La mayoría de los estudios que se realizan en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", por el Trabajador Social, convergen en dos disciplinas: la psicología y la sociología, el desarrollo del presente trabajo, queda circunscrito predominantemente a la disciplina de la psicología. Aunque también es necesario aclarar que se integran al estudio de casos conceptos sociológicos, antropológicos, etc.; pero sin perder de vista el quehacer profesional del área de la salud.

9.- Op. Cit.

10.- Manual de Operación de Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel Subdirec. Gral. Médica I.S.S.S.T.E., pág. 79.

Los conceptos en los que el Trabajador Social, tuvo necesidad de profundizar en el área de la salud que son:

Enfermedad. "Desajuste anormal de los procesos vitales como -- respuesta del organismo a influencias que le son perjudiciales"/11.

El Trabajador Social del área médica debe tener una visión más amplia de la definición anterior pues su contacto estrecho con pacientes y familiares le permiten conocer otros factores que pudo obviar el médico tales como: El estado de ánimo, la relación de la enfermedad con su situación económica, laboral, social y su interrelación familiar.

Salud. "Proceso que se establece a partir de la interrelación del hombre con el ambiente, en donde la salud y la enfermedad están en relación con la capacidad del individuo para cumplir su rol social" /12.

La definición anterior es la denominada operacional del modelo en el I.S.S.S.T.E., es elaborada desde un enfoque ecológico e individualista, establece que la salud es una consecuencia directa de la conducta del hombre, analizándola, de esta manera se puede pensar que el hombre tiene - la capacidad de escoger el momento para enfermarse y que él es el principal factor de la aparición de la enfermedad.

- 11.- Gran Enciclopedia Ilustrada Círculo, Vol. 5, Tomo CRIS-ESBO. Círculo de Lectores, España, 1985, pág. 1347
- 12.- Educación para la salud al Magisterio, I.S.S.S.T.E., Subdirec. Gral. Médica, 1987, pág. 23.

Proceso Salud-Enfermedad. "Interrelación dinámica que existe entre el hombre y el medio ambiente que le rodea, tanto en lo biológico como en lo social y psicológico, en un equilibrio constante, lo que permite la salud."/13.

La definición de Salud-Enfermedad que establece la Institución, conlleva una enorme contradicción, pues si es una interrelación dinámica como proceso, no puede existir un equilibrio constante o estático, o se es dinámico como proceso o es parcial y subjetivo si se considera a la sa lud y enfermedad por separado.

Educación para la Salud. "Es un proceso dinámico y permanente de acciones intencionales capaces de influir favorablemente en los conoci mientos, conductas, hábitos de las personas, estimula su participación ac tiva, consciente y responsable para el autocuidado de su salud, la de su familiar y la de su comunidad"./14.

Para el presente trabajo la participación de las personas también se considera de manera voluntaria. Los programas de Trabajo Social en la zona oriente si bien se enmarcan en un programa general de "Educa-- ción para la Salud", muy difícilmente pueden abarcar a la comunidad de -- forma directa, pues los trabajadores sociales son pocos, lo cual los remi te predominantemente a la intervención en Caso y Grupo, sin llevar a cabo Organización y desarrollo de la comunidad.

13.- Educación para la Salud al Magisterio, I.S.S.S.T.E., Subdirec. Gral. Médica, 1987, pág. 19.

14.- Idem.

Los conceptos anteriores son los que básicamente emplea el Trabajador Social en el área médica para la atención a la población derechohabiente.

Los conceptos tomados de la disciplina psicológica para el seguimiento y atención de casos en la atención de pacientes con SIDA son:

Yo. Instancia de la personalidad que es el centro de la zona consciente, gobierna la experiencia consciente y en donde se da la máxima continuidad y entidad respecto de sí mismo.

Ello. Con esta instancia Freud designa lo que hay de más primitivo en el hombre, en el cual rige sin ninguna restricción el principio del placer. Constituye lo subconsciente del aparato psíquico, esto es el conjunto de las pulsiones primarias, de los instintos, y de lo que es hereditario.

Superyo. La representación de la sociedad por la psique, se introyectan exigencias y prohibiciones morales.

Autoestima. Estima en sí mismo, la cual hace que el individuo o persona se muestre más resistente a la persuasión.

"La autoestima es el aspecto evaluador del concepto del yo, también depende en gran medida de nuestra interrelación con los otros"./15.

Baja autoestima. Es la disminución en la estima en sí mismo y en donde se observa que el individuo se encuentra que su autoestimación se basa en grado sumo en lo que cree que los demás piensan de él. Aparece una enorme dependencia de otros para autoestimarse, lo cual lesiona su autonomía e individualidad.

En la observación directa a pacientes con VIH/SIDA, se ha detectado que mantienen una gran sensación de ansiedad e inseguridad acerca de su persona. Manifiestan grandes esperanzas acerca de lo que se les puede brindar; pero también grandes temores relacionados a su ingreso hospitalario, su situación económica, la interrelación familiar, y su situación laboral. La mayor parte del tiempo que el Trabajador Social dispone para el paciente, lo distribuye de tal manera que se vayan superando las problemáticas que refiere él y/o sus familiares durante la entrevista.

Familia. Para el presente trabajo con pacientes con SIDA, se considera que la familia es "Un sistema abierto en transformación constante, envía y recibe descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta"./16.

- 15.- WHITTAKER James O. "La Psicología Social en el Mundo de Hoy", Ed. - Trillas, México, 1984, pág. 97.
- 16.- Instituto Mexicano de Psiquiatría, Taller "Ciclo Vital de la Familia" 1993, pág. 9.

Ciclo Vital de la familia. "Desarrollo de la familia, que transcurre en el tiempo, como un proceso propio de un organismo vivo que nace, crece, se reproduce y muere"./17.

Las etapas del ciclo vital de la familia son:

- La formación de la pareja (personas de distinto sexo).
- El nacimiento, crianza y desarrollo de los hijos.
- Los hijos adolescentes.
- El reencuentro y
- La vejez.

Dinámica familiar. Considerada como la interacción positiva y negativa que sucede en el sistema familiar y la manera en que repercute en el proceso salud-enfermedad del paciente con SIDA.

Diada Interrelación de dos sujetos pertenecientes a un mismo sistema familiar, la cual es de forma positiva.

Paciente. Persona portadora o enferma de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), el cual disminuye las defensas naturales del organismo humano predisponiéndolo al contagio de enfermedades oportunistas.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Enfermedad transmisible infecciosa y que causa la muerte"./18.

17.- Op. cit.

18.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Subdirec. Gral. Médica.- "Guía para Trabajo Social sobre SIDA" 1988. pág. 1.

"EL SIDA (SÍndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), es una enfermedad mortal, hasta la fecha incurable"./19

"El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad muy grave causada por un virus que disminuye la resistencia del cuerpo, con deterioro de la estructura inmunológica (defensas del organismo), dejando a la víctima sensible a microorganismos oportunistas, con los que había vivido en relativa armonía"./20

Las definiciones anteriores coinciden en que la enfermedad es infecciosa, que causa la muerte y en su origen de tipo biológico, marginando a las áreas social y psicológica.

La enfermedad no sólo disminuye al individuo físicamente, sino que conlleva todo un deterioro en el ser humano, considerado como ente biopsicosocial, respecto a lo social, el Trabajador Social ha adquirido experiencia en el estudio e incidencia de la problemática del paciente y también capacidad para observar el deterioro de las relaciones familiares, laborales y el menoscabo económico y la estigmatización social en todos los ámbitos anteriores tanto del paciente como de su familia.

En el área psicológica del sujeto, se ha visto surgir un proceso que pudiera resumirse en las siguientes fases: a) Negación y aislamiento, b) Rabia, c) Regateo d) Depresión y e) Aceptación.

19.- Folleto EL SIDA y tú CONASIDA

20.- TREVINO Jesús Manuel "SIDA, la peste del siglo XX" Síntesis del libro I.S.S.S.T.E./LEON, año 1990, pág. 1.

Luego entonces ha sido obligatorio para el Trabajador Social, - la elaboración de una definición que se adecúe a su quehacer profesional, aporte de la práctica y estudio continuo del paciente con SIDA hospitalizado:

SIDA es una enfermedad transmisible, mortal e incurable, la --- cual conlleva al individuo que la contrae a la estigmatización social (re lacionada a los mecanismos de transmisión sexuales principalmente) y al - desajuste emocional, que influyen en la dinámica de su sistema familiar.**

El concepto de Tanatología es retomado del curso de "Introduc-- ción a la Tanatología" impartido en el ISSSTE, hospital Regional "Lic. -- Adolfo López Mateos", en el mes de enero de 1994... "Tanatología: Es el estudio de lo que es morir, la muerte, la vida después de ésta, y todo lo relacionado con el suicidio: ideación, conducta, acto".

Fases de la Muerte. Las fases en el proceso del morir que el - Trabajador Social ha logrado identificar en los pacientes con SIDA son -- las estudiadas por la Dra. Kubler-Ross, quién describe cinco etapas en su experiencia con enfermos terminales.

- 1.- La negación: El paciente manifiesta una gran angustia al co nocer su estado de salud-enfermedad.
- 2.- Rabia: es el resultado de la suma de frustraciones que se - están viviendo; el paciente por lo general siente que el -- tiempo se le acaba y ya no pudo realizar sus planes; mani- fiesta impotencia ante lo que se le presenta.

** Aportación a la sistematización por el Trabajador Social que suscribe - el presente trabajo.

- 3.- *Negociación*: En esta etapa brotan las culpas por los actos y las conductas pasadas, por ejemplo es común escuchar decir a los pacientes con preferencias sexuales de tipo homosexual que, "tal vez no hubieran enfermado sino fueran homosexuales."
- 4.- *Depresión*: El paciente se encuentra resignado a morir y se abandona a la frustración y culpa sostenidos por la rabia que expresó en contra del ello y el yo.
- 5.- *Aceptación*: finalmente el paciente acepta que la enfermedad lo ha invadido y vive una depresión anticipatoria a su muerte, lo más recomendable en esta etapa, es comenzar con la familia el elaborar el duelo anticipatorio.

Las etapas anteriores no deben tomarse como un recetario, pues el proceso del morir también es dinámico y pudiera aparecer una etapa antes que la otra, lo rico del trabajo de casos con pacientes con SIDA, es la visión que proporcionan los propios pacientes y familiares desde que se detecta la enfermedad en un miembro del sistema familiar y los eventos que aparecen durante el proceso salud-enfermedad, así como la resolución de los mismos con la ayuda profesional del Trabajador Social.

Duelo Anticipatorio. Consiste en que antes de que fallezca un ser querido, la familia comienza a vivir el trabajo de una pérdida irremediable. El dolor estará proporcionado en base al vínculo con la persona fallecida, y el papel que desempeñaba en una o más áreas de la construcción de la realidad, el sentido de la vida y la confirmación de la identidad.

En los casos manejados de pacientes con SIDA, se ha observado que cuando los fallecidos son las figuras paternas, se presenta un rompimiento con la red de existencia familiar. La pérdida de los hijos mayores y/o principales abastecedores económicos, ocasiona un desajuste psicosocial en los demás miembros que pudieron tener en la figura del desaparecido un modelo social.

Duelo. La palabra duelo tiene sus raíces etimológicas en el latín *dolium*, que significa dolor, aflicción.

"El duelo como un proceso, es la alteración dentro de un tiempo determinado del estado de ánimo y de afectividad, alteración que se experimenta como resultado de una pérdida real"./21.

Las fases del proceso de duelo son las mismas que se citaron para el proceso de muerte en el paciente: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación.

Culpa. "La culpa ha sido definida como un estado psíquico acompañado de ansiedad que nace de un conflicto interno, en particular, de un conflicto no resuelto interno en torno a la valía del yo"./22.

Para Freud la culpa es el resultado de un conflicto entre el Yo y el Superyo, cuando éste último amonesta al Yo por contravenir sus normas internas.

21.- ISSSTE, curso "Introducción a la Tanatología", Cd. México Hospital Regional "Adolfo López Mateos" enero de 1994.

22.- Op. Cit.

Sufrimiento, "El sufrimiento del ser humano se presenta cuando este percibe una destrucción imminente de su persona, de su integridad como ser humano y continúa hasta que esta amenaza de desintegración haya pasado o hasta que la integridad de la persona se haya restituido de otra manera". /23.

El sufrimiento observado en los pacientes con SIDA por el Trabajador Social, tiene estrecha vinculación con el tratamiento médico, con la interrelación de sus seres queridos, la disminución física, psicológica y su marginación social en los ámbitos donde se desenvuelve.

Hasta aquí los conceptos que el Trabajador Social ha retomado e involucrado para la atención de los pacientes con SIDA, durante el mismo se ha podido observar que son personas de autoestima baja, con sentimientos de culpa que presentan enorme sufrimiento, pues se enfrentan a una -- muerte imminente (recuérdese que es trabajo con pacientes hospitalizados), por lo avanzado de su padecimiento. La tarea inmediata es alejar los sentimientos de culpa con dinámicas vivenciales, mensajes "nutricionales", - transmitir interés en su persona y ayudarlos a aceptar su padecimiento y prepararlos para su muerte.

En el siguiente punto se explican y detallan las funciones del Trabajador Social y sus actividades inherentes de acuerdo al Departamento de Trabajo Social de la Unidad Hospitalaria, y la manera como el profesional las ha desarrollado en la atención a los pacientes con SIDA.

1.2. *Funciones y Actividades del Trabajador Social en el ---
I.S.S.S.T.E.*

El marco técnico de la Institución para el Trabajador Social, no contempla una definición de los conceptos: función y actividad.

*Para el presente trabajo se considera que la función es la incidencia del profesional ante la problemática social de los pacientes. ***

En el I.S.S.S.T.E., las funciones básicas del Trabajador Social, parten de un formato que se utiliza para rendir el informe de actividades mensuales (anexo2), y contempla las siguientes:

a) Investigación:

Institucionalmente el Trabajador Social debe investigar a través de un modelo médico-social, como se describió en el capítulo anterior en tres puntos (bases generales de la programación, investigación médico-social, y la formación de grupos con patología común) y en donde quedó claro que no se contempla la metodología del modelo de atención individualizada, la que en su oportunidad se desarrolló (por el Trabajador Social), como un punto que debe ser considerado.

Es necesario mencionar que esta función no se realizaba en el hospital desde el año de 1987 por los Trabajadores Sociales, la última aportación que se realizó fue un estudio situacional de la zona oriente y en 1990 a inquietud del que suscribe se inicia en la atención a pacientes con SIDA, y continuando a la fecha de presentación de esta sistematización.

*** Aportación del Trabajador Social que suscribe a la presente sistematización.*

b) Planeación:

La Institución contempla la elaboración de programas de atención en el área de la salud por el Trabajador Social, pero es otra de las funciones a las que se dedica muy poco tiempo en la Unidad hospitalaria, sólo se presenta un programa anual por Servicio de adscripción, y en caso de programar curso para derechohabientes, debe elaborar un programa de contenidos educativos.

El programa que en 1994 elaboró el Trabajador Social suscrito, se denominó "Programa Operativo de Prevención al SIDA" y sus objetivos fueron descritos en el punto de la metodología institucional (Ifig, Inciso a).

c) Coordinación:

Considerada por el Departamento de Trabajo Social como la función que el Trabajador Social efectúa con el fin de sincronizar la utilización de los recursos institucionales, en la Unidad Hospitalaria de adscripción.

Se considera que esta actividad puede efectuarse de forma intra-institucional y extrainstitucional.

En la atención a pacientes con SIDA, intrahospitalariamente la coordinación se efectúa con todos aquellos Servicios y personas que cotidianamente se involucran en la atención al derechohabiente, por ejemplo Admisión, Vigencia de Derechos, Enfermería, etc.

d) Organización:

La Institución no define el concepto y el Departamento de Trabajo Social, no lo especifica; pero la definición que se efectúa para el presente trabajo es la siguiente: "La organización será considerada --

como un conjunto de profesionales, los cuales presentan una diferencia---
ción de funciones, con vistas a obtener un resultado determinado de acuer-
do a sus fines objetivos". **

f) Educación:

La función de educación es considerada por el Departamento-
de Trabajo Social de la Unidad hospitalaria como "un proceso para modifi-
car los valores, normas, creencias y comportamientos que inciden desfavo-
rablemente en el proceso salud-enfermedad de los derechohabientes.

La educación aplicada en los casos de pacientes con SIDA, inclu-
ye a la familia como sistema en el cual el individuo aprende en primera -
instancia las normas y conductas sociales con las que interactuará en so-
ciedad.

g) Promoción.

Función que la Institución no define y cuyo concepto el Tra-
bajador Social que suscribe lo retoma del diccionario de Trabajo Social -
de Ezzequiel Ander-Egg como una "Acción para elevar a un conjunto de per-
sonas o a grupos sociales, a una situación más elevada o a una dignidad -
mayor". La ejecución de ésta, requiere que el Trabajador Social tenga --
una amplia visión de la realidad circundante.

Si el Trabajador Social se limitara a efectuar las funciones --
que se especifican en el informe mensual, sería muy pobre su participa---
ción como parte de un grupo multidisciplinario, por lo que el conjunto de

** Aportación del suscrito Trabajador Social al presente trabajo de siste-
matización.

Trabajadoras Sociales de la Unidad hospitalaria, han sumado a estas funciones, la promoción y la planeación designando sus actividades en cada una de estas funciones para realizarlas con una unificación de criterios.

Todas y cada una de las funciones descritas contemplan una serie de actividades para su realización, pudiendo aparecer dichas actividades en dos o más funciones.

Actividades.

En la Institución no existe una definición de actividad para aplicar en Trabajo Social, por lo que se considera prudente retomar la sugerida por Boris Alexis Lima en su libro de "Epistemología del Trabajo Social", la cual indica que la "Actividad en general, es un conjunto de actos en virtud de los cuales un sujeto activo-agente modifica una materia prima dada, no importa de cuál tipo; esta modificación trae consigo la creación de un producto, una partícula, un concepto, un sistema social".

Las actividades que la Institución ha establecido como propias del Trabajador Social para sus cuatro funciones que se enmarcan en el informe mensual son:

En la investigación las actividades a desarrollar son:

- "la revisión bibliográfica.
- Colaborar en las investigaciones de Salud que tengan relevancia en las condiciones sociales de la población atendida.
- Identificar factores y variables socio-culturales y económicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad.
- Investigar los factores ambientales, actitudes y valores que facilitan y dificultan el acceso a los Servicios de salud a nivel

comunal, grupal o individual".

A estas actividades se agrega por el Trabajador Social suscrito la del Registro de la información obtenida acerca de los casos y sus fuentes de origen.

Actividades de la coordinación:

- Establecer el enlace entre la población atendida, las autoridades de institucionales y el equipo de salud, a fin de lograr la ejecución de los planes y programas de salud.
- Derivar casos al personal adecuado.
- Integrarse en forma organizada al equipo de salud, cumpliendo el rol correspondiente a la profesión sin perder de vista el que desempeñan los demás miembros del grupo.
- Realizar acciones necesarias tendientes a resolver problemas sociales que interfieren la prevención, control y rehabilitación del paciente.

El manual de operación de Trabajo Social para Unidades del Primer nivel, ... indica que para la organización sólo debe considerar el -- Trabajador Social, las actividades de:

- Manejo del diario de campo y
- Revisión de expedientes clínicos.

El Trabajador Social de la Unidad Hospitalaria, realiza también las siguientes actividades para dicha función:

- Revisión de la libreta de enlace con los diferentes turnos del

Departamento, por los casos pendientes en algún Servicio.

- Formulación de notas de evolución de los casos pendientes.
- Elaboración de los informes mensuales.

Las funciones adyacentes por el Departamento de Trabajo Social: planeación y promoción, también tienen sus actividades específicas.

Para la planeación se consideran las siguientes:

- "Colaborar en la planeación de programas en el área de la salud I.S.S.T.E, como urgencias, ginecología, medicina preventiva, medicina interna, programas de multidetección etc., para lograr una adecuada administración de los recursos del Trabajador Social.
- Participación en la planeación de Servicios satisfactorios de necesidades prioritarias y emergentes (considerense epidemias - por ejemplo el cólera, el SIDA etc.).
- Planear y organizar programas de capacitación y adiestramiento del personal de Trabajo Social en su especificidad profesional y en la adquisición de conocimientos concernientes a su Servicio. Así como de estudiantes o pasantes del Servicio Social - en prácticas".

Actividades del Trabajador Social en la Promoción:

Se toman las consideradas por el Departamento o de Trabajo Social, las cuales son:

- Conocer las enfermedades más frecuentes que se atienden en la Unidad hospitalaria.

- Hacer un análisis reflexivo, con el paciente respecto a su padecimiento y las causas generadoras de este.
- Participar en la promoción de programas de salud.
- Fortalecer la Unidad Familiar, ya que ésta es medio de integración o desintegración de salud o de enfermedad.

1.3. Técnicas e Instrumentos aplicados.

Las técnicas e instrumentos comúnmente utilizados por el Trabajador Social en el I.S.S.S.T.E., fueron estipuladas por la Subdirección General Médica del Instituto y aparecen en el Manual de operación de Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel de Atención; pero como anteriormente se dijo, tiene su ámbito de aplicación en todas las Unidades de la Institución.

Las principales técnicas que se encuentran en el manual ya citado, son la entrevista y la observación.

La Entrevista.

La principal característica de la entrevista, es que proporciona acopio de testimonios orales y escritos que facilitan la realización de una investigación.

Se considera que la "entrevista se realizará ya sea cuando el derechohabiente lo solicite, cuando haya sido canalizado por algún integrante del equipo de salud o bien a criterio del propio Trabajador Social, teniendo como finalidad obtener información sobre los factores sociales que interfieren en la salud integral del derechohabiente." /24.

Para el desarrollo de la entrevista, el Trabajador Social debe tener en cuenta lo siguiente:

- Determinar la necesidad de la entrevista.
- Plantear la entrevista.
- Consultar los antecedentes del caso en el expediente clínico.
- Citar al interesado o familiar responsable.
- Identificarse ante el entrevistado.
- Dar a conocer el objetivo de la entrevista.
- Analizar con el entrevistado alternativas de acción respecto a la situación planteada.
- Elaborar un resumen diagnóstico y anotar en la hoja de evolución del expediente clínico.

Observación

La observación puede efectuarse en la Unidad Hospitalaria o --- efectuando una visita domiciliaria para conocer el medio ambiente y los factores familiares que interfieren en la salud del derechohabiente.

Por último como técnica utilizada se mencionan las Sesiones de Trabajo con el equipo de salud.

Las sesiones con el equipo de salud, tienen como finalidad participar en la organización y seguimiento de las actividades médico-sociales que se realizan en la Unidad. Es fundamental la integración del equipo de salud que coadyuve a una mejor atención al derechohabiente.

- INSTRUMENTOS.

En los instrumentos que utiliza el Trabajador Social en la Institución, encontramos al estudio social descrito en la metodología del modelo. Como instrumento debe de considerarse todo lo que antepone el profesional para la realización de sus funciones o actividades.

Existe una nota de Trabajo Social, la cual debe ser elaborada como resultado de la entrevista, tanto en la Unidad como en el domicilio y quedar registrada en la hoja de evolución del expediente clínico.

El contenido de la nota deberá tener relación con el objetivo de la entrevista y el problema de salud que presenta el derechohabiente y las alternativas de acción que consideren.

Diario de campo.

Es un instrumento en el cual se recopila la información o datos obtenidos al captar los hechos y fenómenos observados. Su objetivo es describir las actividades cronológicamente, obteniendo con ello un medio para la elaboración del informe mensual.

La Institución en su manual de operación de Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel, establece los siguientes puntos de contenido en el diario de campo:

-Fecha.

-Actividad.

-Resultados.

-Observaciones.

La crónica de Grupo con Patología Común.

"El objetivo de esta crónica, es permitir el registro cronológico del alcance de los objetivos grupales que sirvan como pauta a la evaluación"./25.

En dicha crónica debe manejarse el padecimiento, número de participantes, la fecha de iniciación, el número de sesiones, la periodicidad de las reuniones, el nombre del coordinador del grupo, existe un formato - específico. Los contenidos de esta crónica quedan al libre criterio del - Trabajador Social.

Las técnicas e instrumentos aplicados en el seguimiento de casos a pacientes con SIDA por el Trabajador Social, rebasan las consideradas institucionalmente.

En la entrevista el Trabajador Social debe hacer uso de los cinco sentidos para poder identificar los factores psicológicos intrínsecos - del paciente (depresión, sufrimiento, culpa, etc.) y los extrínsecos (laborales, económicos, familiares, etc.) desde la primera entrevista con el -- fin de establecer una corriente de empatía con el entrevistado.

La observación no debe utilizarse únicamente para conocer el medio ambiente y los factores familiares que interfieren en la salud del de-rechahabiente, sino también en el grado de avance en el tratamiento social

o en los periodos de crisis de la enfermedad.

Además de estas dos técnicas institucionales, el Trabajador Social, aplica técnicas vivenciales con las que propicia dinámicas que coadyuvan a los pacientes para superar sus crisis emocionales que de forma individual han ofrecido buenos resultados. Como ejemplo citaremos a la técnica de la "línea de la Vida", en donde se solicita al paciente recordar los más gratos momentos de su existencia. Para conocer la productividad emocional, se le proporciona al sujeto un cordón (cinco metros de largo), en donde el Trabajador Social le solicita que por cada momento agradable elabore un nudo. Se le da un tiempo aproximado de 30 minutos influyendo con plática acerca de su familia. Al final de la dinámica, el paciente que previamente ha presentado una importante depresión, ha manifestado un relajamiento y sensación de afectividad.

Los "mensajes nutricionales" son frases, pensamientos y poemas que tienen como objetivo situar al paciente en el aquí y el ahora, aceptar su enfermedad y prepararlo para su muerte.

Acercas de los instrumentos utilizados en la atención a pacientes con SIDA, el Trabajador Social durante su experiencia ha implementado otros que superan los establecidos institucionalmente.

Así se creó un archivo de pacientes con el padecimiento SIDA, cuya utilización permite al Trabajador Social una localización más fácil del paciente que deserta a tratamiento médico, de los que requieren atención inmediata con su subsecuente coordinación, de aquellos pacientes que fallecen fuera de la Unidad Hospitalaria, los que necesitan apoyo en trámites laborales o de la misma Institución hospitalaria, etc.

Este archivo también tiene la utilidad como auxiliar en la realización de estudios longitudinales, de la población afectada de la enfermedad SIDA, cabe mencionarse que en el año anterior se realizó y expuso - un estudio de este tipo en las "Jornadas Médicas del XIV Aniversario de - la Unidad Médica", por quien suscribe la presente sistematización, los datos del mismo se desarrollan en el punto subsecuente de la problemática - social del paciente con SIDA.

Otros instrumentos que se han utilizado son los estudios sociales pero con otras variantes: la historia social del paciente, el familio grama, el plan social y tratamiento.

CAPITULO II.- CONTEXTO SOCIAL DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL
DEL TRABAJADOR SOCIAL

El presente trabajo se desarrolla teniendo al inicio de la década de los años noventa. Este lapso de tiempo, también enmarca la caída de los sistemas gubernamentales socialistas, en su mayoría representados por la segunda potencia mundial: La Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS) y la reafirmación de la primera potencia capitalista: Los Estados Unidos de América (EUA), país que actualmente rige los destinos de la mayoría de los países del Tercer Mundo en sus políticas gubernamentales y desarrollo económico. Para tal fin dicha nación utiliza dos recursos de sobra conocidos: El bloqueo económico o la intervención armada, políticas llevadas a cabo en aquellos países que no se alinean a sus intereses.

México como vecino de los Estados Unidos en su frontera norte - no puede ser exceptuado de la crisis internacional existente; por lo que - la mayoría de las veces tiene que realizar convenios de forma ventajosa para el vecino país del norte, de tipo económico, político y de desarrollo social, lo que ocasiona crisis interna a nuestro país.

La crisis actual que enfrenta México, es derivada de su modelo de desarrollo interdependiente capitalista con EUA, Esto ha acentuado la problemática social en nuestra sociedad, no es raro encontrar en los diarios de mayor circulación, noticias referentes al narcotráfico, corrupción en la política o escasez de recursos en el sector público que ya es insuficiente para atender las demandas de la población en los aspectos básicos - de salud, vivienda, alimentación, servicios urbanos, etc. La respuesta -- del estado a tal problemática, son las políticas sociales un ejemplo claro de política social se encuentra en el campo de la salud, en donde a pesar-

de existir un esfuerzo de los profesionales del área en conjunto (Trabajadores Sociales, Médicos, Psicólogos, Enfermeras etc.), se sabe que no --- existe una adecuada relación entre la población y dichos profesionales, --- siendo factores relevantes la falta de recursos económicos y materiales, --- así como el crecimiento de la población que requiere de atención médica.

La crisis económica también influye en el deterioro de las condiciones materiales de la población en general, lo cual se ha traducido --- en problemas de salud, muchos de éstos alcanzaron cifras elevadas y tuvieron que ser objeto de estudio y seguimiento legal por el Estado, por presentar una problemática salud-enfermedad sin precedentes; tal es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyos mecanismos de --- transmisión (sexual, vía transfusión sanguínea, perinatal), provocó efectos negativos en la sociedad, en la productividad, tratamiento costoso y estigmatización de los portadores y pacientes y principalmente pérdida de vida entre muchos otros a corto y mediano plazo, factores que han hecho --- que el Estado intervenga ante lo que se considera como una Pandemia (enfermedad a nivel mundial), creando un organismo para su prevención, control y estudio denominado Consejo Nacional para la Prevención y control del --- SIDA, (CONASTIDA), asimismo las Instituciones de salud: públicas y mixtas integradas en un Sistema Nacional de Salud, han elaborado normas para la atención de pacientes con VIH/SIDA, y por último el Estado también se auxilia de las Instituciones privadas para que en su conjunto se difunda la --- prevención de la enfermedad como único medio de control posible.

La sociedad civil también participa en la prevención de la enfermedad y en poco tiempo se organizaron cuatro diferentes frentes:

a) El primero manifiesta la expresión ignominiosa de un fundamentalismo religioso y político destacando grupos como el Comité Nacional a Favor de la Vida (PROVIDA), la Unión Nacional de Padres de Familia y otros sectores "derechistas". A estos grupos "se les escapa que en México, la convivencia social no se norma por los principios de fe, sino por postulados resumidos en la Carta Magna de la República". /26.

Lo cierto es que la fe y no la ley es la que orienta el punto de vista de que la educación sexual debe limitarse a enfoques que lleven a la abstinencia sexual; al sexo sólo en matrimonio; a la reducción de las opciones sexuales; a la condena criminal de la homo y bisexualidad; al rechazo del condón, como barrera física de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y no sólo de SIDA; así como a la limitación de la sexualidad al acto animal de la reproducción de la especie eliminando el placer y la atracción de la pareja.

b) El segundo núcleo de interés organizativo de la sociedad civil, estuvo representado por la entonces subdirectora de CONASTIDA Doctora Gloria Ornelas. En esta perspectiva vieron su formación grupos como "Caridad y Amor", "Humanos del Mundo Contra el SIDA" y otros que pertenecían a los voluntariados adscritos al Sector Salud, los planteamientos de estos grupos fueron pretextos que en su momento justificaron un trabajo gubernamental con la sociedad y ante organismos internacionales que ofrecen financiamientos para ésta.

c) Un tercer momento lo representan formas organizativas un tanto diferentes.

De una parte "sociedades de abogados y barras de abogados que pretenden modificar el curso de la epidemia promoviendo leyes que penalicen a quien sabiéndose infectado, infecta a otro"./27

De otra parte, cientos sectores de la iniciativa empresarial, comienzan a hacer conciencia de necesidad de impartir en sus empresas cursos de prevención de la enfermedad, por ello han acudido a CONASIDA y a la Confederación de Organismos No Gubernamentales.

d) La última variante de acciones que sobresale en la sociedad civil, la representa la Confederación de Organismos No Gubernamentales, Mexicanos Contra el SIDA, AC., Los grupos que la integran son más de 20 en el Valle de México y ciudades como Guadalajara, Tijuana, Xalapa etc. Entre otros grupos la conforman: Fundación Mexicana contra el SIDA, Grupo de Investigación Social sobre SIDA y Derechos Humanos, Amigos Voluntarios Educadores a de México (AVE de México), Comité Humanitario y Científico, Círculo Cultural Gay, Colectivo Sol, Guerrilla Gay, etc. "La característica que los unifica es la falta de recursos y con todo ello un trabajo constante y sistemático, que en varios casos se remonta a 1983, con lo cual puede

afirmarse que esta vertiente sociocultural, fue la primera en interesarse y en actuar contra el SIDA en México"./28.

Ante la organización de la sociedad el Estado ha implementado políticas sociales que rigen el control de la enfermedad en nuestro país, dichas políticas aparecen explícitas en la Ley General de Salud, pero se desarrollan ampliamente en punto subsecuente.

2.1. Políticas de salud en México

Para adentrarnos en el siguiente tema, será necesario desarrollar el concepto de Política Social, existen varias definiciones al respecto, pero únicamente se citarán tres:

- a) "La política Social es un conjunto de decisiones que crea derechos y obligaciones en el seno de la sociedad involucrada y en el propio sector dominante"./29.
- b) "Conjunto de medidas destinadas a asegurar la satisfacción mínima de las necesidades vitales (alimento, vivienda, educación, salud, etc.)./30.
- c) "La política social es el conjunto de medidas puestas en funcionamiento para corregir los efectos perversos del sistema económico, sin que uno se interrogue seriamente su origen"./31.

28.- GALVAN Díaz Francisco "Notas en voz alta" págs. 10-12. En Topodrilo, No. 7. México, 1989.

29.- FERNANDEZ Arturo y Rosas Margarita, "Políticas Sociales y Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires. 1984. pág. 59.

30.- Op. Cit. pág. 62.

31.- Op. Cit. pág. 76.

Las definiciones anteriores concuerdan en que las políticas sociales son medidas para la satisfacción de las necesidades que aparecen -- "En una sociedad con respecto a su modo de producción" y a la problemática social subsecuente de las mismas, por lo que son tarea inmediata del Estado, para mantener el orden social existente, legitimar el poder por una parte de la sociedad, fundamentar la creación de Instituciones, etc.

Las políticas de salud implantadas por el Estado Mexicano para el sexenio presidencial 1988-1994, aparecen en el "Programa Nacional de Solidaridad" (PRONASOL), el cual es tomado como "instrumento que el Gobierno de la República ha creado para emprender una lucha frontal contra la pobreza extrema"./32.

El universo del PRONASOL, está conformado por los pueblos indígenas, los campesinos de escasos recursos y por los grupos populares urbanos que más resienten los problemas de las grandes aglomeraciones y se encuentran marginados de los beneficios de éstas. Para el cuidado de la salud en la población de escasos recursos propone dicho programa como tareas inmediatas, la rehabilitación de los centros de salud, procurando el suministro permanente del cuadro básico de medicinas. Por otro lado promueve la participación de la comunidad en la administración de los Servicios de Salud, para lograr mayor eficiencia en la atención y una mejor integración de los médicos a la comunidad.

El PRONASOL define a la salud como: "La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para un sustento y desarrollo."/33.

La definición anterior es la elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y presenta las contradicciones de considerar a la salud como un estado permanente, estático y completo, si anteriormente se estableció que la relación salud-enfermedad es un proceso dinámico que muchas veces tiende a la enfermedad; la realidad mexicana en cuanto a salud se aleja mucho de la definición propuesta por la OMS y por ende del PRONASOL. Otro punto que se debe clarificar, es la conceptualización de bienestar, ya que existen grandes diferencias entre las clases que conforman la sociedad mexicana y que su bienestar está estrechamente relacionado con factores económicos y la crisis económica del país limita el poder adquisitivo de la clase media y baja para la satisfacción óptima de sus necesidades.

Como objetivo del PRONASOL destaca "La protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces y equitativas y humanitarias, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social".

Las políticas que sigue para regir las acciones del sector son: mejorar la calidad del Servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los Servicios de salud. Cada una de estas políticas es desarrollada con el objeto de comprender la realidad de su procedimiento, en el universo -- trabajado.

a) Elevación de la Calidad de los Servicios de Salud.

Esta política señala que "la calidad en la prestación de los -- Servicios Médicos, será motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso que va desde la búsqueda de asistencia médica hasta la solu-- ción del problema motivo de consulta".

Para elevar la calidad en los Servicios Médicos, el Gobierno -- propuso como tarea inmediata la ampliación de la cobertura y el acceso a las instalaciones médicas de los sujetos sociales más desprotegidos.

Las acciones a realizar en esta política, buscan aumentar la -- productividad mediante la ampliación de turnos y actitudes del personal. Pero de ninguna manera contempla la ampliación de las plantillas en el per-- sonal ni un aumento sustancial en el sueldo de los profesionales de la sa-- lud. Y por sí esto fuera poco, también se traduce en una sobrecarga labo-- ral al trabajador, disminución de su tiempo para la realización de otras actividades incluidas su interacción familiar.

b) Atender las desigualdades Sociales.

El PRONASOL como ya se mencionó concede prioridad especial a la atención de las zonas marginadas urbanas y rurales, sobresaliendo la aten-- ción primaria a la salud.

Esta política reconoce que en nuestro país existe la extrema po-- breza y manifiesta que es "de fundamental importancia vincular los esfuer-- zos de salud y asistencia a los medios más desprotegidos con las acciones integrales en materia de alimentación, vivienda y saneamiento ambiental"/34.

Vale la pena aclarar que de los niveles de atención en la salud, el primario se dedica a la prevención y detección de enfermedades, para lo cual se generan algunas formas de auto-atención, previo conocimiento de los valores y costumbres cotidianas en la población. Así encontramos brigadas sanitarias en zonas desprotegidas transmitiendo conocimientos sobre alimentación, higiene, salud y al mismo tiempo proporcionando Servicios Preventivos en higiene bucal, consultas médicas gratis; lo contradictorio de estas acciones es que parecen ser ejecutadas en los lugares menos adecuados. Lo anterior se hace notar, pues es incompatible solicitar a la gente cuyas entradas económicas apenas les permiten sobrevivir, mal comer y mal vestir, que se alimenten de forma balanceada, que visite a su médico cada seis meses o que tire su basura en el camión recolector cuando este servicio es inexistente en estas zonas.

c) Modernizar el Sistema de Salud.

La modernización de la salud en el PRONASOL está dirigida a mejorar la atención de los problemas de la misma, la tarea inmediata del Estado para tal fin "Es fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y nutricional, así como el acopio y análisis de material estadístico a nivel nacional, estatal y local"./35.

La modernización no puede separarse de la promoción, prevención y la protección a la salud, actividades consideradas como base de una cultura de prevención y autocuidado individual, familiar y colectiva, esto a su vez se efectuará a través de la educación para la salud, que es parte complementaria de la investigación biomédica.

- d) *Descentralizar y mejorar la Coordinación de los Servicios de Salud.*

La política de descentralización de los Servicios de Salud, busca fortalecer los sistemas locales, aumentando su capacidad de gestión y de toma de decisiones.

"El Sistema Nacional de Salud será quien establezca los mecanismos de planeación y coordinación con el fin de evitar duplicidades y desperdicio de recursos. Todo lo anterior también está relacionado al mejoramiento de las instalaciones y el apoyo logístico que se requiere para elevar la calidad de atención en las Unidades Médicas".

La realidad en el I.S.S.T.E. como Institución, está muy lejana de operar la descentralización, puesto que en la Capital del País, los hospitales de Tercer Nivel, son los que cuentan con la mejor infraestructura en la República. Las limitaciones de las Unidades del interior de la República, las obligan a derivar a sus pacientes al Distrito Federal para completar su tratamiento que iniciaron de forma local.

A menos de un año de concluir el PRONASOL, si bien es cierto que se han aumentado los Servicios Públicos en comunidades cuya característica principal además de ser asentamientos irregulares, era la de estar socialmente "desprotegidos". En la zona suburbana a la capital también es cierto que la política principal de "SOLIDARIDAD", era que los "beneficiados" tenían que colaborar con la mitad del costo total del servicio requerido; pero en muchos casos la comunidad tuvo que cooperar hasta tres veces para recibir el beneficio. Así encontramos que se habló de "Hospital Digno", "Escuela Digna", etc.

Si se analizara a fondo el Programa de Solidaridad, encontraríamos entre otras cosas, que las comunidades beneficiadas, pagaron el total del beneficio recibido, ya que debemos recordar que el Estado y Gobierno subsisten gracias al cobro de impuestos y que en teoría estos impuestos debían beneficiar a la sociedad en el mejoramiento de su forma de vida.

Por otro lado el estallamiento social en el Estado de Chiapas - 10. de enero de 1994, por las comunidades indígenas en busca de satisfacer sus necesidades prioritarias (alimentación, educación, salud, etc.), aparece como contraparte indicadora de que el PRONASOL no fue entendido correctamente por quienes en su momento manejaron los ingresos destinados al mejoramiento de las comunidades ya mencionadas y sólo se limitaron a salvaguardar una añeja oligarquía para beneplácito del sistema, proporcionando cifras estadísticas que justificaran su estancia en la dirección de dicho programa, esto tal vez sirva de lección a futuros políticos que deberán -- pensar seriamente que las cifras estadísticas se pueden manipular; pero no así el ocultar la realidad social emergente.

2.2. Políticas Institucionales de Salud en el I.S.S.S.T.E.

Para tener una visión clara de las políticas de salud - en el I.S.S.S.T.E., será necesario partir de la conceptualización que hace el mismo Estado a la Institución, así se considera que "El I.S.S.S.T.E.", es un organismo público y descentralizado con personalidad y patrimonio -- propio, creado como instrumento para realizar y ejecutar programas de seguridad social, en beneficio de los Trabajadores del Estado, pensionistas y familiares beneficiarios de ambos"./37.

El funcionamiento de la Institución se rige por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, - expedida por el Ex-presidente de la República Lic. Adolfo López Mateos, el

28 de Diciembre de 1959 y entrando en vigor el 1o. de enero de 1960.

Las políticas institucionales del I.S.S.T.E. como parte del Sector Salud son:

- a) Impulsar acciones encaminadas a la educación para la salud, como parte de los Servicios que otorga la Institución, a -- fin de influir en la incidencia de los padecimientos de su población.
- b) Proporcionar en forma abierta, educación para la salud, como parte de los Servicios, ampliando la cobertura institucional con el fin de lograr un mayor impacto en la población.

Estas políticas tomadas de la Ley General del Instituto, tienen dos vertientes, el primero se rige en exclusivo para los llamados derechohabientes, considerando entre el universo de trabajo, a los Trabajadores - al Servicio del Estado, pensionistas y familiares beneficiarios de ambos, quienes tendrán derecho a todas las prestaciones que marca la ley.

La Segunda está dirigida a la población abierta, es decir aquellas personas que no tienen nexos con la Institución como derechohabiente, los Servicios que les brinda el Instituto, son contemplados en programas - nacionales permanentes como: Detección del Cáncer Cérvico-uterino, de senos, de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes e hipertensión y de planificación familiar, así como las campañas nacionales de va-

cunación.

Los Servicios especializados únicamente se proporcionan con la predisposición del solicitante a pagar el costo de los mismos, los que - desafortunadamente se encuentran fuera del alcance de la gente que percibe un salario mínimo.

El Trabajador Social también desempeña dos papeles en la Institución: el primero relacionado con la política Institucional de impulsar acciones encaminadas a la educación para la salud, como un educador que busca la transformación de actitudes negativas que inciden en los padecimientos de la población y el segundo como un "filtrador y detector" de los sujetos no derechohabientes a quienes debe derivar a otras Instituciones del Sector Salud para su atención.

Las políticas de salud establecidas para evitar el contagio y transmisión del SIDA han sido elaboradas por el Sistema Nacional de Salud, entre éstas destacan:

La creación del Consejo Nacional para la Prevención del SIDA - (CONASIDA), el cual es un organismo que está encargado de evaluar la situación nacional concerniente al SIDA y a la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, así como establecer criterios de diagnóstico, tratamiento, prevención y control.

Las Reformas efectuadas a la Ley General de Salud y que aparecen en el Diario Oficial de la Federación el día 27 de mayo de 1987, en los artículos 134 (para la vigilancia epidemiológica del SIDA) y 136 (notificación obligatoria de los casos de personas infectadas con VIH).

Artículo 332.- El cual establece que la sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio.

En cuanto a la donación de tejidos y órganos humanos, también se emitieron reformas y principalmente el artículo 43 de la Ley de Disposición de Órganos y Tejidos, el día 26 de noviembre de 1987, aparecen en el Diario Oficial de la Federación aduciendo "que es de vital importancia reducir el riesgo de contraer enfermedades transmisibles de alta peligrosidad y de contar con mejores mecanismos de control sobre las personas que proporcionan su sangre".

Dado lo anterior se incorpora por Decreto la obligatoriedad de que se realicen las pruebas para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como de sus anticuerpos a todo candidato de donación.

Para referendar lo anterior el día 14 de noviembre de 1988, aparece en el Diario Oficial la Norma Técnica número 323 para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos. Esta norma tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, en relación con la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos, con excepción de la sangre y sus componentes.

V finalmente el 17 de noviembre de 1988 aparece en el Diario Oficial la Norma Técnica número 324 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

El artículo 10. establece que "las disposiciones de esta norma-

técnica son de orden público e interés social y tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en virtud de que constituye por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública".

El Artículo 3o. menciona que la infección por VIH, es causada por los retrovirus VIH-1 y VIH-2 y se transmite de la manera siguiente:

- I.- Por contacto sexual,
- II.- A través de la sangre y sus componentes,
- III.- Por el uso de agujas contaminadas,
- IV.- Durante el período perinatal y,
- V.- Por trasplante de órganos y tejidos.

En el Artículo 5o, nos habla sobre "los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH" y los divide en dos grupos:

Grupo A.- Personas con prácticas de alto riesgo:

- I.- Homosexuales masculinos con varios compañeros sexuales,
- II.- Bisexuales masculinos con varios compañeros sexuales,
- III.- Heterosexuales con varios compañeros sexuales y,
- IV.- Farmacodependientes que usan la vía endovenosa.

Grupo B.- De alto riesgo:

- I.- Hemofílicos,
- II.- Politransfundidos a partir de 1980,
- III.- Compañeros sexuales de los individuos pertenecientes a --

cualquiera de los grupos que se refiere el inciso A y las fracciones I y II del inciso B de este artículo y;

- IV.- Hijos nacidos a partir del año 1980, de individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que se refiere este artículo".

El Artículo 60. indica que la infección por VIH presenta las variedades clínicas siguientes:

- I.- Infección aguda,
- II.- Infección asintomática,
- III.- Linfadenopatía generalizada persistente y,
- IV.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En el capítulo II de la norma 324 aparecen explícitas las medidas de prevención, encontramos que el Artículo 80. establece que la prevención de la infección por VIH se debe realizar tanto en la comunidad como en los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección y entre el personal de salud.

Artículo 90. habla sobre las medidas fundamentales que debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en los grupos con probabilidades de adquirirla son los siguientes:

- I.- Información respecto a los mecanismos de transmisión u formas de prevención de la infección por VIH,
- II.- Información respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH,

III.- Información a los acupunturistas, aplicadores de inyecciones, trabajadores de peluquerías, salones de belleza y pedicuristas, tatuajistas y similares sobre la necesidad de esterilizar los instrumentos punzo-cortantes que utilicen".

El Artículo 10o. establece que las medidas fundamentales que debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en los grupos con probabilidades de adquirirla, son las siguientes:

I.- Informar sobre la conveniencia de:

- Evitar las relaciones sexuales con múltiples compañeros,
- Usar preservativo (condón);
- Evitar la donación de sangre, órganos y tejidos,
- Evitar el embarazo y,
- Practicarse pruebas de detección de anticuerpos para VIH.

II.- Informar sobre la sintomatología de la infección por VIH y en su caso, sobre la importancia de solicitar inmediatamente atención médica".

El Artículo 11o. indica las medidas fundamentales que se deben adoptar para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal de salud que tenga contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos y cadáveres humanos, así como con los sujetos infectados. Entre las más importantes se consideran las siguientes:

- Lavado de manos antes y después de maniobrar al paciente.
- No introducir la aguja en el protector después de utilizarla, sino depositarla en un recipiente rígido.

- Uso de cubrebocas, guantes, botas, mandil y en su caso, gafas protectoras dependiendo de la actividad personal.
- Identificación de equipo material y ropa probablemente contaminadas para ser desinfectadas, esterilizadas o destruidas según el caso,
- Identificación de líquidos corporales, excretas, tejidos y cadáveres potencialmente infectados.
- Limpieza con hipoclorito de sodio al 0.5% o con otros desinfectantes de las superficies potencialmente contaminadas.
- Uso de tarjetas en pacientes hospitalizados con infección por VIH en la que se señala: "precauciones para sangre y líquidos corporales".

-Incineración de tejidos provenientes de personas infectadas o probablemente infectadas por VIH y del material quirúrgico desechable que se emplee en su estudio y tratamiento."

El Artículo 13 indica que deben ser excluidos como disponentes: originarios a los individuos de los grupos con mayor riesgo o probabilidad de adquirir la infección por VIH.

Las medidas de control de la infección por VIH se establecen en los Artículos subsecuentes entre los más importantes destacan:

Artículo 14.- El control del paciente con VIH en sus diferentes variedades clínicas, comprende las actividades siguientes:

- I.- Detección y diagnóstico.
- II.- Manejo y Tratamiento.
- III.- Notificación e,

IV.- Investigación y manejo de los contactos "

Artículo 15.- "La Detección y el Diagnóstico del paciente con infección por VIH en sus diferentes variedades clínicas se llevan a cabo con los datos siguientes:

I.- Antecedentes de pertenecer a algunos de los grupos que señala el Art. 5o. de esta norma técnica.

II.- Cuadros clínicos,

A) Infección aguda, puede incluir los siguientes padecimientos como fiebre, adenopatía, exantema, odinofagia, meningismo - de dos a seis semanas de duración que se presentan de dos a ocho semanas después de la exposición al VIH, y en la que se documenta seroconversión,

B) Infección asintomática, el portador no presenta ningún síntoma que esté relacionado con el VIH.

C) Linfadenopatía Generalizada Persistente:

Adenomegalia en dos o más regiones excluyendo las inguinales con ganglios mayores de un centímetro y duración mayor de 3 meses.

D) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

1.- Síndrome de desgaste (fiebre, diarrea, pérdida de peso de más de un mes de duración).

2.- Infección oportunista o neoplasia que indique inmunodeficiencia celular, en ausencia de alguna otra circunstancia que la explique o,

3.- Encefalitis, mielopatía o neuropatía periférica.

III.- Estudios de laboratorio.

a) Prueba de Tamizaje.

-Presencia de anticuerpos por antígeno de inmunodeficiencia humana en el suero mostrado por los siguientes procedimientos:

-Ensayo Inmunoenzimático (ELISA),

Hemaglutinación pasiva y,

-Otras técnicas.

b) Pruebas confirmatorias.

-Presencia de anticuerpos anti VIH en el suero demostrados por los procedimientos siguientes:

-Inmuno-electrotransferencia (prueba de Western Blot),

-Inmunofluorescencia y,

-Radioinmunoprecipitación.

Artículo 160. El manejo del paciente con infección de VIH, se debe efectuar en sujetos infectados comprobados, por personal capacitado y de la siguiente manera:

I.- Informándole sobre el diagnóstico de su infección por VIH y de la variedad clínica de los mecanismos de transmisión, las formas de prevención y la evolución clínica, lo cual deberá hacerse de manera confidencial y directa, excepto en casos de incapacidad física o legal, en cuyo caso se informará al familiar más cercano.

II.- Educándolo para que realice las acciones siguientes:

A.- Informar de su infección a compañeros sexuales, médicos y dentistas.

- B.- Evitar múltiples compañeros sexuales.
- C.- Usar preservativo (condón),
- D.- No donar sangre, órganos y tejidos,
- E.- Evitar el embarazo y la lactancia,
- F.- No compartir agujas utensilios punzocortantes de su uso personal y,
- G.- Solicitar atención médica inmediata en caso de sintomatología.

III.- Proporcionándole tanto a El como a sus familiares y convivientes, apoyo psicológico que les permitan entender y aceptar la gravedad, letalidad y contagiosidad del padecimiento.

Sin lugar a dudas esta norma técnica es la más importante para la prevención, manejo y control del VIH/SIDA que el Estado ha implementado con el fin de evitar la propagación de la enfermedad, su análisis nos hace encontrar ciertos rasgos utópicos como en el Artículo 13, donde se excluyen de la donación de órganos y tejidos a los individuos de los grupos con mayor probabilidad de adquirir el VIH, vale la pena comentar que en el momento de la donación de sangre, no se preguntan sus antecedentes sexuales y sólo a través de la prueba de ELISA se detecta a la gente sero positiva asintomática.

La investigación y manejo de contactos que debe tener la Secretaría de Salud, una vez que ha sido notificado un caso, también deja mucho que desear; pues por experiencia en entrevistas con el personal del control epidemiológico, se ha detectado que su seguimiento a veces inicia -- cuando el paciente ya tiene meses de fallecido o se encuentra en la etapa terminal. El conocimiento de esta norma para el Trabajador Social, es --

muy importante, ya que le permite ofrecer orientaciones sobre las normas legalmente establecidas para el manejo de las personas infectadas de VIH o enfermas de SIDA. Asimismo puede fundamentarse el Tratamiento Social de estas personas por el Profesional de Trabajo Social, ya que se habla de un tratamiento en sus esferas: biológica, psicológica y Social.

2.2.1. Diagnóstico Situacional de los Pacientes con SIDA del -- I-S-S-T.E., en la Zona Oriente de la Ciudad de México.

La realización del estudio longitudinal presente, comprende un periodo de tres años a partir del 10. de junio de 1990 y al 10. de octubre de 1993. El universo de trabajo son los pacientes internados en el área de Medicina Interna, sección de infectología, del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dicha Unidad hospitalaria, se encuentra ubicada en la zona oriente de la Ciudad de México, por zonificación interna, le corresponde atender en el Estado de México a colonias de Ciudad Netzahualcoyotl, Los Reyes La Paz, Valle de Chalco y Texcoco. En el Distrito Federal, atiende colonias de las delegaciones políticas de: Iztapalapa, Venustiano Carranza, Iztacalco y Gustavo A. Madero.

El contexto social de esta zona, es muy dinámico ya que se ha tenido la oportunidad de observar diversidad poblacional, relacionada a los movimientos de inmigración campesinos a esta capital, cinturones de miseria, problemas de vivienda, carencia y/o deficiencia de los servicios públicos, escolaridad básica y problemas de salud. Asimismo se presentan diversas problemáticas sociales como: alto índice de delincuencia, drogadicción, subempleo, alcoholismo, mendicidad y prostitución.

Cabe mencionar que tanto el diagnóstico situacional, como su análisis son obra de quien suscribe.

Durante el primer período comprendido del 1o. de junio de 1990 al 1o. de julio de 1991, se realizó una comparación de los datos registrados en el diario de campo del Trabajador Social, y los datos del Departamento de Bioestadística del hospital, se encontró que dicho departamento documentaba un total de 20 casos, con una mortalidad de 7. Los registros de quien suscribe, daban un total de 26 casos atendidos con una mortalidad de 11. De los casos anteriores se participó en el estudio social de 16 casos, los cuales significaron el 61.1% de la totalidad. Dado lo anterior se prefirió confiar únicamente en el diario de campo de Trabajo Social, para los años subsecuentes.

Los indicadores sociales tomados para su estudio son: tipo de derechohabiente, edad, escolaridad, ocupación y dependencia gubernamental y sólo se consideró a los pacientes hospitalizados en el 8o. piso de Medicina Interna, sección de infectología.

Los cuadros siguientes nos dan una idea clara de la morbilidad-mortalidad de los pacientes con SIDA en tres años.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA
SUBDELEGACION MEDICA ZONA ORIENTE
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
* TRABAJO SOCIAL *

CUADRO No. 1.

* MORBI - MORTALIDAD 1o.-06-90 al 1o.-07-91 *

MORBILIDAD	MORTALIDAD	TOTAL CASOS
26	11	26

Investigación realizada por el autor.

CUADRO No. 2.

MORBILIDAD POR SEXO DE PACIENTES CON VIH+ DEL
1o. DE AGOSTO DE 1991 AL 1o. DE OCTUBRE 1992.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	55	85%
MUJERES	10	15%
TOTAL	65	100%

Investigación realizada por el autor.

CUADRO No. 3.

MORTALIDAD POR SEXO DE PACIENTES VIH+ DEL
1o. DE AGOSTO DE 1991 AL 1o. DE OCTUBRE DE 1992.

SEXO	FRECUENCIA	%
HOMBRES	28	82
MUJERES	6	18
TOTAL	34	100

Investigación realizada por el autor.

CUADRO No. 4.

MORBILIDAD POR SEXO DE PACIENTES CON VIH + VIVOS DEL
10. DE JUNIO DE 1990 AL 10. DE OCTUBRE DE 1993.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	31	31
MUJERES	8	8
TOTAL	100	100

Investigación realizada por el autor.

CUADRO No. 5

MORTALIDAD POR SEXO DE PACIENTES CON VIH + DEL
10. DE JUNIO DE 1990 AL 10. DE OCTUBRE DE 1993.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	51	51
MUJERES	10	10
TOTAL	100	100

Investigación realizada por el autor.

En el primer año, según el cuadro número 1, el 100% de los casos en hospitalización, fueron 26 el incremento que se refleja en los cuadros números 2 y 3 de la morbi-mortalidad hasta el 10. de octubre de 1992, nos indican que hubo un incremento a 65 casos, porcentualmente dicho incremento significó un crecimiento de un 250% de los casos atendidos en hospitalización, cuya comparación con la morbi-mortalidad del último año (hasta el 10. de octubre de 1993) nos indica que existían 100 casos cuyo porcentaje de crecimiento significó un nuevo porcentaje de 155.5% del número de casos de personas atendidas en hospitalización.

El crecimiento de la población atendida por SIDA, hizo necesario efectuar la distribución por sexo de la morbi-mortalidad, puede apreciarse en los cuadros 4 y 5 que hasta el 10. de octubre se encontraban con vida 31 personas del sexo masculino y 8 del sexo femenino y que la mortalidad era de 51 personas del sexo masculino y 10 del femenino, apreciando con estos resultados que el sexo masculino es el más afectado por el SIDA en la zona oriente que atiende el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ya que significa que han sido un 82% el total de sujetos afectados por el SIDA del sexo masculino.

Por último la relación de los casos atendidos por este diagnóstico, nos indica que por cada 4.5 hombres existe un caso de mujer.

La siguiente variable es la distribución de casos por grupos de edad.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDELEGACION MEDICA ZONA ORIENTE
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

* TRABAJO SOCIAL *

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN SEXO Y EDAD. 1o. JUNIO 1990-1o. JULIO 1991.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	H O M B R E S		M U J E R E S	
DE 20 a 24 AÑOS	1	6.25	1	6.2	0	0
DE 25 A 29 AÑOS	6	37.5	4	25	2	12.5
DE 30 a 34 AÑOS	6	37.5	2	12.5	4	25
DE 35 a 39 AÑOS	0	0	0	0	0	0
DE 40 A 44 AÑOS	1	6.25	1	6.2	0	0
DE 45 A 49 AÑOS	0	0	0	0	0	0
DE 50 A 54 AÑOS	2	12.5	2	12.5	0	0
T O T A L:	16	100%	10	62%	6	38%

Investigación realizada por el autor.

CUADRO No. 7

PACIENTES CON VIH+ POR GRUPOS DE EDADES DEL 1o. AGOSTO 91-1o. OCTUBRE 92.

GRUPOS DE EDADES	FRECUENCIA	%
16 - 20	2	3
21 - 25	3	4
26 - 30	17	27
31 - 35	13	20
36 - 40	4	6
41 - 45	12	18
46 - 50	8	12
51 - 55	3	5
56 - 60	1	2
61 - 65	2	3
T O T A L:	65	100

Investigación realizada por el autor.

CUADRO No. 8

GRUPO DE EDAD DE LOS PACIENTES VIH + DEL 1o. JUNIO 90-1o. OCTUBRE 93.

GRUPO DE EDADES	FRECUENCIA	%
16 - 20	3	3
21 - 25	8	8
26 - 30	26	26
31 - 35	22	22
36 - 40	11	11
41 - 45	14	14
46 - 50	8	8
51 - 55	3	3
56 - 60	3	3
61 - 65	2	2
T O T A L :	100	100

Investigación realizada por el autor.

La distribución de los casos de pacientes con STDA, estudiados según los grupos de edad en los cuadros 6, 7 y 8, muestran claramente que la población afectada por el SIDA son adultos jóvenes (18 a 39 años) y --- adultos en plena madurez (40 a 55 años), gente económicamente activa, trabajadora de diversas dependencias de gobierno cuya antigüedad laboral y -- edad, fueron en la mayoría de los casos insuficientes para pensionar por - enfermedad al paciente afectado.

Al irse incrementando las crisis de su enfermedad, los pacientes en fase final, presentaron en su totalidad problemas económicos, los cuales se relacionaron directamente con el exceso de incapacidades o licencias médicas.

También se puede apreciar que para el segundo año del presente - estudio, se amplían los intervalos de edad en los sentidos de menor y ma-- yor edad, permaneciendo hasta el tercer año de igual forma incluyendo ado-- lescentes y personas de la tercera edad (socialmente hablando).

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDELEGACION MEDICA ZONA ORIENTE
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

* TRABAJO SOCIAL *

NIVEL DE ESCOLARIDAD

1o. DE JUNIO DE 1990 AL 1o. DE JULIO DE 1991.

CUADRO No. 9

ESCOLARIDAD	FRECUEN CIA	%
LICENCIATURA	4	25
NIVEL MEDIO	1	6
SECUNDARIA	4	25
PRIMARIA	6	38
ANALFABETA	1	6
T O T A L :	16	100

Investigación realizada por el autor.

CUADRO No. 10

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES VIH + DEL 1o. AGOSTO 1991 AL 1o. OCTUBRE 1992.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ANALFABETOS	3	5
PRIMARIA	25	38
SECUNDARIA	17	26
MEDIO SUPERIOR	11	17
PROFESIONAL	8	12
POSGRADO	1	2
T O T A L :	65	100

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES VIH+ DEL 1o. JUNIO 1990 AL 1o. OCTUBRE DE 1993.

CUADRO No. 11

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ANALFABETA	3	3
PRIMARIA	27	27
SECUNDARIA	24	24
MEDIA SUPERIOR	17	17
SUPERIOR	26	26
MAESTRIA	3	3
T O T A L	100	100

Investigación realizada por el autor.

El nivel escolar para el primer año del presente estudio, bienpudo haber hecho válida la hipótesis de que la población con nivel escolar alto, era la menos afectada, por estar debidamente informada sobre el SIDA. Los años subsecuentes se encargaron de demostrar lo contrario, ya que para el segundo año de los 65 casos atendidos en hospitalización, 20 habían presentado escolaridad alta, su representación porcentual, era del 32.1%. En el último año según el cuadro número 11, ya se habían acumulado un total de 46 casos con escolaridad alta (media y superior), representado un 46% de 100 casos.

Los datos anteriores vienen a demostrar que la desinformación y el desinterés sobre el SIDA, existe entre la población atendida y que el nivel escolar no significa que las personas con alta instrucción académica sean las que más informadas estén sobre esta enfermedad.

El Trabajador Social que suscribe, enfoca actividades educativas (cursos, pláticas) a la promoción y prevención de los mecanismos de transmisión del SIDA, entre la población derechohabiente con el fin de -- que los sujetos tomen sus medidas precautorias contra el contagio de la enfermedad atendiendo personas con nivel escolar homogéneo y heterogéneo.

I. S. S. S. T. E.
 SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA
 SUBDELEGACIÓN MÉDICA ZONA ORIENTE
 HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA "

§ TRABAJO SOCIAL *

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR DEPENDENCIA DE AFILIACIÓN
 1o. DE JUNIO DE 1990 AL 1o. DE JULIO DE 1991.

CUADRO No. 12

DEPENDENCIA DE AFILIACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
D. D. F.	6	37.5
S. A. R. H.	2	12.5
S E P O M E X	2	12.5
U. A. CH.	1	6.25
C. DE. B.	1	6.25
I. N. E. A.	1	6.25
S. T. V. P.	1	6.25
S. H. Y. C. P.	1	6.25
N. D. H.	1	6.25
T O T A L :	16	100

Investigación realizada por el autor.

PACIENTES CON VIH+ POR DEPENDENCIA DEL 10. DE AGOSTO 1991 AL 10. OCTUBRE 92.

CUADRO No. 13

DEPENDENCIA	FRECUENCIA	%
D. D. .F.	23	35
S. E. P.	11	17
S. S.	2	3
S. H. C. P.	3	4
U. N. A. M.	2	3
S. P. O. M. E. X.	1	2
S. E. M. I. N.	2	3
U. N. C. H.	2	3
RUTA 100	1	2
D. I. F.	1	2
I. N. S. E. M.	1	2
S. T. V. P. S.	1	2
C. B.	1	2
CONTRALORIA	1	2
PENSIONADOS	3	4
N. D. H.	4	6
ESPOSAS	4	6
HIJOS	2	3
T O T A L	65	100

Investigación realizada por el autor.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR DEPENDENCIA DEL
1o. DE JUNIO DE 1990 AL 1o. OCTUBRE DE 1993.

Cuadro No. 14

DEPENDENCIA	FRECUENCIA	%
D. D. F.	32	32.
S. E. P.	29	29.
S. S.	5	5.
S E P O M E X	5	5.
RUTA 100	4	4.
U. N. A. M.	3	3.
S. H. C. P.	3	3.
U. A. CH.	2	2.
S. A. R. H.	2	2.
I. S. S. S. T. E.	2	2.
D. I. F.	1	1.
S. T. Y P. S.	1	1.
I. N. S. E. N.	1	1.
S. G.	1	1.
CAMARA DE DIPUTADOS	1	1.
CONT. DE LA FED.	1	1.
C. B.	1	1.
NO DERECHAHABIENTES	4	4.
T O T A L	100	100%

Investigación realizada por el autor.

La variable de las dependencias gubernamentales, muestra la afiliación de los 100 casos atendidos en los tres años, según los cuadros 12, 13, y 14 invariablemente aparece el Departamento del Distrito Federal con el mayor número de casos y para el segundo año, una dependencia que no figuraba en el período del 1o. de junio de 1990 al 1o. de julio de 1991, aparece en el segundo lugar, esta dependencia es la Secretaría de Educación Pública (SEP), la cual para el tercer año incrementa su número de casos - quedando con una mínima diferencia de 3 casos en segundo lugar, en el período de octubre de 1992 a octubre de 1993.

Vale la pena comentar que los casos atendidos en el Departamento del Distrito Federal, presentan una población con actividades heterogéneas, así se han documentado casos del personal de Limpia y transportes, parques y jardines, Secretaría de Protección y Vialidad, Policía Judicial, agentes del Ministerio Público y Jefes de Departamento.

En tanto que en la SEP, la actividad predominante de los casos fue de profesores de los niveles de primaria y secundaria, principalmente.

Por otro lado es necesario señalar que de los 7 casos documentados en los tres años del presente estudio en el área de la salud (ISSSTE y Secretaría de Salud), no fueron relacionados como consecuencia directa del manejo del paciente con SIDA (accidente de Trabajo o enfermedad profesional), sino por contacto sexual, así referido por los pacientes en entrevistas directas.

I. S. S. S. T. E.
 SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
 SUBDELEGACION MEDICA ZONA ORIENTE
 HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 * TRABAJO SOCIAL *

CUADRO No. 15

PACIENTES POR TIPO DE DERECHOHABIENTE
 DE JUNIO DE 1990 A JULIO DE 1991.

TIPO DE DERECHOHABIENTE	FRECUEN- CIA	%
TRABAJADOR	13	81.2
ESPOSA	1	6.2
N. D. H.	1	6.2
HIJO/TRABAJADOR	1	6.2
T O T A L :	16	100

Investigación realizada por el autor.

I. S. S. S. T. E.
 SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
 SUBDELEGACION MEDICA ZONA ORIENTE
 HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

* TRABAJO SOCIAL *

CUADRO N^o. 16

DISTRIBUCION POR TIPO DE DERECHAHABIENTES DEL
 1^o. DE JUNIO DE 1990 AL 1^o. DE OCTUBRE DE 1993.

DERECHAHABIENTES	FRECUENCIA	%
TRABAJADORES	81	81.
ESPOSA (0)	6	6.
HIJOS	4	4.
PENSIONISTAS	4	4.
PADRE TRABAJADOR	1	1.
N ^o DERECHAHABIENTE	4	4.
TOTAL	100	100%

Los cuadros 15 y 16, hacen referencia al tipo de derechohabiente atendido por SIDA en hospitalización en el primer y tercer año del estudio longitudinal. En dichos cuadros se observa que los trabajadores son los afiliados más afectados por el SIDA, esto repercute directamente en las crisis económicas del sistema familiar, ya que se trata de los principales abastecedores económicos en el hogar.

Los casos documentados en esposas (6) se relacionan con la muerte de ambas figuras paternas e indican orfandad total de los hijos que -- son menores de edad, los cuales en ocasiones son integrados a otros sistemas familiares directos.

El aumento de los casos de SIDA en la zona oriente que atiende el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ha repercutido en su atención hospitalaria, ya que los espacios destinados al internamiento de dichos pacientes en el período de este estudio, han resultado insuficientes pues sólo se cuenta con tres cubículos de aislamiento de dos camas cada uno y 15 camas destinadas a la sección de infectología (especialidad que atiende a los pacientes de SIDA) que son ocupadas por pacientes con otros padecimientos como cólera, tuberculosis, etc.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDELEGACION MEDICA ZONA ORIENTE
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

* TRABAJO SOCIAL *

Cuadro No. 17.

DISTRIBUCION DE CASOS DE LA ZONA ORIENTE POR DELEGACION POLITICA DEL 1o. DE JUNIO 1990 AL 1o. DE OCTUBRE DE 1993.

ZONA	F R E C U E N C I A	%
IZTAPALAPA	18	18
VENUSTIANO CARRANZA	10	10
IZTACALCO	8	8
GUSTAVO A. MADERO	5	5
COYOACAN	2	2
SE IGNORA	12	12
T O T A L	55	55

La redistribución de casos por zonificación en Distrito Federal y Área Metropolitana, se realizó en base a las colonias que atiende el -- Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

El cuadro 17 muestra que en el D.F., la Delegación Política con el mayor número de casos fue la Iztapalapa, seguida de Venustiano Carranza e Iztacalco. Se atendieron dos casos que correspondían al Hospital Regional "20 de Noviembre", el cual se encuentra en remodelación desde agosto de 1993 y cuyo trabajo concluirá en octubre de 1994, dichos casos corresponden a Coyoacán. Los 12 casos en que se ignora su ubicación, se encuentran entre aquellos del primer año que no fueron atendidos por quien suscribe el presente trabajo.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDELEGACION MEDICA ZONA ORIENTE
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

* TRABAJO SOCIAL *

Cuadro No. 18.

DISTRIBUCION DE CASOS DEL ESTADO DE MEXICO DEL
1o. DE JUNIO DE 1990 AL 1o. DE OCTUBRE DE 1993.

ZONA	No. DE CASOS	%
CD. NEZAHUALCOYOTL	26	26
CHALCO	6	6
ECATEPEC	3	3
AMECAMECA	2	2
TEXCOCO	2	2
FORANEOS	6	6
T O T A L	45	45

Los casos detectados en el área metropolitana, muestran que Ciudad Nezahualcoyotl, ocupa el primer lugar con 26 de 45 casos. Es necesario comentar que en esta ciudad fue detectada la existencia de un banco de sangre clandestino, el cual comerciaba con dicho tejido sin seguir las normas de higiene de la Secretaría de Salud (uso de material desechable), y que este factor tuvo inferencia en 4 de los 100 casos. También se incluyen en este cuadro, los casos de pacientes foráneos de Chiapas, Tabasco, Veracruz y Oaxaca, los cuales tuvieron que desplazarse de su lugar de origen que carecía de infectólogo para someterse a tratamiento médico.

Cuadro No. 19.

MECANISMOS DE TRANSMISION DEL VIH EN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS

	VIVOS	DEFUNCIONES	PORCENTAJE %
HETEROSEXUALES	4	5	9
PROSTITUTAS	5	11	16
BISEXUALES	6	14	20
HOMOSEXUALES	16	21	37
TRANSFUSIÓN SANGÜINEA	3	10	13
O DERIVADOS			
SE IGNORA	5		5
T O T A L	39	61	100

Los datos anteriores son hasta el 10. de octubre de 1993 de los 100 casos atendidos, aquí es necesario reflexionar sobre el alto índice referido a transmisión por contacto sexual con prostitutas, ya que se observó que muchas veces el paciente prefiere mentir en el interrogatorio médico, a comunicar relaciones de tipo homosexual o bisexual, con el fin de evitarse estigma en su núcleo familiar. La exploración en genitales y región perianal, como parte del protocolo médico ayuda a determinar el tipo de actividad sexual del paciente.

Las relaciones sexuales son el factor principal del contagio de SIDA entre los derechohabientes del I.S.S.S.T.E. en la zona oriente y la población homosexual la más afectada, aunque se han incrementado los casos entre los individuos heterosexuales de forma alarmante.

Los casos de transfusión sanguínea están estrechamente relacionados con eventos quirúrgicos del paciente, embarazos que requirieron de sangre y/o hemoderivados y personas que tuvieron traumatismos con pérdida de sangre significativa la cual tuvo que ser repuesta al organismo.

Pero definitivamente puede hablarse de una inadecuada educación sexual entre la gente derechohabiente, lo cual posiblemente sea un factor a incrementar para disminuir la incidencia por relaciones sexuales de la-

2.3. Problemática Social del Paciente con SIDA

La conducta humana está condicionada por la sociedad, la cuál establece el orden moral a través de normas, reglas, deberes y obligaciones para los individuos que la constituyen... "La sociedad tiene una conciencia colectiva, crea dentro de cada individuo sentido del deber, de la obligación, impone responsabilidades morales, crea un cuerpo regulado de leyes, que es de hecho coercitivo, para mantener el funcionamiento del sistema, para regularlo, para mantenerlo equilibrado"./38.

El hombre como parte de una sociedad es considerado de la forma siguiente: ..."hombre: organismo, inteligente que actúa en un medio social"./39.

Desde esta perspectiva puede considerarse al hombre como un ente biopsicosocial dados los componentes de la definición, organismo, inteligencia y medio social.

Los hombres se relacionan a través de su actividad entre sí y con las cosas (instrumentos) más allá de satisfacer sus necesidades básicas, modificando el medio ambiente donde se desenvuelve, siendo éstos, entre otros factores, los que le dan su categoría como ser social.

En nuestro país el SIDA es una enfermedad que confiere estigmatización al individuo que la contrae. "La estigmatización es humillar, deshonorar, ofender, maltratar y ultrajar a una persona, ante otras"./40.

38.- LEXIS John "La sociología de Max Weber" Ed. Nuestro Tiempo, México, 191, pág. 27

39.- CIRIGLIANO F. J. Gustavo y Anibal Villaverde "Dinámica de grupos y educación", Ed. Humanitas, Argentina 1982, pág. 24.

40.- Diccionario Océano. Ed. Océano.

El trabajo con pacientes de SIDA por quien suscribe, tiene relevantes aspectos sociales, así durante el tiempo que abarca esta experiencia (cuatro años en junio 1994), se han detectado tres diferentes connotaciones sociales: la primera SEGREGACIONISTA, al relacionar a la enfermedad con grupos denominados de "Alto riesgo", en donde aparecían específicamente los homosexuales, prostitutas y drogadictos (posteriormente, se habla de "prácticas sexuales de alto riesgo", sustituyendo el concepto de "grupos de alto riesgo" por la estigmatización ocasionada a estas personas, - la segunda es de tipo RACISTA, pues vincula a la enfermedad con las personas de color (negros), responsabilizando a países africanos y a Haití de la propagación de la enfermedad en el mundo, la tercera aparece como respuesta de grupos religiosos con valores y normas rígidos, quienes pretendieron limitar la libido y promover un CONTROL SEXUAL de la población. -- Tales connotaciones sociales dieron pauta a la problemática social de las personas infectadas o enfermas de SIDA. **

La experiencia del Trabajador Social que suscribe, en la atención individualizada a pacientes con SIDA, ha encontrado que la problemática social de estos sujetos, se encuentra diversificada en aspectos tales como: familiares, laborales, hospitalarios, económicos, jurídicos y religiosos. Cada uno de estos aspectos se manifiesta de forma diferente; pero todos influyen en el proceso salud-enfermedad del paciente, siendo - algunas veces la causa directa de la aparición de depresión en el sujeto y por ende de su muerte en un corto tiempo (aproximadamente dos años), -- por lo anterior es necesario establecer los hallazgos del Trabajador Social en cada una de estas problemáticas.

Problemática familiar.

La problemática familiar de los pacientes con SIDA, aparece al-

** Observación del Trabajador Social que suscribe.

conocerse el sujeto como seropositivo, pues teme la reacción de su sistema familiar al enterarla de su situación con la enfermedad.

El SIDA rompe los modelos sociales de la familia de forma definitiva. Los que son padres pierden autoridad y paulatinamente su rol es nulificado porque la enfermedad incapacita a los individuos físicamente y en algunas otras se disminuyen sus facultades mentales. La muerte de uno o ambos progenitores, ocasiona una crisis al interior del sistema familiar, el cuál debe reorganizar su estructura para superar estas pérdidas.

El suscrito también ha tenido la oportunidad de observar en los casos en que la figura materna desarrolla más rápidamente la enfermedad, ya que el apoyo y la participación de su cónyuge en sus cuidados es mínimo, ya sea por razones de trabajo, por encontrarse en negación de la enfermedad, por miedo a las áreas hospitalarias entre otras.

El descuido de los hijos también tiene lugar, ya que no se puede obviar que en nuestra sociedad es la mujer sobre quien pesa el cuidado, desarrollo y educación de éstos. En los casos de las figuras paternas, se ha encontrado que la cónyuge asiste en todo momento al paciente, pero con cierto resentimiento por relacionar su contagio con la infidelidad, homosexualidad, bisexualidad y además por ser probable que él la haya infectado.

En los casos en que se detecta el VIH a hijos que aún pertenecen al sistema familiar primario (considérense padres e hijos), ocasiona a los progenitores sentimientos de culpa por la falta de orientación en sus descendientes, frustración de los planes de vida para el paciente (estudios, trabajo, relación afectiva entre otros) y la disminución de los -

ingresos familiares en caso de los hijos trabajadores al Servicio del Estado.

La familia y el paciente vivencian a lo largo de la evolución de la enfermedad un proceso psicológico, en donde se encuentra la negación el cual se sabe es un estado de angustia relacionado con el proceso salud-enfermedad; La rabia al sumarse las frustraciones que se están viviendo, la negociación que se caracteriza por el surgimiento de las culpas por los actos y las conductas pasadas, la depresión en la cual encontramos al paciente resignado a morir y abandonado a la frustración y culpa, la aceptación, finalmente el paciente se da cuenta que la enfermedad no tiene más camino que su muerte y se deprime ante ésta.

Es necesario mencionar que el SIDA inhibe las actividades sociales de la familia obligándola a convertirse en un sistema cerrado que no permite la salida de información con respecto a la enfermedad en uno de sus integrantes. Hasta aquí la manifestación de tal experiencia sobre la familia y su objetividad, por el Trabajador Social que suscribe.

Problemática laboral.

Al estudiar la problemática laboral que ocasiona el SIDA en los lugares de trabajo, obligó al que suscribe a conocer las distinciones fundamentales respecto a las personas y los tipos de trabajo... "Las personas infectadas por el VIH encajan en tres categorías.

- a) las que son seropositivas y no tienen síntomas de SIDA o de enfermedades relacionadas con el VIH y que constituyen la mayoría.
- b) Quiénes presentan el complejo de enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA; pero están en condiciones de trabajar y,

c) Las demasiado enfermas para trabajar." /41.

Vale la pena recordar que en la presente sistematización el trabajo se circunscribe a pacientes hospitalizados en fases avanzadas de la enfermedad (Complejo de enfermedades relacionadas al SIDA y SIDA), por lo que el Trabajador Social que suscribe ha buscado alternativas para los trabajadores al Servicio del Estado, leyendo e investigando sobre las condiciones generales de trabajo de las dependencias que presentan mayor número de casos (Departamento del Distrito Federal y Secretaría de Educación Pública). Así se han encontrado que existen dos acuerdos presidenciales para la protección de los Trabajadores al Servicio del Estado: El primero de ellos es manejado con la nomenclatura 754, de fecha 2 de mayo de -- 1947, siendo entonces presidente de la República Miguel Alemán Valdez y Secretario de Educación Lic. Manuel Gual Vidal (las rúbricas de estas personas aparecen en dicho documento). Este acuerdo autoriza a la SEP a auxiliar a sus maestros con el otorgamiento de comisiones para evitar la -- pérdida de su empleo por enfermedad; pero como requisito principal antepone que el trabajador de la SEP, deberá contar con una antigüedad mínima de 15 años en el Servicio y presentar certificado médico de autoridad competente para determinar el diagnóstico del mal que afectará al maestro y el tiempo necesario para su tratamiento y curación.

Al iniciar el acuerdo primero se conceden al trabajador 6 meses de licencia con goce de sueldo íntegro y una prórroga de igual tiempo en caso de persistir el mal.

En la problemática laboral del paciente con SIDA se aplica la orientación de dicho acuerdo, es válido comentar que siendo un beneficio de la SEP, pocos son los enterados acerca de la existencia de dicho

acuerdo (incluso a representantes sindicales) anexo 3.

El segundo acuerdo presidencial de nomenclatura 529, es de fecha 22 de abril de 1953, siendo entonces presidente de la República Adolfo Ruiz Cortínez, Secretario de Hacienda y Crédito Público Antonio Carrillo Flores y Secretario de Salubridad y Asistencia Dr. Ignacio Morones Prieto (cuyas hábricas aparecen en dicho documento). Lo importante de este acuerdo, es que establece como beneficio de los Trabajadores al Servicio del Estado, enfermos del pulmón, el goce de sueldo íntegro, hasta por un período de un año.

Los requisitos son: que el trabajador tenga mínimo una antigüedad de 6 meses y presentar certificado médico de autoridad competente -- (anexo 4).

Este documento y el anterior permanecen vigentes a la fecha y el Trabajador Social que suscribe ha tenido la oportunidad de orientar a los pacientes para el beneficio de ambos. Una vez que ha concluido el beneficio de dichos acuerdos, el Trabajador Social que suscribe busca otras alternativas como el uso de licencias médicas de acuerdo a su antigüedad laboral, el subsidio médico del I.S.S.T.E., hasta complementar 52 semanas en tratamiento (beneficio para trabajadores con 6 meses de antigüedad mínima en el servicio), uso de la licencia con goce de sueldo, licencia sin goce de sueldo.

El SIDA también ha llevado a organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo, a clasificar los puestos de trabajo en dos grandes ramas: los que no entrañan casi probabilidad de contagio o transmisión del VIH/SIDA y los que ofrecen ese peligro (área de salud principalmente).

Aún cuando el SIDA tiene un mínimo de riesgo por transmisión en el trabajo, existen actitudes negativas de quienes interactúan con personas enfermas, la experiencia adquirida al respecto, es que al paciente se le prohíbe el acceso a su zona de labores, son agredidos físicamente, se le rechaza con escarnio y se les hostiga para que presenten su renuncia - de forma voluntaria y/o constancia médica con su diagnóstico impreso.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud, han establecido ... "Que las personas afectadas por el VIH/SIDA hay que protegerlas en el lugar de trabajo de toda estigmatización o discriminación por parte de compañeros de trabajo; sindicatos empleadores o clientes."/42.

Pero nunca se da una guía por dichas organizaciones para abordar la problemática laboral del paciente de SIDA.

Por otro lado en nuestro país existe un aspecto importante del riesgo de discriminación en el empleo, y es el que se refiere a los exámenes biológicos para determinar la seropositividad. La declaración de la OMS y OIT señala que no debe exigirse la investigación del VIH/SIDA previa a la contratación como parte de la prueba de aptitud."/43.

42.- Revista Internacional del Trabajo Vol. 108, año 89, No. 2.

43.- Idem.

Al respecto es necesario comentar que el Trabajador Social que suscribe en los años 1991 y 1992, fue sometido a exámenes biológicos como candidato a ocupar una plaza primero en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y el segundo en la Secretaría de Gobernación y para entonces, ya existían las declaraciones de la OIT y la OMS.

En el año 1991, el que suscribe fue comisionado a un Seminario Internacional "La perspectiva social del SIDA en México y su situación en el Contexto Americano", el cual se realizó en la Ciudad de México del 26 al 28 de junio; dicho seminario fue auspiciado por el Sindicato Nacional de Trabajadores del I.S.S.S.T.E. y la Organización Regional Interamericana de la Federación Internacional de Empleados Técnicos y Profesionales (IROFIET), a este evento también asistieron representantes de distintos sindicatos nacionales como: IMSS, Secretaría de Salud, Departamento del D. F. y DIF. El Trabajador Social que suscribe tuvo la oportunidad de efectuar una propuesta en beneficio del Trabajador del área de la salud, la cual se cita: "Crear un fondo de ahorro para las personas infectadas por el VIH, el cual sería entregado como una prestación social al momento de la defunción de la persona o cuando por normatividad pierda el derecho de atención por la acumulación de Licencias Médicas".

Esta propuesta fue hecha en base al manejo de casos efectuados y en los que la mayoría de las personas infectadas pierden sus derechos - al no tener la antigüedad necesaria para tramitar una pensión.

Una vez que se han visto los principales factores de la problemática laboral y la intervención del profesional en Trabajo Social, se debe continuar con otra problemática de vital trascendencia en los pacientes con SIDA, la problemática hospitalaria en el I.S.S.S.T.E.

Problemática Hospitalaria.

Al incrementar en el paciente de SIDA sus problemas de salud, - busca la ayuda especializada de un médico, la presencia del sujeto en la Unidad Hospitalaria, se debe a la derivación de su clínica de adscripción previos estudios clínicos de detección y confirmación del diagnóstico, de unidades hospitalarias en el interior de la República (Chiapas, Veracruz, Oaxaca y Guerrero) que carecen de medios y de médicos especialistas.

El ingreso del paciente por el Servicio de Urgencias Adultos, - proporciona a éste una amarga experiencia, pues el que suscribe ha observado "apatía" de médicos y enfermeras para la atención de los enfermos - de SIDA. Una vez que el individuo enfermo se haya hospitalizado en el - Servicio de Medicina Interna, se observa otra dinámica que parte del paciente hacia el equipo de salud y que consiste en la aparición de baja - autoestima debido a la pérdida de su individualidad y la prohibición de su libre deambulacion en el piso, ya que es aislado de los demás pacientes en beneficio de él mismo, por la baja de su sistema inmunológico. - Para cuando el paciente ha cursado con varios internamientos, ya ha tenido la oportunidad de saber que la Unidad Médica, carece de estudios fundamentales en su tratamiento como ejemplo; el conteo de leucocitos en el - sistema inmunológico que puede ser un parámetro para determinar si el paciente se encuentra en condiciones de seguir laborando, aunado a esto tiene que ejercitarse en el trámite de medicamentos subrogados, cuyo tiempo para obtenerlos es por demás espacioso (mínimo un mes) como ejemplo de estos medicamentos, se encuentra la zidovudina (AZT) la cual se encuentra fuera del cuadro básico de medicamentos de la Institución, lo anterior repercute en el tratamiento médico y expone al paciente a crisis menos espaciadas de su enfermedad.

Por otro lado la alimentación intrahospitalaria no es nada --- atractiva para el paciente, pues le es proporcionada en material desechable y por la localización de los cubículos de aislamiento (las últimas camas), la mayoría de las veces se le proporciona fría, y al último de todos los pacientes en piso.

Otra de las situaciones que imperan en la problemática hospitalaria del paciente con SIDA, es la confidencialidad sobre la información que transmite al médico tratante relacionada con el diagnóstico y su mecanismo de transmisión. Dicha información obedece a que puede acarrear múltiples conflictos en su trabajo y en su núcleo familiar.

Debido a lo anterior el Trabajador Social suscrito, experimentó los alcances de CONASIDA al respecto derivando a algunos pacientes para la resolución de su conflicto del diagnóstico médico impreso en la licencia por incapacidad, obteniendo como resultado que el I.S.S.S.T.E. a nivel Institución emitiera una opinión técnica para el manejo del diagnóstico de manera confidencial en la Unidad (anexo 5).

La visita domiciliaria efectuada por el suscrito tuvo un giro diferente en relación al trabajo de Duelo con el paciente y la familia, ya que durante las entrevistas se sensibilizó a los sujetos en estudio para la recuperación de medicamentos en caso de fallecimiento del paciente, los cuales se almacenan por el que suscribe y se proporcionan a pacientes que los requieren (preferentemente se reciclan los medicamentos fuera de cuadro básico como la zidovudina), resolviendo de manera parcial la escasez de los mismos en la Unidad Hospitalaria.

Por último es necesario mencionar que el que suscribe trabaja -

en la estabilización emocional de los pacientes, creando "mensajes nutricionales" (versos poemas y pensamientos), usando música que resalte las cualidades del ser humano o lo relaje de tensiones y sobre todo mostrando interés en su persona.

Problemática Económica.

La población que más ha afectado el SIDA es el universo que conforman los Trabajadores al Servicio del Estado, son jóvenes y adultos jóvenes en edad económicamente activa, la mayoría de los casos atendidos por el suscrito son jefes de familia o miembros de ésta cuyo rol de abastecedor económico, es vital en la economía del sistema familiar. La muerte de estas personas deja reducidas las posibilidades de mejorar económicamente a todo el sistema.

En los casos específicos en que se ha detectado a la figura paterna como el principal aportador económico con la enfermedad en estadios avanzados y cuya pareja se encuentra seropositiva, se ha tenido la experiencia de derivar a los hijos mayores (si los hay) a su sección sindical a solicitar la transferencia de la plaza del padre a él (ella), obteniendo buenos resultados en el Departamento del Distrito Federal, y sus secciones de Limpia y Transportes, Parques y Jardines, y Asfaltos Pavimentos, solucionando la familia de esta manera la disminución de sus entradas económicas y creando nuevas alternativas para el paciente, que puede seguir siendo atendido como padre del trabajador.

Las personas que llegan a la Unidad después de haber agotado -- sus licencias médicas por enfermedad, llegan con la ansiedad y la sensación de pérdida irremediable de su fuente de ingresos. Al respecto el -- suscrito orienta sobre el subsidio médico que el I.S.S.S.T.E. proporciona

a todos los trabajadores del Estado, el cuál extiende el período de incapacidad por antigüedad hasta complementar 52 semanas consecutivas en tratamiento médico, percibiendo un 50% del sueldo que su Institución le proporcionaba. La experiencia nos indica que dicho subsidio es insuficiente para cubrir las necesidades del paciente con SIDA, y si tomamos en cuenta que estos pacientes necesitan de medicamentos que se encuentran fuera de cuadro básico en la Institución, por lo que deben de comprarlos en farmacias del Sector Privado o directamente a los laboratorios que los elaboran. Es necesario comentar que algunos de estos fármacos rebasan la cantidad de N\$400.00 (cuatrocientos nuevos pesos), siendo el salario mínimo de N\$15.00 (quince nuevos pesos) por día, se puede adivinar la crisis económica que surge en las familias de escasos recursos para la adquisición de estos fármacos, algunos de los cuáles deben ser administrados durante todo el proceso de la enfermedad como ejemplo la Zidovudina, este medicamento aunque es subsidiado por el I.S.S.S.T.E., suele retrasarse el tratamiento por trámites administrativos, los cuáles pueden llevarse hasta 72 horas y su compra hasta un mes.

Si el trabajador afectado además de su empleo desarrollaba otra actividad remunerativa, suele perder también estos ingresos y llegar a depender de su subsidio médico. Una vez que el trabajador ha cumplido las 52 semanas de incapacidad por el subsidio médico, debe ser sometido a valoración médica efectuada por el I.S.S.S.T.E., determinando en ésta si el individuo puede reincorporarse a su empleo (lo cuál nunca ha acontecido a la fecha en los pacientes con SIDA), o definitivamente retirarlo de su actividad remunerativa con los beneficios que adquirió durante el ejercicio laboral.

Al ser pagada la compensación de servicios al trabajador enfer-

mo de SIDA, este pierde sus derechos de afiliación al I.S.S.S.T.E., nueva mente la intervención del Trabajador Social puede sugerir alternativas pa ra que continúe su tratamiento médico en la Unidad Hospitalaria y así evi tar al paciente el inicio de un peregrinar en busca de médico tratante en las instituciones de salud, las alternativas que se manejan en estas si- tuaciones son: la orientación sobre seguro médico voluntario (para traba- jadores con 5 años de antigüedad en el Servicio), la afiliación a través de un ascendiente o descendiente (padres e hijos) o en el último de los - casos conoce las instituciones hospitalarias de la Secretaría de Salud o de los Servicios Médicos del D.D.F., que atienden enfermos de VIH/SIDA.

Problemática Jurídica.

La problemática de la realidad del paciente en cuestiones lega les, ha despertado diversos intereses entre los cúe les han tomado parti- cipación los juristas y el Sector Salud de nuestro país. Al respecto prí mero se quisieron cortar de tajo las garantías individuales de los enfer- mos de SIDA, lo que en un momento pudo llegar a ser una "cacería de brujas" (la cudl se evitó gracias a la organización de grupos de personas afecta- das), por ejemplo la Dirección General de Servicios Médicos del Departa- mento del Distrito Federal, pugnó porque los ataques sexuales por parte - de personas portadoras de SIDA, se tomarían como tentativas de homicidio - por ser de contagio mortal al padecimiento.

El lunes 19 de noviembre de 1990 en el diario el "DIA" aparece un reportaje titulado "LOS SIDOSOS POR PROSTITUCIÓN NO PUEDEN SER SUJETOS A PROCESO PENAL ALGUNO", en dicho artículo periodístico, resalta el plan- operativo de la delegación política "Cuauhtémoc" para el control de la - prostitución, propone normas sanitarias, sociales y de vigilancia epide-

miológica entre las cuales destacan: ... "gozar de buena salud, práctica de exámenes médicos cada seis meses, la aplicación de la prueba de ELISA con identificación fotográfica, adoptar un método anticonceptivo como el uso del condón y otros prescritos médicamente, retirarse del ejercicio de la prostitución si padecen cualquier enfermedad infecto contagiosa".

Pero la Ley de igual forma fue usada para plantear los derechos que tiene el paciente de SIDA con respecto a la sociedad, así la Comisión Nacional de Derechos Humanos y CONASTIDA, han señalado catorce puntos de vital importancia que salvaguardan las garantías individuales de los enfermos de SIDA, derechos que el suscrito promueve entre pacientes y familiares para evitar la estigmatización social. Dichos derechos por ser de suma importancia se transcriben tal cual son:

Derechos Fundamentales de los enfermos de SIDA:

1. La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia no deben sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados sean conservados con absoluta discreción.
3. En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
4. No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territo-

rio nacional.

5. Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
7. Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.
8. No se te puede privar del derecho de superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
9. Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
11. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.
12. Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.
13. Tienes derecho a una atención médica digna y tu historial -

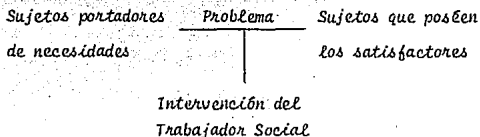
médico deberá manejarse en forma confidencial.

14. "Tienes derecho a una muerte y servicios funerarios dignos".

La problemática social de los pacientes con SIDA es una transgresión a sus garantías individuales, una falta de respeto hacia su persona, poca estimación hacia la vida por la disminución de los valores humanos como son: el amor, la amistad, etc., Esto es lo que se trata de proteger porque en el futuro no sabemos si pudieran aparecer enfermedades que sin estar relacionadas a la actividad sexual del ser humano acrecentarían el desequilibrio de su estructura social como lo hace hoy el SIDA. Toca también a los profesionales en Trabajo Social, ofrecer una atención especializada para la superación de los hombres, las familias y la sociedad ante situaciones que afecten de forma negativa el proceso suculda-enfermedad en los hogares, comunidades, Estados y en nuestro país.

CAPITULO III.- ANALISIS CRITICO Y EVALUACION DE LA
EXPERIENCIA

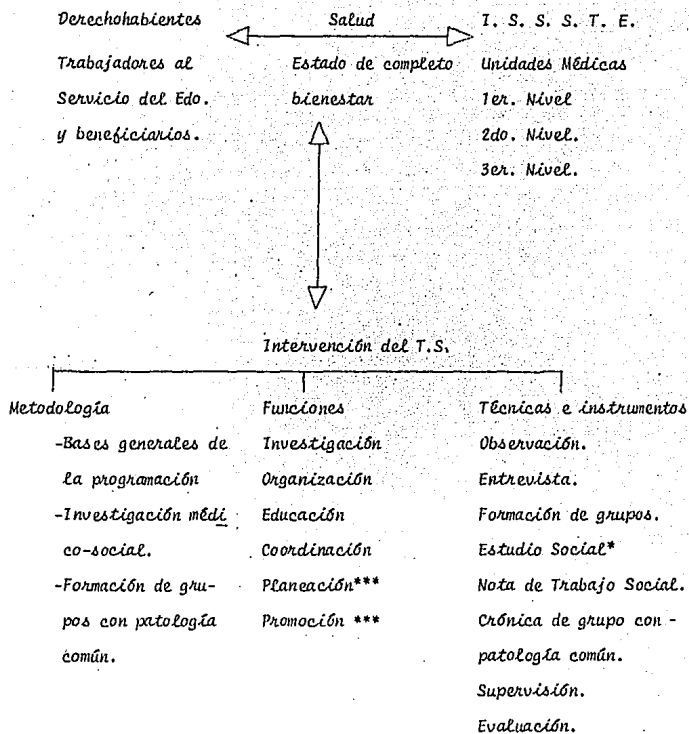
Para iniciar el análisis crítico y evaluación de la experiencia en la aplicación del modelo de atención individualizada, elaborado en el I.S.S.S.T.E., por quien suscribe, se considera pertinente retomar el esquema siguiente:



Se sabe que todos los modos de producción en existencia, presentan deficiencias para solventar las necesidades de quienes involucra en su vida y desarrollo, la aparición de necesidades sentidas en la sociedad e identificadas como problemas para sus gobiernos, reciben una respuesta institucional como: creación de instituciones, departamentos, programas especiales y destinando a profesionales cuya especificidad responda al estudio y solución de estos problemas.

Así se considera que el Estado mexicano respondió a los problemas de salud de sus trabajadores con la creación del I.S.S.S.T.E., y la designación de todo un equipo de profesionales e infraestructura que solventarán los problemas de salud de estos sujetos.

La estructura del esquema anterior nos sirve para formular el esquema representativo, que indica lo esencial de la relación sujetos portadores de necesidades, institución, problema e intervención del Trabajador Social.



**Contiene los elementos metodológicos del modelo (investigación, diagnóstico, plan y tratamiento sociales).

***Funciones que considera el Departamento de Trabajo Social en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

Como se observa los sujetos que demandan atención en base a un problema específico, son los Trabajadores al Servicio del Estado y sus beneficiarios entre los que encontramos a padres, esposas (os) hijos, concubinas y abuelos.

El problema específico es la salud y aparece conceptualizada como: "...Un estado de completo bienestar", idea contraria a las actividades que se realizan en sus Unidades Médicas, en donde se atienden a personas que presentan dificultades para mantener su salud.

En el desarrollo de esta sistematización por quien suscribe, -- considera que en relación a la salud existe un proceso que incluye a su -- antagonista: la enfermedad, dicho proceso de salud-enfermedad es dinámico y sujeto a factores biopsicosociales, que en los pacientes enfermos de -- SIDA, se inclinan hacia la enfermedad por existir una crisis permanente -- ante la pérdida irremediable de la vida a corto o mediano plazo una vez -- que presentan los primeros cuadros clínicos de la enfermedad.

El espacio con el que cuenta el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" para atención de enfermos infecto-contagiosos del tiempo en que inicia el estudio de pacientes con SIDA a la fecha (cuatro años en junio de 1994), es ya insuficiente para atender la solicitud de hospitalización de los mismos; por otro lado los pacientes que requieren de los mismos espacios en aislamiento (tuberculosos principalmente), han empezado a resentir la carencia de los lugares como cubículos de aislamiento estimándose de manera subjetiva que se incrementarán estos problemas a corto plazo, -- dado que la población infectada por el SIDA crece de forma geométrica.

La problemática anterior requiere que el Trabajador Social adecúe sus parámetros de normatividad que le impone la Institución para intervenir de forma objetiva en su resolución; pero además debe sumar nuevas instancias teórico-prácticas, producto de su experiencia en la aplicación de la atención individualizada.

Aplicar una metodología cuyo proceso adolece de la explicación del marco teórico de la atención individualizada, es también contradictorio, pues en el tiempo de la experiencia del que suscribe, el trabajo base profesional de Trabajo Social, ha sido el estudio social de casos, es aquí la necesidad de sistematizar el modelo de atención individualizada en los pacientes de VIH/SIDA, en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", dependiente del I.S.S.S.T.E.

La investigación médico-social de la metodología institucional aunque tiene una secuencia que sirve como guía para su realización en Trabajo Social, no menciona los puntos de culminación de ésta como son: las conclusiones y la presentación de resultados. Y por último la formación de grupos con patología común, ha sido intentada por quien suscribe con la gente que llega a hospitalizarse por SIDA, pero no ha sido posible mantener un grupo de estos pacientes, dado que la enfermedad una vez que se presentan sus primeros síntomas y requiere de tratamiento especializado, suele presentar crisis continuas que impiden el deambular de los sujetos enfermos.

Por otro lado la Institución considera como actividades fijas del Trabajador Social, las siguientes: investigación, organización, edu-

cación y coordinación, funciones a las cuáles el Departamento de Trabajo Social en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" adiciona la planeación y la promoción. Si el Trabajador Social se enfocara a realizar las primeras cuatro funciones, se encontraría estancado como profesional, ya que en un capítulo anterior se estableció que la función de investigador, no es realizada por exceso de trabajo, falta de interés, falta de motivación y reducción de la planilla original del Departamento de Trabajo Social, particularmente se considera que el Trabajador Social, debe avanzar en la conquista de espacios con la ejecución de otras funciones por ejemplo la de sistematización.

En relación a la definición operacional de función y actividad en la Institución, no se contemplan éstas, dicha omisión puede causar confusión en su uso en el Trabajador Social que se inserta al aparato institucional para efectuar sus prácticas escolares, servicio social o como servidor público.

Con respecto a las técnicas e instrumentos utilizados por el Trabajador Social en el I.S.S.S.T.E., también aparecen definidos en el Manual de Operación de Trabajo Social para Unidades de Primer Nivel, dicho manual sólo considera tres técnicas: la entrevista, observación y las sesiones con el equipo de salud.

Los instrumentos más importantes del Trabajador Social en el I.S.S.S.T.E. son: el estudio social, la Nota de Trabajo Social, el diario de campo, crónica de grupo con patología común.

Técnicas e instrumentos de la Institución ya aplicados, desde la perspectiva del que suscribe son una buena guía para quienes inician su quehacer como profesionales de Trabajo Social, también de forma subjetiva las deficiencias que presentan, los vuelven inoperantes o sugieren una reestructuración para su nueva aplicación, desde su concepción teórica como ejemplos citaré los puntos que debe registrar el Trabajador Social en su diario de campo:

- Fecha.
- Actividad.
- Resultados.
- Observaciones.

Estos cuatro puntos son los que estipula el Manual de Operación de Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel; pero el que suscribe no sólo registra los datos anteriores, también incluye los siguientes:

- Nombre del entrevistado.
- Número de expediente.
- Lugar donde se realizó la actividad (unidad hospitalaria o domicilio y edad.
- Dependencia, antigüedad y escolaridad.

Con los puntos anexos por el Trabajador Social, se tiene una ventaja para efectuar estudios estadísticos y a la vez longitudinales en un tiempo determinado.

Con respecto a la técnica de la observación el Instituto establece que: "...La observación puede efectuarse en la Unidad Hospitalaria para conocer el medio ambiente y los factores familiares que interfieren en la salud del derechohabiente".

Para el que suscribe no debe limitarse a la observación al uso estricto de la vista, como se entrevé institucionalmente, sino que ésta emplea los cinco sentidos para identificar los factores intrínsecos del paciente con SIDA (depresión, sufrimiento, culpa, dolor, etc.) y los intrínsecos (laborales, económicos, familiares, hospitalarios, etc.), así mismo en su observación el Trabajador Social, debe registrar las crisis del paciente y su familia y la forma que fueron superadas para tener alternativas u opciones con otros sujetos con la enfermedad SIDA.

El estudio Social de casos utilizado en el Hospital Regional -- "Gral. Ignacio Zaragoza", por los trabajadores Sociales, es el instrumento que contiene el modelo de atención individualizada cuyos pasos metodológicos, son definidos por la Institución en su Manual de Operación de -- Trabajo Social para Unidades del Primer Nivel de la siguiente forma:

a) Investigación "Inicia con la observación y/o la recopilación de testimonios orales, de la descripción del problema del paciente, las actitudes del paciente y su familia ante la enfermedad, los problemas familiares, laborales y sociales del área de residencia".

b) Diagnóstico Social: "La opinión profesional sobre la naturaleza, magnitud y jerarquización de las necesidades y problemas".

c) Plan Social: "...Los procedimientos y recursos necesarios para dar solución a los problemas que hayan asentado el diagnóstico so-

cial, tomando en cuenta la participación del enfermo, así como un núcleo familiar, así como su realidad económica y social".

d) Tratamiento: "El orden cronológico y en forma sumaria, la información precisa de las actividades realizadas para modificar un problema específico, indique además los cambios de la situación médica social, así como las modificaciones necesarias al plan".

Como ya se ha comentado, no existe un marco teórico que sustente al modelo mencionado, quien suscribe considera necesario para la estructura del marco teórico, el concepto del Trabajo Social Médico.

Ana B. E Brandenburg lo define como ... "Un Servicio Técnico y Profesional, que al encuadrarse dentro del ámbito hospitalario --ya sea para internados o en consultorio externo, colabora en la recuperación de los pacientes con dificultades personales y/o ambientales, relacionados con la preservación de su salud, la enfermedad, la convalecencia y la readaptación "./44.

Una segunda definición nos dice que el Trabajo Médico Social -- ... "Es parte del servicio individualizado que el médico da a su paciente cuando intenta comprender las necesidades y las circunstancias que lo rodean y la repercusión que estos factores tienen sobre su enfermedad "./45.

44.- De Brandenburg Ana B. "Servicio Social Hospitalario", Cuadernos de Servicio Social, No. 17, Buenos Aires, Ed. Humanitas, pág. 11.

45.- HERNÁNDEZ de Vittorioso Lidia C. "Trabajo Médico Social", Cuadernos de Asistencia Social, No. 20 Buenos Aires, Ed. Humanitas, pág. 7.

Una tercera definición a considerar menciona que el Trabajo Social es:

"Trabajo Social en el área de la salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivadas en carencias y necesidades inciden en la salud, por lo que se requiere identificar las formas y los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tiendan a alcanzar la salud integral de los individuos"./46

De las definiciones anteriores se descarta en su subjetividad la segunda, lo anterior por considerarla como una clara subordinación a los médicos. Desde un particular punto de vista una profesión nunca debe subordinarse a otra para efectuar su quehacer profesional.

La primera definición citada, presenta una ambigüedad al referir que Trabajo Social, es un servicio técnico o profesional, aunque de hecho existen trabajadores sociales técnicos y con nivel licenciatura, no puede diferirse que el trabajo de uno sea menos profesional que el del otro, ya que ambos ofrecen atención profesional en la medida de su preparación escolar y compromiso social. Es necesario mencionar que en las instituciones gubernamentales en donde se ha tenido oportunidad de laborar por quien suscribe, siempre ha predominado el Trabajador Social Técnico (ISSSTE, Secretaría de Gobernación, Departamento del Distrito Federal), y el conocimiento práctico de éstos, ha servido de base para la formación

46.- REVISTA de Trabajo Social, No. 37, "Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de la Salud", Ed. UNAM-ENTS. pág. 23.

profesional de los Trabajadores Sociales de nivel licenciatura, considerando lo anterior los últimos tiene una doble tarea, aprender y superar con sus conocimientos teóricos lo aprehendido.

La tercera definición bien puede encuadrar para el presente trabajo; es amplia, actual y responde a la realidad social que se estudia, ya que quien suscribe conceptualiza al Trabajo Social como:

"Una disciplina de las ciencias sociales, cuyo quehacer profesional en el área de la salud, tiene como objetivo inmediato conocer el estudio de la problemática social que incide en el proceso salud-enfermedad de los individuos como integrantes de un sistema social. Así como conocer o equiparar alternativas reales y al alcance de los sujetos para que se coadyuven a la preservación, recuperación y prevención de ésta".**

Una vez que se tiene la definición de Trabajo Social Médico, podemos hablar del modelo y su proceso metodológico de la atención individualizada, en este caso el propuesto por la Institución sólo incluye cuatro aspectos básicos: Investigación, diagnóstico, plan y tratamiento social. Ya definidos anteriormente.

Para el presente trabajo la investigación social será considerada como "Proceso que, utilizando el método científico, permite descubrir o interpretar hechos o fenómenos de la realidad social"./47.

** Aportación del Trabajador Social que suscribe a la sistematización.

47.-ANDER-EGG, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Ed. ECROILPEH, --- Buenos Aires, Argentina. 1974, pág. 144.

La investigación a diferencia del concepto institucional, inicia con el planteamiento del problema, continúa con la elaboración del marco teórico-conceptual, la formulación de hipótesis, selección de técnicas e instrumentos para la recolección de datos, la interpretación de los resultados y la elaboración del informe.

El diagnóstico social es considerado como un conjunto de procedimientos por los cuales se intenta establecer la naturaleza, magnitud y jerarquización de las necesidades y problemas de una realidad social. "/48.

Su objetivo es lograr la apreciación general de la situación--problema, especialmente en lo que concierne a la detección de:

-Necesidades o problemas.

-Demandas y expectativas y,

-Recursos disponibles.

El Pronóstico Social. Son las posibilidades negativas y positivas que el Trabajador Social vislumbra en la atención individualizada a los pacientes.

Plan Social. "Es la exposición de principios o actividades recomendables con el objeto de resolver o atenuar el o los problemas del cliente"./49.

48.- ANDER EGG, Ezequiel, op. cit. pág. 85.

49.- CASTELLANOS Marie C. "Manual de Trabajo Social", Ed. La prensa Médica Mexicana, S.A. 1986, pág. 127

En un sentido más general se considera como "Conjunto organizado de fines, objetivos, metas, instrumentos, medios y recursos para lograr el desarrollo de un área determinada"./50.

El Tratamiento Social "Proceso tendiente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones, así como el uso de recursos que él posee, su grupo y comunidad, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social."/51.

Conclusión del Caso. En los pacientes hospitalizados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es posible concluir el caso con la muerte del paciente, la pérdida de sus derechos de atención médica por exceso de incapacidades o el abandono de su tratamiento médico de forma súbita.

Estos son los pasos que se aplican en el modelo de atención individualizada en la atención a los pacientes con SIDA, por quién suscribe con un enfoque hacia la psicología.

La experiencia acumulada en la atención de casos de pacientes con SIDA, ha sido base para la presentación de trabajos ante la comunidad profesional del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", como "Los aspectos Sociales del Paciente con SIDA" en agosto de 1991, la elaboración del curso "Aspectos biopsicosociales sobre el SIDA" en noviembre de 1991, y la presentación de un estudio longitudinal sobre pacientes hospitalizados con SIDA en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", en noviembre de 1993. Lo anterior viene a colación de la investigación social.

50.- ANDER EGG, Ezequiel, op. Cit. pág. 192.

51.- ANDER EGG, Ezequiel Op. Cit. pág. 261.

Es necesario mencionar que durante todo el caso se efectúa un trabajo tanatológico con los pacientes debido a que saben que van a morir pero no aceptan el hecho de su muerte. La primera entrevista es propicia para producir un estado catártico que indique las causas principales de su estado depresivo. Esta primera entrevista es el punto donde el Trabajador Social conoce si el paciente ha aceptado a la enfermedad, en caso contrario es justificado dirigir la entrevista hacia los aspectos básicos del SIDA y sus complicaciones, a fin de que el sujeto no descuide su tratamiento médico.

3.1. Limitaciones y facilitadores de la experiencia.

Durante el desarrollo de la experiencia en la aplicación del modelo de atención individualizada a los casos de pacientes con SIDA por quien suscribe, se han encontrado más barreras institucionales, que apoyo para solventar la problemática social de éstos.

3.1.1. Limitaciones y facilitadores en el Tratamiento Social al paciente.

Las limitaciones más significativas que ha tenido que enfrentar el Trabajador Social en la aplicación del modelo de atención individualizada de pacientes con SIDA son:

- Los niveles de autoridad existentes en la Unidad Hospitalaria: quien suscribe en administración anterior de la Unidad Hospitalaria (1992), fue conminado por el director de la Unidad a "trabajar para la Institución y no para las personas derechohabientes. ... "Lo anterior abrió un abismo entre la autoridad y el profesional, ya que se menoscabó el compromiso social del Trabajador Social con la población atendida.

- Que la Metodología en el ISSSTE, adolece de un desarrollo teórico del modelo de atención individualizada. La misma metodología en su análisis carece de puntos básicos en la llamada investigación médico-social.
- No existen estímulos económicos para el personal de Trabajo Social que desee efectuar investigación, lo cual si se da en --- áreas de enfermería y medicina.
- El personal de Trabajo Social en la Unidad Hospitalaria funciona con un 50% del total de su planilla ideal (existe un déficit de 10 plazas para todos los turnos), Esto incide en la eficiencia del Trabajador Social, ya que por lo general se cubren de dos a tres Servicios por profesional en la Unidad.
- Existen limitantes para el desarrollo de técnicas tan importantes como la entrevista, ya que a excepción del Servicio de Urgencias, todos los demás Trabajadores Sociales, carecen de un espacio que brinde al paciente comodidad y en el que se sienta seguro de su confidencialidad. En muchas ocasiones el Trabajador Social que suscribe, debe desplazarse de su Servicio de -- adscripción, al Departamento de Trabajo Social para realizar -- una entrevista.
- La falta de capacitación por parte de la Institución al profesional de Trabajo Social sobre SIDA.
- La escasez de material bibliográfico en la biblioteca de la Unidad Hospitalaria que cuenta con un sólo libro sobre SIDA. --- Otra limitante es la resistencia de los profesionales de otras áreas como dietistas y enfermeras a brindar atención a los pa-

cientes, esto reduce en algunas ocasiones la actividad de coordinación del Trabajador Social, quien no puede ordenar u obligar a éstos a proporcionar correctamente su atención.

- La insuficiencia de los espacios destinados a internamiento de los pacientes en el área de hospitalización.
- Insuficiencia por falta de personal en la atención psicológica y psiquiátrica de los pacientes.
- La dotación de medicamentos fuera de cuadro básico como la zidovudina (AZT), cuya compra por la Institución es tardada y desequilibra el tratamiento médico del paciente. Todos los factores anteriores inciden negativamente para que el Trabajador Social pueda realizar su trabajo de la forma más apropiada.

Los facilitadores en el Tratamiento Social del paciente con SIDA son considerados como aquellas instancias que permiten llevar a cabo la solución de los problemas del sujeto en estudio y que pudieran ocasionar una desestabilización en él, su familia o en los ámbitos donde se desenvuelve.

Como facilitadores se destacan los siguientes factores:

- El tiempo que otorga el Departamento de Trabajo Social a través de la Jefatura para la realización de la atención individualizada con fines de sistematización.
- La ayuda de forma parcial que brindan las autoridades para la realización de material como: diapositivas, volantes y carteles.
- La oportunidad de adquirir experiencia y ganar espacios en el terreno de la investigación social con la atención individualizada a pacientes con SIDA.

- La existencia de un modelo de atención individualizada, el cual se sistematizó.
- La participación conjunta con el médico adscrito al Servicio de infectología en la derivación, atención y seguimiento de ca sos de los pacientes con SIDA.
- El apoyo de los pacientes y familiares que permitieron viven-ciar su problemática social de forma abierta.

No se exageraba cuando al inicio de este punto se estableció -- que son más las limitaciones que los facilitadores en el tratamiento social de los pacientes, en el punto subsecuente se desarrollan las limitaciones y facilitadores correspondientes a los colaterales.

3.1.2. Limitaciones y Facilitadores en el Tratamiento Social a colaterales del caso.

Las limitaciones para el tratamiento social en los colaterales de los casos de SIDA, incluyen factores como:

- Deficiente atención psicológica o psiquiátrica por la falta de personal especializado.
- Reducción de espacio ambiental en hospitalización, que permita su libre actuación en favor de su paciente.
- Que se detecte a parejas con estadio avanzado en la enfermedad y rechazo al paciente.
- Carencia de información impresa (folletos principalmente) para auxiliarse en pláticas educativas con los colaterales.
- Ignorancia de sus derechos como pacientes, derechohabientes y trabajadores.

-Imposibilidad del seguimiento de contactos sexuales del paciente aún cuando se conocen, ya que se incrementaría la problemática social del mismo.

Los facilitadores más significativos en la atención social a co laterales de los casos de pacientes con sida son:

Uno de los acuerdos presidenciales en los casos de trabajadores con un estado avanzado de la enfermedad e imposibilitados para seguir laborando.

-Sensibilización de la familia para realizar visita postmortem del paciente con el fin de recabar aquellos medicamentos fuera de cuadro básico y proporcionarlos a pacientes que lo requieren.

-Conocimiento de los derechos de los enfermos para un trato justo a Estos y familiares.

-Los conocimientos generales sobre pensiones, incapacidades por enfermedad y licencias médicas como prestaciones de los trabajadores, en beneficio de sus familiares.

3.1.3. En la Comunidad.

Las limitaciones y los facilitadores en la comunidad para el tratamiento social que se han detectado por quién suscribe son:

Limitaciones: que el Trabajador Social para salir a comunidad - debe esperar a eventos como el Día Mundial del SIDA, ya que especialmente en este día, la Institución exige los resultados estadísticos de las pláticas, simpósiums, conferencias, etc., que incluyeron a la población --- abierta.

-Es difícil contar con un equipo que acuda a sesiones educativas en escuelas de nivel básico o media superior.

-No puede salir el equipo de proyección (que es fundamental en las pláticas y exposiciones), de la Unidad Hospitalaria a los lugares donde se realizarán los eventos educativos.

Los facilitadores que se encuentran para el tratamiento social en la comunidad, es el interés de directores sobre el tema para difundirlo en la población estudiantil.

-Que existe interés en la población joven sobre el SIDA, ya -- que son gente que potencialmente desarrollarían su sexualidad.

-El interés de quien suscribe de acudir a diversos lugares a -- exponer el tema del SIDA.

El tratamiento social al paciente, colaterales y de forma preventiva en la comunidad, requiere de acciones planeadas para evitar el -- SIDA, dichas acciones debidamente ejecutadas por el Trabajador Social, lo pone al nivel de cualquier profesional que brinde atención a estos pacientes.

CONCLUSIONES

El SIDA es un Síndrome que consiste en un indeterminado número de padecimientos que dan testimonio de que el paciente padece la enfermedad.

Su aparición ha rebasado el campo de acción de los médicos y la presente sistematización desde un punto de vista social es la mejor prueba.

Desde el enfoque social se considera en base a la experiencia - acumulada en atención a pacientes con SIDA que: El SIDA es una enfermedad, transmisible, incurable y mortal, la cual conlleva al individuo que la contrae, estigmatización social (relacionada a los mecanismos de transmisión sexual principalmente), y desajuste emocional que influyen en la dinámica de su sistema familiar.

El trabajo hospitalario realizado con estos pacientes, requiere diversas coordinaciones con profesionales de otras áreas, cuya labor sería la integración de un equipo interdisciplinario, lo cual está aún muy lejano, pues es difícil que los profesionales en el área de la salud borren sus prejuicios, temores y apatía para la debida atención de Estos. Y tampoco existe un trabajo multidisciplinario en el Hospital Regional "Gral.- Ignacio Zaragoza", para la atención de los pacientes con SIDA.

En relación a la estrategia metodológica del Instituto para Trabajo Social, la investigación médico-social adolece de los últimos puntos que se marcan para una investigación a decir: Presentación de resultados y conclusiones.

La formación de grupos con patología común, es un proceso metodológico que no funciona con los pacientes que han desarrollado SIDA, ya que Estos sólo acuden a hospitalización en las últimas fases de la enfer-

medad y en calidad de enfermos terminales (sin curación y en estado agónico).

Las opciones para el Trabajador Social en la atención a pacientes con SIDA son: la atención individualizada y el trabajo con personas asintomáticas positivas al VIH y vinculadas con los pacientes; lo anterior se vuelve casi imperativo dado que la enfermedad está asociada a aspectos sociales discriminados por la sociedad como: exceso de la actividad sexual, perversión sexual, conductas antisociales y a una muerte eminente entre otros. El desconocimiento de la enfermedad en la población ocasiona temor, estigmatización y rechazo en los sujetos portadores y enfermos de VIH y SIDA en sus ámbitos: familiares, laborales, de atención médica, económico-etc. Lo cual disuade a los pacientes en la mayoría de los casos de acudir a cualquier tipo de la atención necesaria a su estado de salud-enfermedad, pues su patología les implica a éstos sentimientos de vergüenza.

Por otro lado el Estudio Social de Casos manejado en el ISSSTE, por los profesionales de Trabajo Social, ha sido insuficiente para la atención individualizada a los pacientes con SIDA, lo anterior se establece en base a que el estudio social citado, carece de un marco teórico que lo fundamente y respalde.

La aplicación de la atención individualizada en pacientes con SIDA, desde una perspectiva psicológica y con inclinación al trabajo tanatológico, ha tenido un buen desarrollo en los casos atendidos, ya que se ha visto que los estados emocionales de los pacientes con SIDA, son alterados por factores extrínsecos (familiares, laborales, económicos, de educación, culturales, etc.) intrínsecos (depresión, culpa, negación, rabia, etc.), ambos ligados y que deben ser identificados por el Trabajador Social para brindar un tratamiento oportuno, con la finalidad de acercar al

paciente a un proceso de salud-enfermedad positivo, con la convivencia de su padecimiento y preparando al paciente y a su familia para enfrentar la muerte y el proceso de luto por la pérdida de un miembro del núcleo familiar.

El proceso metodológico aplicado en la atención de los pacientes, ha sido el siguiente: Investigación, diagnóstico, pronóstico, plan, tratamiento y conclusión del caso. Y la intervención profesional de quien suscribe en la atención individualizada queda plasmada en el siguiente esquema:

Problemática Social de los
pacientes con SIDA.

Proceso salud-enfermedad
(tendiente a la enfermedad)

I. S. S. S. T. E.
Unidades de atención
Médica de 1er., 2do. y
3er. Nivel.



Intervención profesional del
Trabajador Social.

	<u>Metodología</u>	<u>Funciones</u>	<u>Técnicas e instrumentos.</u>
	-Investigación Social	Investigación	Entrevista.
enfoque	-Diagnóstico Social	Planeación	Observación
Psicológico	-Pronóstico Social	Educación	Dinámicas vivenciales
gico, y	-Plan social	Coordinación	Estudio Social
Tanato-	-Tratamiento Social	Asistencia	Nota de seguimiento del caso.
lógico.	-Conclusión del caso	Sistematización	Estudio de expedientes.
			Diario de campo
			Archivo de casos.
			Técnicas expositivas.
			Acuerdos presidenciales
			Normas técnicas del I.S.S.S.T.E.
			Normas técnicas de la S.S.
			Derechos Humanos.

Las funciones que se agregan a la atención de los pacientes con SIDA por quien suscribe son: la asistencia la cual engloba actividades como: las orientaciones médico-sociales, la promoción de servicios de apoyo al paciente, la derivación de casos intra y extrainstitucionalmente etc.

La sistematización función que debe aplicarse al análisis del conjunto de los casos atendidos y conformar los indicadores de la problemática social de los mismos, integrar un marco de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad y sobre las formas de intervención específica del Trabajador Social para proporcionar atención profesional sin temor, prejuicios o apatía.

En las técnicas e instrumentos aplicados, debe quedar claro que la observación no se concibe sólo como el registro de un hecho sino la aplicación de los cinco sentidos para llevar a cabo dicho registro. La entrevista inicial también es el inicio de la investigación social y la base de la corriente empática entre paciente, familiar y profesional.

Del estudio social utilizado en la Institución aunque es un apoyo para el profesional, debe ser reestructurado, dado que no va acorde de los casos estudiados y adolece de puntos que se manejan como: Familiograma, antecedentes sociales del paciente, descripción de la zona y vivienda del paciente, plan y tratamiento y conclusión del caso.

El manejo de un archivo de casos por el Trabajador Social, le permite tener un fuerte respaldo para llevar a cabo la localización de los pacientes, conocer los avances de los planes y tratamientos, y también es punto a favor en la realización de la presente sistematización.

Otro instrumento de vital importancia para la sistematización, - es el diario de campo, el cual también es reorganizado para la atención de los derechohabientes sumándole indicadores como: El lugar de la entrevista, localización (cama) en piso del paciente, sexo, edad, dependencia, antigüedad, escolaridad, diagnóstico médico y observaciones sociales.

El Trabajador Social debe prepararse en el manejo de técnicas ex positivas ante cualquier tipo de público, dicha preparación debe enfocarse a la difusión del problema social que es en sí el SIDA, para difundir a su vez la prevención de la patología en la sociedad.

El trabajador Social debe considerar el estudio de las diversas - instancias institucionales que existen para apoyo del paciente como son -- los acuerdos presidenciales (anexos al presente trabajo), y que de forma - subjetiva se utilizan cuando los sujetos en estudio manifiestan problemática en sus centros laborales. Otro documento importante es el emitido por - por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, sobre los derechos de los por tadores y enfermos de VIH y SIDA, el cual pretende disminuir los abusos y - persecución de los pacientes con SIDA en todos los ámbitos. Por último el uso de la norma técnica emitida por el I.S.S.S.T.E., relacionada con el -- diagnóstico de VIH y SIDA, en las incapacidades médicas, la cual restringe la impresión de estos diagnósticos en los documentos anteriores con el fin de evitar perjuicios a los pacientes en sus centros laborales.

Como se vé ha existido un marcado interés en la atención de los - portadores y enfermos de VIH y SIDA, lo cual ha redituado la experiencia en el manejo de casos para el profesional de Trabajo Social, para el Departamento de Trabajo Social, puede decirse que ha significado entrar a una com petencia con grupos de profesionales con mayor estructura (médicos y enfer - meras) en el área de la investigación, a la Unidad Hospitalaria le ha sig-

nificado una mayor participación comunitaria sobre SIDA en los últimos tres años y para los pacientes se ha traducido en un mejoramiento en su atención profesional en la cual encuentran: calidez, humanismo, interés por sus problemas y en sí un trato digno como persona.

Propuestas.

La propuesta más inmediata y urgente es la reestructuración del estudio de casos, ya que si bien contiene los pasos metodológicos conocidos también, conlleva grandes deficiencias que pudieran ser cubiertas si se toman en cuenta los siguientes elementos en su conformación:

I.- Datos Generales:

<i>Clínica:</i>	<i>Fecha:</i>	<i>Expediente:</i>
<i>Nombre:</i>	<i>Edad:</i>	<i>Sexo:</i>
<i>Estado Civil:</i>	<i>Escolaridad:</i>	<i>Ocupación:</i>
<i>Lugar de Nacimiento:</i>	<i>Fecha de Nacimiento:</i>	
<i>Domicilio:</i>	<i>Teléfono</i>	
<i>Familiar Responsable:</i>	<i>Parentesco:</i>	
<i>Domicilio:</i>	<i>Teléfono:</i>	
<i>Diagnóstico:</i>	<i>Cama:</i>	

II.- Historia Social del paciente: la cual incluye sus antecedentes, escolares, laborales, su conformación familiar en tiempo lugar y espacio y la dinámica familiar.

III.- Situación laboral y económica.

<i>Dependencia:</i>	<i>Adscripción</i>
<i>Categoría:</i>	<i>Antigüedad:</i>
<i>Relación Laboral: Satisfactoria: Conflictiva:</i>	
<i>Accidente de Trabajo si no reportado si no.</i>	
<i>Su enfermedad le ha impedido laborar si no.</i>	
<i>Economía: No. de proveedores económicos, nombre del --</i>	
<i>principal, total de ingresos mensuales: Egresos:</i>	
<i>Número de miembros que dependen económicamente.:</i>	

IV.- Estructura y organización familiar.

Familia: nuclear extensa reconstruida otra,

Número de miembros: fallecidos: ausentes:

Enfermos o incapacitados: problemáticos: quiénes:

Relación entre sus miembros: satisfactoria insatisfactoria:

Mal trato abandono quiénes:

Comunicación: instrumental afectiva: clara:

directa; enmascarada: indirecta:

Autoridad centrada: padre madre compartida otros.

rígida flexible

Límites: claros difusos rígidamente consistentes

inconsistentes otros

Roles: aceptado intercambiable inversión.

Control: rígidamente flexible laissez-faire caótico

V.- VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE

Casa: Propia Rentada Otra No. habitaciones:

Sala comedor cocina sanitarios W.C. Fosa S. Al.

Número de habitantes: hacinamiento promiscuidad.

Material de construcción:

Servicios públicos: agua luz drenaje pavimentación

teléfono parques hospitales

centros recreativos otros

Zona: Urbana suburbana rural.

VI.- Problemática familiar.

Nivel: Conyugal Parental Filial Fraternal otros:

Situación identificada por la familia:

Situación identificada por el paciente:

Situación emergente: Lo que el Trabajador Social identifica en la familia del paciente.

Alcoholismo: si no Farmacodependencia: si no

Actitud del paciente ante la enfermedad:

Actitud de la familia:

Familiograma: Distribución de los miembros de la familia - en orden cronológico, escolaridad, y mencionando factores como muerte, embarazos, divorcio, unión libre, separación de la pareja etc.

VII. Impresión Diagnóstica y Pronóstico Social.

El objetivo del diagnóstico será lograr la apreciación general de la situación-problema, detectando las necesidades, demandas y los recursos disponibles para su solución.

VIII.- Plan Social y Tratamiento.

Proceso que emplea el Trabajador Social en la solución de problemas del paciente.

IX.- Conclusión del caso: mencionar los factores que llevaron a término el mismo tales como: muerte, abandono a tratamiento médico, pérdida de sus derechos de afiliación, aten-

ción en otra Unidad Hospitalaria que no pertenezca al ---
I.S.S.S.T.E.

Y la elaboración de un programa permanente en la atención y estudio social del paciente.

La metodología utilizada para la atención individualizada de casos en pacientes con SIDA, debe ser aplicada sin menospreciar a la Asistencia Social como alternativa inmediata; pero también se debe profundizar en el estudio y conocimiento referentes a sus ámbitos familiar, laboral, económico, jurídico y hospitalario, para coadyuvar a mejorar su atención hospitalaria a proporcionar una mejor calidad de vida, asimismo que dicha atención conlleve humanismo, interés, calidez y aceptación del paciente como persona, pues aunque enfermo mantiene sus derechos inalienables (Garantías Individuales y Derechos Humanos), y puede ser capaz de ejercerlos en cualquier momento ante las instituciones que les rechacen por su diagnóstico médico.

Otra propuesta que surge de la realización del presente trabajo, es la creación de una clínica de atención del SIDA, cuyo objetivo podría ser: la prevención, control y atención del SIDA en la Unidad Hospitalaria y Zona Oriente de la Ciudad de México. El universo de trabajo para la prevención, puede ser la población de la zona oriente y para efectos de control y atención se reduciría a la población derechohabiente.

La integración de dicha clínica incluiría a profesionales de las áreas de: Trabajo Social, Medicina, Psicología, Nutrición y Enfermería. Su conformación respondería a un trabajo como equipo multidisciplinario, ya que su participación y tratamientos específicos y de forma directa van a una problemática en común: el SIDA.

Una propuesta más es la inserción del Trabajador Social a niveles directivos como: Asistente de la Dirección, Coordinador de Servicios al Derechohabiente o Coordinador de pacientes foráneos. Estos tres puestos están a cargo de médicos sin tener clara la perspectiva social que amerita su atención en función de la problemática social por la que asisten los derechohabientes.

La última alternativa es la elaboración de material educativo - cuyo contenido evite presentar a la enfermedad como: un monstruo amorfo; una enfermedad de determinados grupos asociales; un castigo divino por conductas amorales; una enfermedad sin evidencia de patología. Sino como parte de un proceso de salud-enfermedad al que la población en general está expuesta y que puede ser prevenida con los mensajes, pláticas, cursos y conferencias educativas de profesionales capacitados en el estudio y atención del SIDA.

A N E X O S



JEFATURA DE SERVICIOS DE NORMAS PARA LA ATENCION CURATIVA Y REHABILITACION

ESTUDIO SOCIAL

UNIDAD MEDICA 1

NOMBRE DEL PACIENTE 2 NO. DE EXPEDIENTE 3

EDAD 4 SEXO 5 ESTADO CIVIL 6

DOMICILIO 7 TEL. 8

SECRETARIA Y ADSCRIPCION
DEL TRABAJADOR 9 TEL. 10

MOTIVO DE ESTUDIO 11

SOLICITANTE 12

TIPO DE ENTREVISTA REALIZADA: 13 DIRECTA INDIRECTA

NOMBRE, RELACION O PARENTESCO: 14

DESCRIPCION DEL PROBLEMA DEL PACIENTE 15

ACTITUD DEL PACIENTE 16

ACTITUD DE LA FAMILIA 17

MAS FAMILIARES: (COMUNICACION, NORMAS, VALORES, ECONOMIA, ETC.) 18

MAS DEL AREA LABORAL: (INESTABILIDAD, INCOMPETENCIA, MALAS RELACIONES PER-
S, ETC.) 19

MAS SOCIALES DE LA ZONA DE RESIDENCIA: (ZONAS MARGINADAS, DROGADICCION
ERISMO, ALTOS NIVELES DE VIOLENCIA) 20

TICO SOCIAL 21

ICIAL 22

ENTO 23

24

NOMBRE Y FIRMA 25



INFORME MENSUAL DE TRABAJO SOCIAL

UNIDAD: _____ MES: _____ DE 19 _____

TRABAJADOR SOCIAL: _____

FUNCION	ACTIVIDAD	NUMERO	PERSONAS
INVESTIGACION	INVESTIGACIONES QUE INICIAN		
	INVESTIGACIONES EN DESARROLLO		
ORGANIZACION	DIARIO DE CAMPO		
	REVISION DE EXPEDIENTES CLINICOS		
EDUCACION	PLATICAS EDUCATIVAS		
	GRUPOS CON PATOLOGIA COMUN		
	OTROS GRUPOS FORMALES		
	ENTREVISTAS		
	ORIENTACIONES MEDICO SOCIALES		
	VISITAS DOMICILIARIAS SELECTIVAS		
	ESTUDIOS SOCIALES ESPECIFICOS		
	NOTAS DE TRABAJO SOCIAL		
	ASISTENCIA A SESIONES		
	ASISTENCIA A CURSOS DE CAPACITACION		
COORDINACION	PARTICIPACION EN CURSOS DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO		
	COORDINACION INTRA Y EXTRA-INSTITUCIONAL		
	VISITAS INSTITUCIONALES		
	ACUERDOS CON AUTORIDADES		

- 1.- INVESTIGACIONES QUE INICIAN
- a) _____ b) _____
- c) _____ d) _____
- 2.- INVESTIGACIONES EN DESARROLLO
- a) _____ b) _____
- c) _____ d) _____
- 3.- GRUPOS CON PATOLOGIA COMUN
- a) _____ b) _____
- c) _____ d) _____
- 4.- OTROS GRUPOS FORMALES
- a) _____ b) _____
- c) _____ d) _____
- 5.- ASISTENCIA A CURSOS DE CAPACITACION
- a) _____ b) _____
- 6.- PARTICIPACION EN CURSO DE ADIESTRAMIENTO Y CAPACITACION
- a) _____ b) _____

MATERIAL EDUCATIVO DE APOYO

T I P O	UTILIZADO	EN EXISTENCIA	NECESIDADES POR CUBRIR
CARTELES			
FOLLETOS			
VOLANTES			
ROTAFOLIOS			
PERIODICO MURAL			
DIPOSITIVAS			
PELICULAS			

OBSERVACIONES:

DIRECTOR DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

ACUERDO # 754

ANEXO 3

ASUNTO: A LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA.

CONSIDERANDO que desde todos los puntos de vista incluído el moral y el humano, corresponde al Estado el preocuparse por mantener una subsistencia decorosa a quienes, como los maestros inhabilitados físicamente para la continuación de sus labores, han agotado sus energías en el servicio efectivo a los intereses educativos del país, proveyéndose a acudir en auxilio económico de los mismos maestros;

CONSIDERANDO que la forma provisional y en tanto se adoptan las medidas de carácter definitivo que tienda a proveer en forma permanente el amparo de los maestros inhabilitados, he tenido a bien dictar el siguiente acuerdo:

ACUERDO .

Entiéndase autorizada esa Secretaría de Educación para seguir sosteniendo la situación de hecho con que ha venido auxiliando a sus maestros inhabilitados, mediante el otorgamiento de comisiones que les permitan no realizar, de hecho también, las labores que en forma normal quedaría a su cargo conforme a los nombramientos y sueldos que disfruten, y esto hasta en tanto que la Secretaría de Educación Pública estudie y resuelve la forma definitiva el problema.

Entiéndase igualmente autorizada esa Secretaría en aplicación de los términos del presente acuerdo, a definir y resolver individualmente cada caso, a fijar las comisiones correspondientes a los maestros y a concederlas por el tiempo que a su juicio corresponda.

México, D. F., a 27 de marzo de 1947.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

MIGUEL ALEMAN VALDEZ

EL SECRETARIO DE EDUCACION.

LIC. MANUEL GUAL VIDAL.

Con fecha y bajo el número IV-753 se tomó nota del presente acuerdo.-
México, D. F., a 2 de mayo de 1947.

México, D.F., a 25 de Octubre de 1978.

ACUERDO PRESIDENCIAL # 754 de 27 de Marzo de 1947.

A N T E C E D E N T E S :

Dentro del personal docente de la Secretaría de Educación Pública, siempre se han dado casos de enfermedades de los maestros que por sus características patológicas, obligan al retiro temporal y a veces definitivo del maestro afectado.

Desde antes de 1947, la Secretaría de Educación Pública confrontó este problema, resolviéndolo a base de licencias para justificar la ausencia de los maestros afectados a sus labores docentes, otorgando permisos especiales hasta por 6 meses, lapso durante el cual el maestro enfermo o bien era asignado para el desempeño de una comisión afín de su carácter docente, o bien se le autorizaba para retirarse del servicio para someterse al tratamiento médico adecuado, ya fuera dentro de una Institución médica oficial o particular, o bien para curarse en su propio domicilio.

Estas licencias se otorgaban una vez que el maestro afectado hacía uso de las licencias que le concedía la Secretaría en base a las incapacidades autorizadas por el Servicio Médico correspondiente.

Era una situación "de hecho" la que afrontaba la Secretaría, situación que era una preocupación constante por la falta de disposición legal relativa que diera base para las comisiones mencionadas.

....

El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, intervino en este caso al informar a los maestros sindicalizados sobre los beneficios del Acuerdo, de hecho se constituyó en el medio de petición, ya que los documentos antes señalados los presentó en la gran mayoría de los casos o -- bien el Comité Ejecutivo Nacional del S.N.T.E., o los Delegados correspondientes del mismo.

Como en muchísimos casos el mal que afectaba a un maestro no tenía curación en el período de 6 meses, que se fijó como máximo de plazo para conceder las comisiones o licencias referidas, el Sindicato gestionó y obtuvo de la Secretaría de Educación Pública, una prórroga por tiempo igual al de la comisión o licencia otorgados inicialmente.

Se estableció para el caso de las licencias iniciales, que con 15 días de anticipación a su vencimiento, el interesado debería avisar su reincorporación inmediata de labores y el lapso determinado por el médico para volver al servicio.

En los casos antes señalados, la Secretaría aprobó conceder el nuevo permiso por lapso igual al antes concedido, dando así oportunidad al maestro enfermo a su recuperación.

LICENCIADO EMILIO RIVA PALACIO M., Director General de Administración, Encargado del Despacho de la Oficialía Mayor de la Secretaría de la Presidencia, hace constar que en el archivo de los Acuerdos Presidenciales en la Oficina respectiva, aparece un documento que a la letra dice:

 -----Al margen superior izquierdo un sello con un águila con la siguiente leyenda: Estados Unidos Mexicanos.-Presidencia de la República.-Al centro: número 39/40.--Al margen superior derecho un sello que dice: Presidencia de la República. Secretaría Núm. de Registro 527.- Al centro -----
 ACUERDO a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. C.c.p. La Secretaría de Salubridad y Asistencia. C O N S I D E R A N D O: Que dentro de las obligaciones del Poder Ejecutivo para con sus trabajadores, se encuentra la de proporcionarles todos los servicios médicos y farmacéuticos necesarios en caso de enfermedad: que por Acuerdo Presidencial de fecha lo. de agosto de 1952, se encomendó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para que el Instituto Nacional de Neumología, dependiente de esa Secretaría, hiciera la investigación radiológica del tórax de los empleados de la Federación; con el fin de determinar cuáles tuvieron algún padecimiento pulmonar; que la investigación radiológica y el examen subsecuente de los casos en que se presente una imagen anormal del tórax, constituyen sólo el primer paso para la atención de los enfermos; que de los 38,000 empleados cuyos casos se estudió, se encontró que 806 de ellos eran portadores de imágenes patológicas y que dentro de ese número, existen aproximadamente 400 enfermos que requieren un tratamiento inmediato, sin el cual sería inútil la investigación radiológica y clínicas practicadas;- He tenido a bien dictar el siguiente ---
 ACUERDO: lo.- Se comisiona a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para que a través del Instituto Nacional de Neumología atienda a los empleados públicos dependientes del Poder Ejecutivo que se encuentran enfermos del pulmón, ya sea mediante su intervención en los casos que considere necesarios para los fines de atención médico-quirúrgica, o bien -- por medio de consulta externa cuando lo juzgen conveniente.
 2o.- Los funcionarios o empleados del Poder Ejecutivo enfermos del pulmón, que ameriten un tratamiento especial y su aislamiento del resto del personal federal, disfrutaran de una licencia especial para su curación con goce de sueldo-- íntegro hasta por un período de un año, como máximo.- 3o.-- La Secretaría de Salubridad y Asistencia tendrá la obligación de rendir un informe mensual a los departamentos médicos de las diferentes Dependencias del Ejecutivo, sobre los empleados públicos enfermos a su cuidado, en la inteligencia de que ya no cobrará ningún gasto adicional.- 4o.- Para dos enfermos que se mencionan, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público concederá una ampliación líquida por -----

#

\$5000.000.00 a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para que a través de la Campaña contra la Tuberculosis y el Instituto Nacional de Neumología sea destinada esta cantidad específicamente para los fines que se mencionan anteriormente.- Sufragio Efectivo.-No Reelección.- México, D. F., a 28 de febrero de 1953.- El Presidente de la República.- Adolfo Ruiz Cortínez. (Rúbrica).- El Secretario de Hacienda y Crédito Público.- Antonio Carrillo Flores. (rúbrica).- El Secretario de Salubridad y Asistencia. Dr. Ignacio Morones Prieto. (Rúbrica). Con esta fecha y bajo el número IV-529 se tomó nota del presente acuerdo.- México, D. F., a 22 de abril de 1953.- P.A. del Secretario el Subsecretario.-Benito Coquet. (Rúbrica).-----

Y en cumplimiento de lo dispuesto por el C. Secretario del Ramo, atento a la solicitud del C. Lic. Jesús Ramírez, Sub-Procurador Fiscal de la Fed., según oficio número 529.-----

III3471. LFS., de fecha 14 de enero próximo pasado, se expide la presente copia certificada en dos fojas útiles, a los cuatro días del mes de febrero de mil novecientos setenta.



SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
COORDINACION DE ASESORES

NUM. DEL OFICIO: 3506

México, D.F., a 27 de Agosto de 1993.

DR. CARLOS DEL RIO CHIRIBOGA,
DIRECTOR EJECUTIVO DEL
CONSEJO NACIONAL DE PREVENCIÓN
Y CONTROL DEL SIDA,
COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN No. 35,
COL. COPILCO UNIVERSIDAD,
C.P. 04360, MÉXICO, D.F.

(2)
Lic. Parashenko
(ver!)

En relación a su atenta solicitud, en el sentido de modificar la Normatividad Institucional vigente para el control administrativo de los pacientes seropositivos, enfermos de SIDA, casos de aborto y enfermedades venéreas, se procedió a evaluar el asunto planteado, y se decidió omitir esos diagnósticos de la siguiente manera:

1. En el original y la copia de la Licencia Médica que se entrega al paciente no anotar el diagnóstico del padecimiento base, pero si deberán registrarse en las copias que se quedan en la Unidad Médica.

Esperando haber dado respuesta satisfactoria a su petición, me es grato enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL COORDINADOR

DR. IRAM RAMÍREZ TENA

CONASIDA
RECEPCION
SET. 29. 1993
DIRECCION EJECUTIVA

- c.c.p. DR. JAVIER CASTELLANOS COUTIÑO, Subdirector General Médico Presente.
c.c.p. DR. ALFONSO QUIÑONES VALENZUELA, Jefe de Servicios de Normatividad.-Presente.



AGOSTO 27 DE 1993.

OPINION TECNICA

NORMATIVIDAD Y DIAGNOSTICOS QUE AFECTAN LA CONFIABILIDAD DE LAS PERSONAS.

EN ATENCION AL VOLANTE DE TURNO 1445 FECHADO EL DIA 8 DE JUNIO DEL AÑO EN CURSO, CON REFERENCIA AL OFICIO ENVIADO POR EL DR. CARLOS DEL RIO CHIRIBOGA, SOLICITANDO EL CAMBIO DE LA NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL, EN RELACION A DETERMINADOS DIAGNOSTICOS QUE AFECTAN LA CONFIABILIDAD DE LAS PERSONAS QUE SON SUJETOS DE LOS MISMOS, NOS PERMITIMOS HACER LAS SIGUIENTES, CONSIDERACIONES.

1. EN CONFORMIDAD CON LA LEY DE INFORMACION, ESTADISTICA Y GEOGRAFIA, Y DE LOS CRITERIOS DE LA SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO, EN EL TITULO SEXTO, CAPITULO UNICO, ARTICULOS 104 Y 105 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, SE SEÑALA LA OBLIGATORIEDAD DE LA NOTIFICACION E INFORMACION POR PARTE DE LAS ORGANIZACIONES FISICAS QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE CASOS DE ENFERMEDAD CON EL PROPOSITO DE QUE SE ELABOREN LAS ESTADISTICAS NACIONALES. EN EL TITULO OCTAVO, CAPITULO DOS, ARTICULOS 134 Y 136. DE ESTA MISMA LEY, SE ESPECIFICA LO REFERENTE A NOTIFICACIONES DE SIDA Y VIH POSITIVO.
2. EN EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA, EN EL CAPITULO DOCE, ARTICULO 248, SE ESPECIFICA MULTA DE CIEN A QUINIENTAS VECES EL SALARIO MINIMO AL PERSONAL DE SALUD QUE PROPORCIONE INFORMACION DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL EXPEDIENTE CLINICO DEL PACIENTE, CUANDO ESTA INFORMACION NO SEA CON FINES CIENTIFICOS O TERAPEUTICOS Y SIN QUE EXISTA ORDEN JUDICIAL O DE LA AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTES.



3. EL MANUAL INSTITUCIONAL DE NORMAS PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR VIH Y SIDA, DICE EN EL PUNTO 6.2 QUE LA COMUNICACION AL PACIENTE, DEBERA SER CON ABSOLUTA DISCRECION, -- EVITANDO SEA CONOCIDA POR OTRAS PERSONAS YA SEAN FAMILIARES O PERSONAL DE SALUD, Y QUE ESTE DEBE EVITAR LA DIVULGACION DE -- LOS RESULTADOS POSITIVOS DE ACUERDO A LA ETICA PROFESIONAL. POR OTRA PARTE, CUANDO SEA NECESARIO INFORMAR A LOS FAMILIARES ESTO SE HARA MEDIANTE MANEJO DELICADO.

EN EL PUNTO 6.3 SE SEÑALA QUE LA INVESTIGACION DE FUENTES DE -- INFECCION Y DE LOS CONTACTOS, SE LLEVARA A CABO PREVIO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

EN EL PUNTO 6.8 DEL MISMO MANUAL SE SEÑALA LA OBLIGACION DE -- LOS PACIENTES CON VIH O SIDA A NOTIFICAR SU SITUACION EN CASO DE REQUERIR ATENCION DENTAL, QUIRURGICA O TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO.

4. EN ACUERDO CON LA NORMA TECNICA NUMERO 52, PUBLICADA EN EL DIA RIO OFICIAL DE FECHA 20 DE AGOSTO DE 1986, EL INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL EXPEDIENTE CLINICO COMO UN DOCUMENTO INDISPENSABLE QUE DEBE SER CONSERVADO Y MANEJADO CUIDADOSAMENTE Y SEÑALA EN LOS ARTICULOS: 3o., 7, 8, 9, 10, 13, 21 Y 22 EL REGISTRO -- DEL DIAGNOSTICO.
5. EN EL MANUAL INSTITUCIONAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICENCIA MEDICA POR ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y PERMISOS POR CUIDADOS MATERNOS, SE INDICA, HACIENDO REFERENCIA AL TITULO QUINTO, CAPITULO UNO, ARTICULO 3 DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO -- DEL ESTADO, QUE LOS TRABAJADORES QUE SUFRAN ENFERMEDADES NO -- PROFESIONALES, TENDRAN DERECHO A QUE SE LES CONCEDA LICENCIA MEDICA.



DENTRO DEL CONCEPTO SE MARCA: LA LICENCIA MEDICA ES EL DOCUMENTO OFICIAL POR MEDIO DEL CUAL EL INSTITUTO HACE CONSTAR QUE EL TRABAJADOR ESTA INCAPACITADO FISICAMENTE.

DENTRO DE LAS POLITICAS, SE SEÑALA QUE LA UNIDAD MEDICA RESOLVERA O ACLARARA LAS SITUACIONES PROBLEMATICAS POR LA EXPEDICION DE LICENCIAS MEDICAS, QUE PUDIERAN SURGIR, ANTE LAS AUTORIDADES, REPRESENTACIONES LABORALES O SINDICALES Y, QUE EL MEDICO TRATANTE QUE EXPIDA LICENCIAS MEDICAS, DEBERA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO EL NUMERO DE FOLIO DE LA SOLICITUD DE LA LICENCIA MEDICA, FECHA, NUMERO DE DIAS OTORGADOS, DIAGNOSTICO, FIRMA Y CLAVE.

6. EL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION-INFORMACION EN EL INSTITUTO SE REALIZA CON BASE EN EL ACUERDO DEL GRUPO INTERINSTITUCIONAL, BAJO LA LINEA DE CONFIDENCIALIDAD Y DISCRECION. LA NOTIFICACION ES EXCLUSIVAMENTE OFICIAL Y LA INFORMACION MUY CONFIDENCIAL.

CON BASE EN LAS CONSIDERACIONES ANTERIORES SE PROPONE:

1. SI BIEN LA NOTIFICACION Y LA INFORMACION SON NECESARIAS DEBERAN HACERSE SIGUIENDO LA NORMA ESTABLECIDA.
2. COMO ALTERNATIVA DE SOLUCION AL PROBLEMA SE PROPONE QUE: EN LA LICENCIA MEDICA NO SE ANOTE EL DIAGNOSTICO EN EL ORIGINAL Y EN LA COPIA QUE SE ENTREGAN AL PACIENTE. Y SI EN LAS COPIAS QUE QUEDAN EN LA UNIDAD MEDICA Y EN EL DEPARTAMENTO DE ACTUARIA Y ESTADISTICA DE LA SUBDIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION.

B I B L I O G R A F I A

- APODACA Rangel María de Lourdes "La Sistematización en Trabajo Social", --
 Edit.- UNAM/ENTS, año 1992.
- BRANDENBURG Ana B. "Servicio Social Hospitalario", Edit. Humanitas, Cuader-
 nos de Servicio Social Núm. 17, Buenos Aires, Argentina, 2a. Edición.
- CIRIGLIANO F.J. Gustavo y Aníbal Villaverde "Dinámica de grupo y educación",
 ed. Humanitas, Argentina. 1982.
- GALVAN Díaz Francisco, Artículo, R. TOPODRILLO #.7, 1989, "NOTAS EN VOZ ALTA,
 págs. 10-12
- HERNÁNDEZ DE Vittorioso Lidia C. "Trabajo Médico Social" Edit. Humanitas, -
 Cuadernos de Asistencia Social Núm. 20, Argentina.
- INFANTE Gama Vicente compilador; Antología "Trabajo Social y Salud". UNAM-
 ENTS. México 1992
- KOOP C. Everett, "Informe del Jefe del Servicio de Salud Pública de los E.
 U. de Norteamérica, sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida AIDS"
 Servicio de Salud Pública de los E.U. 1987.
- LEWIS John "la sociología de Max Weber" Ed. Nuestro Tiempo, México, 1981.
- MILLER David "viviendo con SIDA y HIV", Edit.- Manual Moderno México 1992.
- MILLER David-Weber-Green, "Atención de pacientes de SIDA". Edit.-Manual Mo-
 derno, 1a. Reimpresión 1990. México.
- MONTAGNIER LUC., Jean Baptista Brunet y Kietzmann David, "El SIDA y sus Ví-
 rus", Mundo Científico, págs. 860-871, # 50 1985.
- PARDINAS Felipe, "Metodología y Técnicas de investigación en ciencias socia-
 les", Edit.- Siglo Veintiuno, 1984.

TREVINO Jesús Manuel "SIDA, la peste del siglo XX", síntesis del libro efectuada por el ISSSTE/LEON, año 1990.

RESCHER Nicholás, "Sistematización Cognoscitiva", Edit. Siglo Veintiuno México 1981.

SONTAG Susan "El SIDA y sus Metáforas" Edit. Muchnik. Editores. Barcelona, 1989.

WHIT T. TAKER James O. "La Psicología social en el mundo de hoy", Ed. Trillas, México 1984.

Boletín Internacional sobre prevención y control del SIDA, Número 19, Abril-Junio 1993, "La capacitación hace la gran diferencia".

DIARIO Oficial de la Federación, Miércoles 27 de mayo de 1987 "Decreto por el que se Reforma y Adiciona la Ley General de Salud". Págs. 7-13.

DIARIO OFICIAL de la Federación, Lunes 14 de Noviembre de 1988, Secretaría de Salud, Norma técnica # 323, para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos. Págs. 35-40

DIARIO Oficial de la Federación, jueves 17 de Noviembre de 1988, Secretaría de Salud, Norma Técnica # 324, para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Págs. 15-19.

CONASIDA, Folleto "EL SIDA y T4".

CONASIDA, Folleto "SIDA información básica".

CONASIDA, Folleto "SIDA en el lugar de trabajo".

CONASIDA, Folleto "Mujer y SIDA".

ISSSTE, Folleto "SIDA".

CONASIDA, Folleto "Sexo Seguro".

CONASIDA, Folleto "Todo lo que querías saber sobre el SIDA".

ARMADA de México, Folleto "SIDA".

Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994.

Secretaría de Salud, Folleto "EL SIDA y TÁ".

Educación para la salud al Magisterio, ISSSTE, Subdirec. Gral. Médica 1984.

GACETA informativa, CONASIDA, "Informa es proteger" número especial U.A.M. Enero 1990.

Gran enciclopedia ilustrada círculo vol. 5, tomo crisis esbo círculo de --- electores España 1986.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Sub.-Dire.-Gral.-de prestaciones Económicas.-Instructivo para el Trámite - de los beneficios de pensionados.

Instituto Mexicano de Psiquiatría, Taller "ciclo vital de la Familia 1993".

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.-Sub.-Dir.-Gral.-Médica. "Guía para Trabajo Social sobre SIDA".

Manual de Operación de Trabajo Social para Unidades de Primer Nivel. Sub-direc. Gral.-Médica. ISSSTE.

WELLCOME, Laboratorios, manual de actualización "Manejo de las enfermedades por VIH", número 1.

ISSSTE, Curso "Introducción a la Tanatología", Cd. México Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", enero de 1994.

REVISTA, Amigos contra el SIDA, año 1, núm. 3, Mayo de 1992, "Informate, - protégete del SIDA".

REVISTA, *Los Universitarios Hoy*, Núm. 21, Marzo de 1991, Amalia Fisher, "Se
xo Seguro una Invitación a la Vida". Págs. 20-30

REVISTA, *Los Universitarios Hoy*, Núm. 24, tercera época Junio de 1991, Eli-
zabeth Hubler Ross, "EL SIDA: Un desafío a la sociedad". Págs. 29.

REVISTA, *Los Universitarios Hoy*, Núm. 25, Tercera época, Julio de 1991, --
"Como-el Virus toma el mando", pág. 18.

REVISTA *Internacional del Trabajo*. Vol. 108, año 1989, Núm. 2. "EL SIDA y
el Lugar de Trabajo" Organización Internacional del Trabajo.

REVISTA, *Trabajo Social* Núm. 37, Enero, Febrero y Marzo 1989. "Perfil Profe
sional del Trabajador Social en el área de Salud". Edit.-UNAM-ENTS.