

**TESIS DE LA MAESTRIA EN “DISEÑO Y GESTIÓN DE PROGRAMAS
SOCIALES”**

FLACSO. FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES.

SEDE ARGENTINA

“La voz de los sujetos trasplantados del corazón y la accesibilidad a los programas sociales”.

Los pacientes trasplantados del corazón en el Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red “Dr. Néstor Carlos Kirchner”, de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires durante los meses de julio a diciembre de 2012 y enero a diciembre de 2013.

Autora: Crespo Juliana. Lic. en Trabajo Social. UNLP
Director de Tesis: Lic. Daniel Arroyo

Título: “Las voz de los sujetos trasplantados del corazón y la accesibilidad a los programas sociales”

Los pacientes trasplantados del corazón en el Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red “Dr. Néstor Carlos Kirchner”, de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires durante los meses de julio a diciembre de 2012 y enero a diciembre de 2013.

Tema: “Los Beneficios Sociales de los Trasplantados y la Inclusión en los Programas Sociales de gestión estatal en un Hospital de Alta Complejidad en Red”.

RESUMEN

La tesis de investigación surge del contacto directo con las personas que van a hacer trasplantadas del corazón en *el Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red "Dr. Néstor Carlos Kirchner"*. En su mayoría, son personas adultas, no mayores de 70 años de edad, con esperanza de vida menor a un año. Quienes han recorrido un largo camino antes de llegar a dicha institución marcado por mecanismos y circuitos complejos de accesibilidad a las necesidades y beneficios sociales de los diferentes programas de gestión estatal.

En una primera instancia, la investigación intenta recuperar las valoraciones socio-culturales de las personas trasplantadas del corazón sobre el nivel de accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales, el nivel de articulación que existe entre el estado nacional, provincial y municipal para atender a las mismas, y el grado de articulación que existe entre los diferentes programas sociales de gestión estatal que llevan adelante acciones para dar respuestas a las necesidades y beneficios sociales de las personas trasplantadas.

En este sentido, los programas sociales de gestión estatal implementan acciones de intervención social de carácter estrictamente "asistencial" que tienen como eje el acceso a los beneficios sociales y satisfacción de las necesidades de las personas trasplantados sin desarrollar un abordaje integral que tenga en cuenta la visión de APS (acciones de prevención y promoción de salud), la articulación de las acciones y la modalidad de trabajo con equipos interdisciplinarios.

La investigación intenta recuperar las valoraciones de las personas trasplantadas,

y el grado de accesibilidad a los beneficios sociales y de articulación entre los diferentes programas de gestión estatal.

La problemática pone de manifiesto la necesidad de contar con acciones de prevención y protección de salud que favorezcan la inclusión social, la ampliación de las capacidades y de los derechos de las personas trasplantadas en materia de salud de alta complejidad. Visualizar, las diferentes aristas de la problemática de alta complejidad en toda su totalidad brindando, mayor presencia del estado en el acompañamiento y seguimiento de las acciones de prevención, promoción, cuidado y protección de la salud de la población trasplantada.

Considero que aún falta bastante por recorrer y poner en evidencia a través de los propios sujetos involucrados que ambas caras de la problemática “APS y Alta Complejidad” forman parte de las diferentes aristas de la problemática de trasplante.

INDICE

1-Resumen	Pág. 3
2-Antecedentes Teóricos	Pág. 8
3-Antecedentes Regionales	Pág. 9
4-Antecedentes de Argentina.	Pág. 10
5-Antecedentes Empíricos	Pág. 11
6- Marco Teórico	
-Niveles de Evaluación de los candidatos a trasplante	Pág. 13
-Categorías de los pacientes trasplantados	Pág. 15
-Áreas y servicios implicados	Pág. 16
-Contraindicación para el trasplante. Consenso Español.	Pág. 19
-CUCAIBA y el rol de los profesionales.	Pág. 31
-Contextualización de la crisis del Estado de Bienestar	Pág. 39
-Algunas consideraciones sobre Reforma del Estado	Pág. 42
-Estado y Sociedad ¿nuevas reglas del juego?	Pág. 43
-Políticas sociales, Asistencia Social y construcción de derechos.	Pág. 52
-El cuerpo y los beneficios sociales	Pág. 60
-Intervención profesional y abordaje interdisciplinario.	Pág. 77
7-Objetivo general y objetivos específicos	Pág. 82
8-Problema	Pág.84
9-Hipotesis	Pág. 85
10-Propuesta Metodológica	Pág.85
11-Relevamiento de datos	Pág. 92
12-Ánàlisis y Conclusiones Finales	Pág.99

13-Anexo

Pág. 106

14-Bibliografía

Pág. 200

Agradecimientos.

Quiero agradecer al Director de mi Tesis al Lic. Daniel Arroyo, quien me acompañó y apuntaló en el recorrido de la investigación, a la Srta. Lucia Miranda trabajadora incansable de la maestría, quien siempre me apoyo hasta último momento y a los sujetos trasplantados del corazón por su tiempo, sus historias de vida, sus saberes y conocimientos....

La investigación de mis tesis se la quiero dedicar especialmente a los sujetos trasplantados del corazón del Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red "Dr. Néstor Carlos Kirchner", de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires , con quienes tuve una **conversación como cirugía a corazón abierto....**

A mis compañeros y Trabajadores del Hospital, al Equipo médico de Trasplante y al Equipo Interdisciplinario conformado por los Trabajadores Sociales y Psicólogos, y a la población de mi querida ciudad Viedma. Río Negro.

Antecedentes Teóricos

La literatura existente en la Sociedad Argentina de Trasplante sobre el tema a investigar comprende estudios basados en la descripción de la esperanza de vida del trasplantado y las prácticas de seguridad e higiene para evitar posibles infecciones post –trasplante.

Otros estudios se enmarcan en la descripción del tipo de alimentación nutricional, y la frecuencia de la actividad física que debe realizar el trasplantado para mantener un estilo de vida saludable.

También, existen estudios que describen los controles y tratamientos médicos, y la medicación que debe tomar el paciente post-trasplante y el uso correcto de la misma. La gran mayoría de los estudios psicológicos se centran en la depresión post-trasplante que atraviesa el paciente y los factores que generan dicha enfermedad.

A lo largo de los años se han desarrollado investigaciones a nivel nacional e internacional sobre trasplante del corazón relacionado al estudio de las representaciones sociales centrada en la vida, o sea en las consecuencias del trasplante como posibilitador de la continuidad de la vida.

Otros estudios caracterizan los pormenores que rodean la situación del trasplante, muchos de ellos vinculados al dolor, la angustia y al sufrimiento; a las posibilidades de fracaso de la operación, a la diferenciación de los órganos que se pueden donar, a la vinculación de los trasplantados con las personas

accidentadas.

Hay escasos estudios que contribuyan al análisis social del fenómeno aportando desde el marco de la investigación cualitativa una visión que permita acceder a los sentidos y significaciones del propio actor.

En este sentido, es importante resaltar que existe información reunida en torno al tema pero escasean estudios que den cuenta de los aspectos más subjetivos del paciente post- trasplante y que permita a la vez recuperar las significaciones construidas por los trasplantados acerca de la relación existente entre los programas sociales de gestión estatal que desarrollan una intervención social específica destinada a las personas trasplantadas para acceder a las necesidades y beneficios sociales, el grado de accesibilidad de los trasplantados a los mismos, y el nivel de articulación existente entre los programas sociales estatales.

Antecedentes Regionales

Latinoamérica inicia su actividad de trasplante tan pronto como se realizaron los trasplantes en el mundo, principalmente países de Suramérica se destacan por su temprana participación y aportes al progreso de la nueva especialidad. Paralelamente, estos estados fueron creando sus leyes de trasplante.

En 2010 la OMS registraba 98 países a nivel mundial con servicios de trasplante, de los cuales el 9% no tienen una ley específica que los regule.

La primera ley de Donación y Trasplante de Latinoamérica es la de Brasil en el

año 1963 y 1968, le siguió Uruguay en 1971. En las siguientes, cuatro décadas los países latinoamericanos fueron creando su marco jurídico, de manera que en el 2009 todos tienen una ley específica de donación y trasplante, excepto Nicaragua. Nicaragua inicia su actividad de trasplante en el año 2000, y su proceso de creación de la ley de trasplantes en el 2009. Esto representa un hecho histórico para Latinoamérica, con la que ya todos los países tienen su marco legislativo de trasplante.

Antecedentes de Argentina

PROGRAMAS DEL CUCAIBA

Cobertura social para trasplantados subsidiados por CUCAIBA en la red estatal

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires es la autoridad de aplicación de la legislación nacional y provincial que regula la actividad trasplantológica en la jurisdicción de la provincia de Bs As.

El CUCAIBA (centro único de Ablación e Implante de la pcia. de Bs As) organismo de ley dependiente de dicho Ministerio, es el responsable del desarrollo de los siguientes programas.

- Procuración de órganos y tejidos para implantes.
- Desarrollo del servicio de trasplante en el sistema provincial de salud.

- Programa de subsidio para trasplante
- Programa de Normatización y fiscalización.

En el año 2003 hubo 301 donantes y en el 2012 llegamos a un total de 630, permitiendo una evolución de 625 trasplante en 2003, a 1458 en el último año. Estos números indican que en el 2003 se hacían un trasplante cada 12 horas y media, llegando al 2011 con un trasplante cada siete horas y en el 2012 con un trasplante cada seis horas en la República Argentina.

Antecedentes Empíricos

Uno de los antecedentes más importantes en los últimos tiempos en la República Argentina en torno al tema planteado fue la realización del primer trasplante cardiaco que se llevo adelante en un Hospital público: Hospital “El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner Alta Complejidad en Red” de la localidad de Florencio Varela.

El trasplante realizado significó un cambio conceptual notable para la población destinataria ya que no había ningún efector público que lo lleve adelante marcando un precedente importante en la zona.

Durante, el 2012 se ha inaugurado una nueva tecnología de diagnóstico, tomografía multislice, resonancia magnética nuclear y ecocardiografía tridimensional que permiten diagnóstico de alta precisión y esto permite que el área de cirugía cardiovascular sea probablemente la mejor equipada y de mayor complejidad en todo el ámbito de la asistencia pública de la República Argentina.

Durante el 2012 el hospital logró referenciarse como un centro nacional de trasplante multiorgánico sumando un total de 27 trasplante realizados de médula ósea, corazón, córnea, y dos trasplante hepático a principio del 2013. También, logró consolidare como uno de los mayores centros neuroquirúrgicos de Argentina, y como un centro de innovación y de referencia a nivel nacional.

También, creció el programa del hospital donante a partir del trabajo de diversos miembros del hospital y con soporte del CUCAIBA. Se lograron durante el 2012 nueve donantes reales, este número nos coloca como el primer hospital donante de la zona sexta.

Marco Teórico

El Trasplante Cardíaco es una terapia establecida para pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. En pacientes seleccionados se asocia a una significativa mejoría de la supervivencia y de la calidad de vida. El limitado número de donantes, los costos del trasplante y la necesidad de seguimiento médico con morbimortalidad asociada hacen que este recurso deba ser utilizado en los pacientes adecuados.

Serán incluidos en plan de Trasplante Cardíaco los pacientes portadores de enfermedad cardíaca terminal que no responden al tratamiento médico óptimo y/o tratamientos invasivos o quirúrgicos convencionales, y aquellos cuyo pronóstico de vida, con o sin estos tratamientos, se estime menor a 1 año.

La primera consideración en la evaluación de un candidato a trasplante es determinar si existen condiciones potencialmente reversibles que, al ser

eliminadas, podrían hacer innecesario el mismo. Cuando no existe una condición reversible se deben evaluar el riesgo del paciente y la indicación o contraindicación del trasplante.

Niveles de Evaluación de los Candidatos a Trasplante

Un corazón es un órgano que posee cuatro cámaras. Dos superiores llamadas aurículas, derecha e izquierda y dos inferiores denominados ventrículos (derecho e izquierdo). Cuando la sangre deja cada cámara del corazón, pasan a través de un sistema de válvulas que obligan a la sangre moverse en un sólo sentido a través del corazón.

Seguimiento Pre-Trasplante Cardíaco

Primer Nivel "Detección de Pacientes":

"Consultorios Externos e Internación"

En este nivel se detectan los potenciales candidatos a trasplante, los cuales son evaluados desde el punto de vista de su patología terminal. Se descartará la posibilidad de otra alternativa terapéutica (Revascularización Miocárdica, Recambios Valvulares, Aneurismectomía, Optimización del Tratamiento Médico, etc.) y se evaluará inicialmente:

- Perfil psicológico y social
- HIV
- HCV

- HBV
- Chagas

Es de fundamental importancia realizar estas determinaciones antes de avanzar en la evaluación como potencial candidato para trasplante.

Segundo Nivel "Evaluación de Pacientes":

Aquellos pacientes preseleccionados en el primer nivel como posibles candidatos a trasplante serán internados (si su condición así lo requiere) durante los días necesarios para realizar los correspondientes estudios y exámenes pre quirúrgicos.

Tercer Nivel "Aceptación o rechazo de pacientes":

Una vez completada la evaluación los pacientes serán discutidos por el grupo de trasplante e incluidos en la lista de espera, clasificados según la "urgencia" de cada caso, para formar parte del grupo de pacientes "electivos", "en urgencia" o en "emergencia".

Aquellos pacientes rechazados de la posibilidad terapéutica de trasplante serán controlados y seguidos por el mismo grupo en forma intrahospitalaria y/o ambulatoria y se evaluarán terapéuticas alternativas al mismo que permitan una buena sobrevida y calidad de vida.

Receptores de Trasplante Cardíaco

El trasplante cardíaco es una terapia establecida para pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. En pacientes seleccionados se asocia a una significativa mejoría de la supervivencia y de la calidad de vida. El limitado número de donantes, los costos del trasplante y la necesidad de seguimiento médico con morbilidad asociada hacen que este recurso deba ser utilizado en los pacientes adecuados.

Serán incluidos en plan de Trasplante Cardíaco los pacientes portadores de enfermedad cardíaca terminal que no responden al tratamiento médico óptimo y/o tratamientos invasivos o quirúrgicos convencionales, y aquellos cuyo pronóstico de vida, con o sin estos tratamientos, se estime menor a 1 año.

La primera consideración en la evaluación de un candidato a trasplante es determinar si existen condiciones potencialmente reversibles que, al ser eliminadas, podrían hacer innecesario el mismo. Cuando no existe una condición reversible se deben evaluar el riesgo del paciente y la indicación o contraindicación del trasplante.

Categoría de Pacientes para ser Trasplantados.

Los pacientes se incluirán en las siguientes categorías clínicas

- **Electivo:** Pacientes ambulatorios o internados sin inotrópicos IV o sistemas de asistencia mecánica circulatoria o respiratoria
- **Urgencia:** Pacientes internados en unidades de cuidados intensivos con inotrópicos en dosis necesarias para mantener un adecuado gasto

cardíaco.

- **Emergencia:** Pacientes con asistencia circulatoria o respiratoria mecánica

Los cambios en el estado clínico de los pacientes serán comunicados de inmediato al INCUCAI y ratificados por escrito dentro de las 24 Hs.

Criterios de Inclusión:

- Edad < de 70 años.
- Expectativa de vida < a un año. Sin solución médica y/o quirúrgica convencional.

Criterios Cardiológicos de Alto Riesgo

- R3
- Clase Funcional III-IV (NYHA)
- BCRI
- Hiponatremia
- Niveles de catecolaminas plasmáticas elevadas (NA > de 400 pg./ml)
- Arritmia Ventricular Maligna o potencialmente maligna
- Antecedentes de Muerte Súbita

Áreas / Servicios implicados

El trasplante de órganos constituye una especialidad multidisciplinaria que compromete en su totalidad a los diferentes servicios y grupos de trabajo de la

Institución. Entre ellos: Administración, Anatomía Patológica, Anestesia, Endocrinología, Cardiología, Prevención, Cirugía, Consultorios Externos, Clínica Médica, Ecocardiografía, Electrofisiología, Emergencias, Enfermería, Farmacia, Gastroenterología, Hemodinamia, Infectología, Inmunología e Histocompatibilidad, Kinesiología y Rehabilitación, Laboratorio, Mantenimiento, Nefrología, Neumonología, Neurología, Trabajo Social, Nutrición, Psicología, y Radiología.

Evaluación cardiológica de los pacientes portadores de cardiopatías, mi cardiopatía o cardiopatías dilatadas candidatos a trasplante cardiaco

Antes de iniciar los exámenes pre trasplante de los potenciales candidatos se hace indispensable la evaluación cardiológica completa con la finalidad de descartar cualquier otro tipo de terapéutica que pueda brindarle una oportunidad a nuestro paciente.

Criterios de Exclusión.

Contraindicaciones absolutas

- Infección activa aguda (sepsis) o crónica.
- Cáncer sin criterios de curación.
- Drogadicción (actual).
- Alcoholismo (actual).
- Trastornos psíquicos severos.
- Trastornos neurológicos irreversibles.

- Úlcera gástrica o duodenal sangrante.
- Obesidad severa (> del 125 % del peso corporal teórico).
- Trastornos de la coagulación no pasibles de corrección.

Contraindicaciones Relativas

- Edad > de 70 años
- Inestabilidad psico-social.
- Enfermedad arterial periférica que requiera la colocación de prótesis para su tratamiento
- Infarto de pulmón no resuelto (6 semanas).
- Enfermedad pulmonar parenquimatosa severa (EPOC).
- Aumento de las resistencias pulmonares por encima de 6-8 UW sin respuesta a tratamiento médico.
- Gradiente transpulmonar > a 15 mmHg. (Estos pacientes deberán ser considerados para trasplante cardiopulmonar)
- Incompetencia inmunológica (GS - CM)
- HIV (+)
- Desórdenes sistémicos que puedan comprometer la sobrevida o predisponer a excesiva mortalidad post-operatoria (renal, hepático, digestivo, endócrino o metabólico).

Los trasplantes de múltiples de órganos (corazón y pulmón, corazón y riñón,

corazón - hígado y riñón, corazón - pulmón e hígado), y el advenimiento de la nueva generación de inmunosupresores, han hecho que algunas de estas contraindicaciones tengan carácter relativo y que sea necesario evaluar cada caso en forma individual.

Contraindicaciones para Trasplante Cardíaco, según el Consenso Español.

Contraindicaciones Absolutas.

- Enfermedades sistémicas concomitantes con mal pronóstico
- Neoplasias malignas con posibilidades de recidivas
- Diabetes *mellitus* con afección orgánica (retinopatía, nefropatía, neuropatía)
- Enfermedad arteriosclerótica grave cerebral o vascular periférica
- Hipertensión arterial pulmonar grave e irreversible
- Enfermedad pulmonar grave (FEV1 < 40%, CVF < 50%)
- Infección activa no controlada
- Enfermedad ulcerosa y diverticular activas
- Muy alto riesgo de incumplimiento terapéutico por motivos psiquiátricos, psicosociales o de abuso de drogas
- Edad biológica avanzada con una expectativa de vida < 5 años con independencia de su enfermedad cardíaca.

Contraindicaciones relativas mayores

- Peso > 150% del peso ideal
- Infección por VIH
- Diabetes *mellitus* sin afección orgánica (retinopatía, nefropatía, neuropatía)
- Enfermedad arteriosclerótica ligera-moderada cerebral o vascular periférica
- Virus de la hepatitis C de alto riesgo
- Insuficiencia renal en hemodiálisis (posibilidad de trasplante combinado)
- Cirrosis (posibilidad de trasplante combinado)
- Edad biológica > 65 años

Contraindicaciones relativas menores

- Peso del 120-150% del peso ideal
- Neoplasias con baja probabilidad de recidiva
- Osteoporosis
- Enfermedad pulmonar no grave (FEV1 > 40%, CVF < 50% de lo normal)
VHC o VHB de bajo riesgo
- Afección renal no grave sin hemodiálisis
- Afección hepática no grave sin cirrosis
- Riesgo de incumplimiento terapéutico

- Riesgo de incumplimiento terapéutico por motivos psiquiátricos, psicosociales o de abuso de drogas previo
- Abuso de tabaco y/o alcohol

Duración de la Evaluación:

El período de evaluación de un candidato a trasplante cardíaco es de 3 días aproximadamente. Los trasplantes con carácter de urgencia pueden ser indicados en ciertos pacientes bajo la autorización del grupo de trasplante sin haber cumplimentado previamente la evaluación completa realizando una “**Evaluación Rápida**” que comprende fundamentalmente aquellos estudios destinados a evaluar el funcionalismo renal y hepático, serología, psicopatología y descartar mediante una adecuada anamnesis y los estudios complementarios que puedan realizarse de acuerdo al estado del paciente la presencia de patologías incluidas dentro de las contraindicaciones absolutas.

Evaluación Psico-social.

Interconsulta con Psicología y Trabajo Social

Es de fundamental importancia la evaluación psicosocial de los posibles candidatos a trasplante. Es conveniente obtener un informe socioeconómico del paciente y una entrevista con la Asistente Social previo al inicio de la evaluación y completar la encuesta social del CUCAIBA como requisito central para la cobertura del trasplante.

La consulta psicológica previa al ingreso del paciente en el plan de evaluación

puede orientar a los profesionales tratantes en el manejo del paciente y su entorno.

Categorizaciones

Sin contraindicación

Serán incluidos en esta categoría aquellos pacientes en los cuales se observa:

- Adecuada plasticidad en su dinámica psíquica.
- No presentan síntomas psíquicos que dificultasen los aprendizajes necesarios que la situación de trasplante requiere.
- No tienen antecedentes de enfermedades psíquicas previas.
- Presentan signos de angustia señal, lo que les permitía realizar los procesos de asimilación - acomodación (adaptación) necesarios para enfrentar la situación de trasplante.
- Todos los casos deberán observar una adecuada contención familiar y red de sostén social.

Necesita seguimiento

En esta categoría se agruparan los pacientes en los cuales se observa:

- Dificultades en la adaptación y cumplimiento de los tratamientos relacionados con los requerimientos del programa de trasplante.
- Síntomas psíquicos como depresión, fobias, psicopatías leves, síndrome de pánico, y patologías narcisistas, acompañados por manifestaciones de

angustia en algunos casos de carácter invalidante.

- Presentan antecedentes de enfermedades psíquicas previas.
- Se observaron dificultades en la dinámica familiar y pobreza vincular.

No se recomienda su ingreso

En esta categoría se agrupan aquellos pacientes que presentan:

- Imposibilidad de adaptarse al cumplimiento de los tratamientos relacionados con los requerimientos del programa de trasplante.
- Enfermedades psíquicas severas psicosis activas, adicciones, psicopatías graves.
- Antecedentes previos de episodios psicóticos con tratamientos psiquiátricos e internaciones.
- Severas dificultades en la contención familiar y/o ausencia de la misma. Carencia y/o pobreza de soporte social.

Grupo No Evaluable

Asimismo se incluirán dentro del **grupo no evaluable** aquellos pacientes que no realizaron evaluación psicológica por razones de índole médica (emergencias clínicas y/o derivación a otro tipo de cirugía o tratamientos clínicos, etc.).

Interconsulta con Asistencia Social

La consulta con una asistente social durante el período pre trasplante es de suma utilidad para conocer las condiciones habitacionales y sociales del paciente, y su grupo familiar conviviente. También, las condiciones de contención social y familiar con las que cuenta el paciente durante todo el proceso de atención y tratamiento en salud.

Categorías Sociales

Aptos:

-Situación familiar: -grupo familiar o social continente (acompañamiento-contención- tramitaciones)

-Situación laboral: -Pte. Incorporado/a al mercado laboral

-Con licencia medica

-Jubilado o pensionado

-Situación económica: Ingresos que satisfagan las necesidades básicas, de acuerdo al grupo familiar conviviente. Los ingresos deben ser propios (paciente o familia) y estables. Deben cubrir gastos no cubiertos por su Obra Social, por ejemplo viáticos, alojamiento en Capital, alimentación.

-Situación habitacional: vivienda de material con servicios sanitarios instalados y adecuadas condiciones de habitabilidad. -Situación social: con cobertura de obra social o similar que cubra la atención médica y

medicamentos, traslados y alojamiento.

Apto Relativo:

Paciente que carece de 1 o más requisitos de aptitud, con la posibilidad de gestionar alguna ayuda social que permita paliarlo. Existiría una solución a mediano plazo.

Riesgo Social

-Han dejado de tener cobertura en algunos medicamentos y no cuentan siempre con el dinero para comprarlos.

-No pueden en este momento realizar las 4 comidas diarias.

-Tienen inestabilidad laboral, trabajos en negro o contratos laborales de breve lapso.

-Tienen problemas habitacionales.

-Tienen dificultades económicas para su residencia en esta ciudad y/o traslados.

-Estos pacientes podrían solucionar su problema social, pero la inestabilidad del sistema asistencial hace que se dificulte encontrar en mediano plazo la solución.

-Pueden pasar a ser NO APTOS o APTOS RELATIVOS.

No aptos:

Pacientes que carecen de 2 o más requisitos de aptitud e importantes limitaciones coyunturales para resolver su problemática social, siendo a largo plazo la solución de los mismos.

-Se divide en 2 sub- categorías:

Temporarios:

Podrían tener una solución a largo plazo, siempre que el paciente se comprometa con la tarea y existan recursos sociales.

Definitivos:

La solución asistencial no mejoraría su situación social, ya que es estructural su problemática (depende de su historia, contexto, falta de recursos personales y familiares para encarar la situación).

Ante un donante, el coordinador del INCUCAI avisará a los grupos que tengan inscriptos receptores y procederá de acuerdo a los criterios de selección vigente.

Una vez aceptado el paciente como receptor es inscripto en el I.N.C.U.C.A.I. destacando:

a.- La urgencia del caso:

- Electivo
- Urgencia
- Emergencia

b.- Peso, estatura y perímetro torácico a nivel axilar.

c.- Grupo sanguíneo.

d.- Nombre, apellido, edad y diagnóstico.

El seguimiento del paciente durante el período de espera deberá ser estrecho (como mínimo 1 vez/mes) para que el mismo esté en condiciones quirúrgicas en cualquier momento que se le solicite.

Post-operatorio del Trasplante Cardíaco.

- Una vez terminada la cirugía el paciente es enviado a una habitación de **recuperación post-trasplante**, donde permanecerá por un período aproximado de 3 a 7 días (supeditado a la evolución clínica) en el cual se encontrará en **aislamiento de protección**.
- Posteriormente será enviado a una **habitación individual en las salas de internación o en la unidad de cuidados intermedios** donde el paciente utilizará material médico asistencial propio.
- En el período post-operatorio inmediato es de suma utilidad la administración de **la medicación requerida**, que permite el mejor manejo de la frecuencia cardíaca en los corazones denervados, y disminuye las resistencias pulmonares.
- Es recomendable la **protección gástrica** durante los primeros días de post-operatorio, dado el stress quirúrgico.
- El ingreso de los pacientes a un programa de **rehabilitación física** desde

etapas tempranas del post-operatorio es también fundamental para el reintegro de estos pacientes a una vida social activa.

- También es de fundamental importancia la **educación del paciente** durante su internación, función que será llevada a cabo por el grupo de enfermería, kinesiología, dietistas, trabajadores sociales, psicólogos y médicos.

Medicación:

Es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

- Tipo de medicación y utilidad.
- Identificación de la medicación.
- Efectos indeseables de cada uno.
- Medidas a tomar ante los efectos indeseables.
- Importancia de respetar los horarios de administración.
- Funcionamiento de la hoja de indicaciones (para su uso en el hogar).
- Reconocer las fechas de vencimiento.

Medidas de Seguridad e Higiene

- Mostrar la técnica correcta para obtener los signos vitales.
- Significado de la observación de cambios en los signos vitales.

- Comprender el por qué del riesgo de las infecciones luego del TxC.
- Comprender la significación de un medio ambiente limpio.
- Explicar a quien deben contactar en caso de emergencia.
- Explicar el correcto cuidado de la herida (si es necesario).

Nutrición

- Importancia de la dieta hipoaterogénica.
- Importancia del sobrepeso.
- Importancia de la dieta hipohidrocarbonada o hipopurínica (si es necesaria).
- Importancia de la abundante ingesta de líquidos
- Importancia de la disminución del Na⁺ en la dieta.

La enseñanza al paciente y su familia tiene como finalidad una mejor comprensión del estado del paciente y los cuidados que debe tener, para permitir así un "destete" del centro de trasplante sin mayores inconvenientes, y lograr una buena sobrevida post-trasplante.

Ejercicio Físico

Si bien no se ha demostrado que el ejercicio mejore la fracción de eyección ventricular, entre los efectos beneficios del ejercicio en los pacientes con

Insuficiencia Cardíaca, se destacan:

- Aumento de la fuerza muscular
- Aumento de la densidad mitocondrial
- Aumento de las fibras oxidativas
- Aumento de la densidad capilar
- Reducción de la hiperventilación inducida por ejercicio
- Mejoría en la extracción de oxígeno y eficiencia ventilatoria
- Mejoría en la fuerza muscular inspiratoria y espiratoria
- Probable aumento del tono parasimpático
- Probable reducción del tono simpático
- Disminución de los niveles plasmáticos de catecolaminas
- Aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca
- Mayor relajación vascular dependiente de flujo
- Caída de las resistencias vasculares sistémicas
- Reducción de la frecuencia cardíaca en reposo

Programa de Ejercicio

No existe aún un consenso universal para la indicación y graduación del ejercicio en este grupo de pacientes. Sin embargo la mayoría de los estudios clínicos han realizado el entrenamiento físico en intensidades que oscilaron entre el 70 y 80% del MVO₂. A partir de ello se ha determinado que ésta intensidad de ejercicio es

segura, pero que deberá adecuarse la misma a cada paciente en particular. El programa de ejercicios estará compuesto por un periodo de calentamiento “calistenia” de duración variable pero que generalmente se encuentra entre 10 y 15 minutos. Un programa de ejercicio activo de 20 a 30 minutos de duración desarrollado a la intensidad deseada y un período de enfriamiento “vuelta a la calma” de otros 10-15 minutos de duración, completando una duración de 60 minutos. La frecuencia con la que el paciente realizará sus ejercicios durante la semana será de 3 a 5 veces adecuado a las cualidades del pacientes y ajustado dinámicamente según la evolución y contemplando la indicación de caminatas los días de descanso. Durante el periodo de actividad se realizará ejercicio aeróbico, ejercicio de resistencia así como ejercicios de entrenamiento muscular respiratorio.

CUCAIBA y el rol de los profesionales en el proceso de trasplante

En el año 1987 se sancionó la ley provincial de trasplante ley 10586, que constituye el marco legal que regula la actividad. La firme decisión del gobierno provincial de garantizar el acceso al trasplante a los pacientes como alternativa para recuperar su salud y calidad de vida determinó la creación del CUCAIBA.

A través del Ente de Financiamiento de trasplante de órganos (creado por decreto 3309/92) se otorgan subsidios a pacientes bonaerenses que careciendo de obra social, y requiere un trasplante.

Uno de los programas del CUCAIBA, es el Programa de Subsidios para trasplante donde el Servicio Social adquiere una intervención y protagonismo decisivo para el paciente.

El soporte social brindado involucra un proceso de atención y contención integral durante el pre- implante, implante y post-trasplante.

En las dos primeras etapas se capitaliza el tiempo para realizar un ajustado diagnóstico social. Se comienza a explicitar la tarea mutua e intensa a realizar a futuro, como es la atención e intervención social prioritaria que se tiene de crear vínculos, acceso a los beneficios sociales de los programas estatales, redes personales, sanitarias, interinstitucionales, etc. Este proceso tiene como soporte la articulación con acciones de ayuda social directa.

Cuando, se comienza a transitar la etapa post-trasplante Trabajo Social tiene entre uno de sus ejes prioritarios de intervención la orientación, coordinación y derivación hacia la inserción del paciente dentro del sistema de seguridad, previsión social y asistencia social como ser: pensión, certificado de discapacidad, pase de transporte, subsidios, reinserción laboral, materiales para terminar de construir la vivienda, inscripción en el listado municipal para acceder a una vivienda, incorporación de obras sociales de familiares u obtención de beneficios previsionales y/o no contributivos.

El trasplante se realiza con el propósito de lograr calidad de vida, recuperación de capacidades vitales. No obstante hay un segmento que queda con discapacidad. Sólo el que queda con un 70% ha 75% de incapacidad laboral determinado por la junta médica es el que accede a los Beneficios Sociales de los programas estatales dentro del sistema contributivo, no contributivo y/o por medio de la obra social de un familiar directo que lo pudiera tener a cargo.

El segmento de alto riesgo sobre el que se trabaja en vista de darle una

contención integral al intentar insertarlo dentro del sistema, ya que el Programa de Subsidios decreto 3309/92 cubre solo lo referente al trasplante. Todo paciente trasplantado necesita una red de contención integral. La condición de trasplantado genera cambios profundos en el paciente y su familia, cambios internos que modifican su entorno y red de pertenencia.

El Servicio Social tiene como marco de legislación provisional y de jubilación vigente en la Argentina y en la provincia de Buenos Aires como ser, ley nacional 23660, 23661 y 18910 (sistema contributivo), ley nacional 13478 (pensión no contributiva por discapacidad), ley nacional 22471 (sistema de protección integral de personas con discapacidad) ley provincial 10205, ley nacional 26928.

El 4 de diciembre de 2013 fue sancionada la ley 26.928 y promulgada el 10 de enero de 2014 donde hay una creación del sistema de protección integral para personas trasplantadas.

En relación, a la ley planteada quienes hayan recibido un trasplante o se encuentren en lista de espera para recibirlo contarán con el 100% de cobertura en la atención para el cuidado de su salud así lo determinó la Ley N°26.928 publicada en el Boletín Oficial donde la ley pone de manifiesto la creación de un “Sistema de Protección Integral para Personas trasplantadas”.

El objetivo de la medida es garantizar su cobertura médica total por parte de obras sociales, prepagas y el sistema público, y el acceso al transporte, la vivienda, trabajo, y pensiones especiales, entre otros beneficios sociales.

El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Incucai), con los organismos jurisdiccionales de procuración y trasplante, entregarán a los

pacientes los correspondientes certificados que acreditan su situación médica y que les permitirá acceder a los beneficios sociales.

La norma, impulsada por la Senadora Salteña del Peronismo Federal Soñía Escudero, fue sancionada en diciembre pasado, y alcanza a las personas con residencia permanente en el país que hayan recibido un implante, y que se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Procuración y Trasplante (SINTRA) o en lista de espera.

La cobertura integral comprende la provisión de medicamentos, estudios diagnósticos y prácticas de atención de su estado de salud de todas aquellas patologías que estén directa o indirectamente relacionadas con el trasplante. Los pacientes también podrán acceder a pasajes de transporte cada vez que necesiten viajar por razones asistenciales.

El Ministerio de Salud de la Nación es el organismo de aplicación de la nueva ley que también promoverá la adopción de planes y medidas que faciliten el acceso a una adecuada vivienda o su adaptación a las exigencias del paciente.

Por otra parte, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social será el encargado de promover programas de empleo, de emprendimiento y talleres protegidos, y garantizar una asignación mensual no contributiva equivalente a la pensión por invalidez para personas trasplantadas o en lista de espera que estén en situación de desempleo forzoso y que no cuenten con ningún otro beneficio de carácter provisional.

"Los beneficiarios de la nueva ley, plantea que las personas que deban realizarse controles en forma periódica, van a gozar del derecho de licencias laborales

especiales, sin que esto signifique un causal de pérdidas de presentismo o despido", y en los casos en que su situación sea impedimento para el ingreso o continuidad de una relación laboral, será considerado un acto discriminatorio.

Contextualización de la crisis del Estado de bienestar y los cambios producidos en lo económico, político, social y cultural.

Desde fines de los setenta, el mecanismo autorregulador del mercado ocupa un lugar importante. Lo que comienza a dejarse atrás es la sociedad conformada por la industrialización sustitutiva, la política de masas y el desarrollo industrial orientado hacia adentro, donde comienzan a modificarse los diferentes rasgos del estado de bienestar: Las orientaciones hacia el pleno empleo, el apuntalamiento del sistema de seguridad, el mantenimiento de un nivel mínimo de calidad de vida asegurado por el estado, a través de la legislación específica y de la concepción del aparato del estado viabilizado a través de la centralización y de una racionalidad administrativa de tipo burocrática.

En lo económico, la crisis del modelo de acumulación sustitutivo basado en la demanda interna, es el correlato periférico de la crisis del keynesianismo de los países centrales frente a procesos de inflación con recesión conjunta. Una situación de descontrol fiscal que ya no podía resolverse con los anteriores mecanismos intervencionistas sobre la demanda y el gasto público. (García Del

gado, 1994)

El impacto del endeudamiento y de las políticas de ajuste se produce conjuntamente con la necesidad lograr una nueva institución internacional de la economía. El año '75 comienza con el Rodrigando acompañado de una crisis con alta inflación y recesión. Luego, con el intento de resolución vía autoritaria en el año '76 y políticas de apertura económica en los '80, ya con la democracia; explota la crisis de la deuda y al fin de la década se produce la profundización de la crisis del estado que hace eclosión con las hiperinflaciones. En los años '90 comienza los primeros síntomas de superación de la crisis junto a una reforma estatal que abre el juego al nuevo modelo de acumulación.

El impacto que produce en el conjunto de la sociedad la globalización de la economía son los siguientes: la difusión a nivel mundial de las pautas de la economía de libre mercado, en la medida que se desmenuza la primacía del estado. El Estado comienza a tener menos incidencia y control de la economía interna, la que conduce a sensibles retrocesos en sus políticas económicas y sociales, con un significativo desplazamiento de las fuerzas sociales.

En lo político, se produce el pasaje de un régimen autoritario al democrático, este movimiento se vinculó a la gigantesca transformación de la escena política latinoamericana de los '80. (García Delgado, 1994)

Una convergencia de la clase política hacia la tolerancia, a la competencia y al rechazo de la violencia como modalidades de la política. Los partidos dejan de tener una expresión clasista marcada y declinan las identificaciones fuertes. La

democracia, ya no va a estar vinculada tanto a la participación y a dar respuestas a las demandas que surgen de la voluntad popular, a la representación y a la opinión pública. Declina la idea de sujeto y los fenómenos de corrupción generan apatía y crisis de representación, desaparece la política como eje de la movilización y del sentimiento emancipatorio. Se asiste a la consolidación de los partidos políticos, en tanto monopolio de la representación, junto a las crisis de agregación de demandas, desafección política, y el surgimiento de nuevos actores. En el contexto político internacional se produce el fin de la guerra fría, la caída del muro de Berlín, la hegemonía militar norteamericana y la constitución de un nuevo orden internacional.

En América latina, hay una pérdida del peso en los flujos económicos mundiales por una menor importancia de la mano de obra barata y de sus materias primas, dependencia financiera y debilitamiento de su capacidad de negociación internacional. Desde fines de los '80, la argentina se inserta plenamente dentro de su área de influencia.

En lo social, las relaciones internas comienzan a no corresponderse, a la sociedad del industrialismo sustitutivo. Estamos frente a una constitución de las relaciones sociales, políticas y económicas que no son asociables a las típicas de la sociedad industrial. Hay pérdida de la homogeneidad social; la sociedad se presenta cada vez, menos organizada en clases claramente definidas.

Encontramos una pluralidad de grupos sociales, actores, cuya desagregación no

responde a posicionamientos claramente definidos.

El progresivo envejecimiento de la población implica un incremento considerable en el número de perceptores de pensiones, usuarios de los servicios sanitarios, etc. Este cambio, da lugar a la conformación de otro mercado de trabajo y a otro contrato laboral que se produce mediante la flexibilización y desregulación del empleo. Se asiste a la pérdida de homogeneidad de la sociedad, al aumento de la diferenciación y de la desigualdad.

Es un proceso que lleva a la emergencia de una nueva trama societaria conformada por multiplicidad de organizaciones no gubernamentales, consultoras, movimientos sociales. (García Delgado, 1994)

Es que la expresión del mercado por la economía transnacional implica, un aumento de la estratificación social, diferenciación y complejización social que termina por quebrar las expectativas del modelo estatal intervencionista, tendientes a la homogeneidad y la universalidad.

En lo cultural, se produce la crisis de las ideologías sociales evidenciándose los efectos de la crisis. La transnacionalización se asocia a los valores del mercado y significa la pérdida de un mundo homogéneo. La amplia socialización de valores individualistas, en el seno de la sociedad de consumo y el impacto desmovilizador de la crisis desplazan el centro de atención ideológico del ámbito de lo público a lo privado y de la acción colectiva al espacio de la privacidad.

La relación estado- sociedad, se modifica paralelamente con la consolidación del

modelo democrático liberal y la economía de mercado.

Los márgenes de acción del estado se restringen limitando su autonomía relativa frente a otros órdenes sociales.

Las tendencias son, en un sentido interno, a la macrocefálica del estado nacional, centralizador y dominante hacia adentro, en relación con la sociedad civil, frente a la conquista progresivamente de una mayor autonomía en contraste , en el otro sentido, hacia fuera, en el estado dependiente, periférico, endeudado, subordinado a sus relaciones con el mundo internacional que está poblado de bloques estratégicos, campos ideológicos, pactos internacionales, corporaciones transnacionales y mercados planetarios que lo someten a determinaciones diversas.

Desarme de la estructura de los servicios sociales públicos

La situación socioeconómica durante la década del '80, en América latina ha puesto en evidencia las limitaciones del estado de bienestar. Esto demuestra la exclusión de un importante sector de la población de los beneficios de la política social acompañada de la insuficiencia asignatura del gasto social generan, sentimientos de desesperanza y descreimiento que en su interacción se refuerzan mutuamente, producen un estado de malestar que se traduce en una caída generalizada de las expectativas relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida. (Busuelo, 1992)

El desarme de la estructura de los servicios osciles públicos se produce en los

siguientes términos:

- 1) Comportamiento procíclico: desde su expansión, el estado de bienestar fue pensado en el interior de una propuesta macroeconómica como un mecanismo contracíclica tanto desde el punto de vista del gasto como de su financiamiento. El proceso de ajuste en América latina al concebir el gasto social como "blando" procede a su recorte y reducción dejando sobrevivir mínimos mecanismos compensatorios. Del lado del financiamiento, hay un alto componente de impuestos indirectos debido, entre otras cosas, a la presencia de elementos rígidos tales como, subsidios al capital y la imposición directa sobre los ingresos altos y la riqueza.
- 2) Vaciamiento presupuestario: se produce una reducción del presupuesto disponible para los sectores sociales, comenzando por el gasto en inversión y posteriormente, corte de los gastos de operación. Lo primero tiene como consecuencia la no expansión de los servicios, por lo menos a un ritmo para absorber la presión demográfica, produciendo una saturación de los servicios por exceso de demanda. La reducción de los costos de operación se traduce en la falta de insumos básicos tales como algodón, jeringas, mantenimiento edilicios en las escuelas, etc.
- 3) Descentralización de servicios: el estado nacional transfiere servicios (redes de hospitales y puestos de salud, escuelas, etc.) a los estados locales (Provincias y municipios) completamente deteriorados.
- 1) La Privatización de los Servicios: al abolir la gratuidad de los servicios sociales básicos o sus subsidios se facilita la exclusión de mayores sectores sociales

de los mismos, llevando así, a una desvalorización de la calidad y de la prestación de los servicios sociales. Esto nos demuestra que los servicios sociales se mercantilizan respondiendo a la lógica del mercado y dejando así, a muchos sectores sin acceso a los mismos.

- 2) Ritualización de los Ministerios Sociales: al no tener fondos para transferir a los niveles locales, la función ministerial se reduce a un rito y los ministerios nacionales pierden la posibilidad de determinar la orientación final de la política social. Los ministerios sociales son ministerios sin políticas y/o sin posibilidades de implementarlas.
- 3) Utilización de organismos no gubernamentales y la familia: se produce un retorno a la familia y a distintos organismos de la sociedad civil sin fines de” lucro “. Esto se realiza desde el desmantelamiento y la renuncia del estado a asumir su responsabilidad en términos de una provisión de servicios sociales básicos mínimos, en salud, en lo social, etc.
- 4) Focalización restringida: el gasto social debe concentrarse solamente sobre los pobres estructurales. Una de las características de la política social actual, es la focalización asistiendo a un determinado sector de la sociedad “los pobres estructurales” dejan excluido a otros sectores sociales como los nuevos pobres, los desocupados, etc.
- 5) Flexibilización de las relaciones de trabajo: ley de flexibilización laboral actúa generando empleo precario y mal remunerado, con contratos por tiempo indeterminado, garantizando mayores facilidades para el despido y produciendo así una drástica reducción de prestaciones económicas y costos

laborales. El sindicato, como una de las principales herramientas de lucha para los trabajadores fue avasallado por el estado, destruyendo así, las conquistas tanto políticas, sociales económicas que lograron históricamente. Esto da como resultado, al interior de la sociedad una disminución de la calidad de vida, fragmentación social en los diferentes sectores sociales sumada a una mala distribución de la riqueza y a una notable desigualdad de los trabajadores para insertarse en el sistema productivo, generando la exclusión social en gran parte de trabajadores para acceder a los servicios sociales. (Bustelo, 1992)

Algunas consideraciones sobre la Reforma del Estado, Pobreza y Política Social

Las reformas neoliberales contribuyen a agravar los desequilibrios naturales del mercado y convierten al estado y sus políticas en rehenes de sus intereses particulares. Se asiste a una privatización del estado, que va de la mano con la exclusión social y una nueva pobreza. (Vilas, 1996)

La reforma del estado, es una cuestión eminentemente política, en cuanto su contenido específico se basa en la reformulación de las relaciones de poder entre los diferentes actores. La razón de ser de la reforma es, el compromiso de pagar la deuda externa en términos fijados por los acreedores y por los organismos financieros, que actúan como sus voceros. Estos organismos desempeñan un papel muy activo en el diseño de las agendas de la reforma estatal y en su

ejecución.

La drástica contracción de la política social y su redefinición y reorientación como combate a la pobreza extrema, caracteriza a la política social como focalizada.

Esto nos demuestra que, el carácter tradicionalmente dinámico y promotor de la política social, está siendo reemplazado por un enfoque asistencialista y compensador de la política social.

La descentralización hacia las provincias y la transferencia de responsabilidades hacia la sociedad civil sin el sostén financiero necesario, sin una capacitación y seguimiento va generando un repliegue del estado nacional y una sobrecarga para los espacios municipales carentes de capacidad para gestionar.

Las agencias internacionales enfatizaron la necesidad de ejecutar programas contra la pobreza, porque vieron en la pobreza una fuente potencial de inestabilidad política y de ingobernabilidad.

La política social ingresa a la agenda de las reformas neoliberales de la mano de la cuestión de la pobreza. Una forma peculiar de encarar la política social es, reducir la cuestión de la pobreza a una patología individual sin poder comprender la cuestión social como una consecuencia o resultado del sistema económico neoliberal que genera desigualdades en la distribución de la riqueza y en la accesibilidad a los servicios sociales.

Estado y Sociedad ¿nuevas reglas de juego?

Según, Oscar Oszlak las transformaciones en la última década tanto en las relaciones entre los estados y sus sociedades nacionales como en los patrones de

organización económica y política en el plano internacional: desregulación y apertura de los mercados, ajuste del estado y la economía, desocupación, flexibilización laboral, privatizaciones de empresas y servicios públicos, descentralización administrativa, integración regional.

Hipótesis: Las reglas fundantes en que se basan los vínculos entre el estado y la sociedad no han variado, ya que son las mismas en que se funda el sistema capitalista como modo de organización social, lo que probablemente cambió son algunos de los actores, sus estrategias y los resultados del juego mismo.

Fases o etapas de la reforma estatal

Las experiencias recientes de reforma del estado han tendido a enfatizar:

- la necesidad de menos estado, más que mejor estado
- cambios en el nivel nacional
- aspectos funcionales de la reforma, descuidando los relativos a la redistribución del poder y del ingreso
- autonomía estatal en la adopción de las decisiones sobre la reforma.

La primera fase o etapa de la reforma estatal es la “quirúrgica”, con la aparente autonomía de los poderes ejecutivos de los países latinoamericanos para fijar nuevas fronteras funcionales con la sociedad y reducir el tamaño e intervención del estado nacional. Lo que caracterizó esta etapa fue la apertura externa, la liberalización económica y el capitalismo. Aún no se ha logrado la segunda etapa

de “rehabilitación post operatoria”, es decir, lograr un mejor estado.

En los actuales proyectos de reformas del estado aparece una dificultad en distinguir dónde termina la reforma económica y dónde empieza la reforma estatal y en segundo lugar, la relativa independencia de la reforma estatal respecto a la naturaleza de la organización social y política preexistente.

Diagnóstico: hipertrofia del Estado

Sobre roles y agendas

El Estado sigue siendo la máxima instancia de articulación social. Sin embargo, hubo cambios radicales que encubren transformaciones mucho más profundas, que trascienden la esfera estatal y abarcan el conjunto de la sociedad.

La reforma del Estado y de su rol, entraña una redefinición de las reglas de juego que gobiernan las relaciones entre el estado y la sociedad civil.

La más visible de estas reglas que gobiernan las relaciones estado-sociedad es la división social del trabajo. Hubo una modificación en la responsabilidad asumida por los estados subnacionales y el sector privado, en la producción de bienes y servicios de los que antes se ocupaba el Estado. Esto implicó un nuevo “trazado de límites” entre sociedad y Estado.

Los tres planos de interacción entre estado y sociedad son:

- gestión de lo público

- recursos del poder
- excedente social

El Estado es lo que hace: su naturaleza se infiere a través de sus acciones, las cuales se ejecutan a través de un aparato institucional.

Si el estado articula las relaciones sociales y estas relaciones se corresponden con un determinado patrón de organización y control social (de orden capitalista), entonces los cambios de roles son adaptaciones funcionales.

Esto se explica porque el surgimiento del estado nacional como forma de dominación se identifica con la aparición y desarrollo del sistema capitalista.

La agenda estatal representa el “espacio problemático” de una sociedad. Es el conjunto de cuestiones no resueltas y constituyen el objeto de la acción del estado, su dominio funcional. Las políticas son tomas de posición frente a las diversas opciones de resolución. El rol del Estado en cada momento histórico podría concebirse como una expresión político ideológico de esa agenda vigente.

En el siglo pasado, la fórmula del rol estatal fue “orden y progreso”. En este siglo “ajuste y revolución productiva”, dos grandes cuestiones a las que se agrega una tercera: la cuestión social, o sea, la equitativa distribución del ingreso, la riqueza y las oportunidades. Para afrontar e intentar resolver esta cuestión se fueron formalizando jurídicamente y cristalizando institucionalmente nuevas responsabilidades, a través de sucesivas adiciones al aparato burocrático existente.

Los programas y políticas implementados apuntaron a la reducción de la pobreza, al logro de las mejores condiciones de trabajo y negociación laboral, a la preservación de la salud, regímenes de previsión social, a la extensión de la educación. Acciones que definieron el Estado de Bienestar.

En lo relativo a la promoción del desarrollo, el papel del Estado como regulador del mercado laboral ha hecho que abandone sus funciones reguladoras y empresarias y así ha favorecido al gran capital privado, nacional y transnacional. También las funciones relativas al bienestar han sido prácticamente abandonadas por el Estado.

La triple relación Estado- Sociedad

Tres planos:

- el funcional (división del trabajo)
- el material (distribución del excedente social)
- de la dominación (correlación de poder)

Teniendo en cuenta los tres puntos mencionados podemos decir que:

- relaciones funcionales: exige diversas formas de regulación y promoción de la actividad privada.
- Plano fiscal y redistributivo: masa de recursos que el estado extrae de la

sociedad y devuelve a través de gastos, transferencias e inversiones (redistribuye)

- Relación de dominación: legitimización del poder por parte de la sociedad.

Es un recurso de poder del Estado.

Dimensión externa al espacio nacional: las variables del contexto internacional (impactos de la globalización, la internacionalización del Estado y la integración regional).

Si bien las reglas son estables y marcan las características del juego entablado entre actores sociales y estatales, el desarrollo del partido en cada momento histórico y los resultados en cada uno de los planos de la relación, son inciertos, aunque esos resultados serán mutuamente determinantes.

La frontera que separa los dominios funcionales del estado y la sociedad se ha corrido, achicando los ámbitos aceptados de intervención estatal.

La división del trabajo entre estado y sociedad presupone una relación de poder entre ambos y la relación que resulta se vincula con la distribución del excedente económico, a través de las vinculaciones fiscales.

Relaciones Funcionales

De qué debe ocuparse el Estado nacional? La fijación de contenidos y alcances de su rol ha sido tanto resultado de actos relativamente autónomos como influencias ejercidas por diversas clientelas, incluyendo a la propia burocracia estatal.

Dependiendo del peso relativo de factores ideológicos, fallas de mercado, capturas burocráticas, debilidad de los estados subnacionales o de otros actores sociales relevantes, los estados nacionales tendieron a cubrir ámbitos de actuación más o menos extensos. Una característica casi universal de estos procesos de delimitación funcional, ha sido su continua expansión. Las reformas del estado fueron tradicionalmente búsquedas de mayor eficiencia en la gestión de campos de intervención estatal cuya legitimidad normalmente no se cuestionaba.

La principal diferencia de las reformas iniciadas en la segunda mitad de los 80' es que implicaron una reversión del ciclo histórico de expansión de su aparato institucional. Fue una demolición del estado, a partir de la crisis de la deuda.

En el plano funcional, entonces hubo dos reformas: una quirúrgica, que eliminó partes completas del organismo estatal (privatizando y eliminando regulaciones) y otra de rehabilitación y fortalecimiento.

Por eso, el papel del estado abarca esos tres planos, ya que no existe progreso económico duradero sin orden, ni orden estable sin mínima equidad social. La agenda del estado nacional se constituyó, históricamente, al compás de sus intentos por resolver los problemas sociales suscitados en torno a estas tres grandes cuestiones. La acción estatal se concentró, primero, en la resolución de las múltiples manifestaciones de *des-orden* que acompañaron los procesos de organización nacional, incluyendo las derivadas de los enfrentamientos armados, la inseguridad jurídica, la precariedad administrativa, la irregularidad de las finanzas y muchas otras. Poco a poco estas funciones fueron desplazadas en

importancia por las tareas de creación de la infraestructura física que facilitó el gran despegue económico de los países; la promoción de la inmigración y la capacitación de la fuerza de trabajo, que generaron los recursos humanos incorporados a la actividad productiva; o la modernización de la gestión fiscal y financiera, que procuró los recursos que permitieron acelerar el tiempo histórico del progreso nacional.

Al menos para ALC, el estado, visto como conjunto institucional, fue el actor clave en este proceso de construcción social, en el que simultáneamente a su constitución como aparato, promovía la conformación de una identidad nacional, de relaciones de producción, de un mercado, de clases sociales y de una ciudadanía política. No casualmente, su período de constitución definitiva como estado coincidió con la gradual conformación de un modo de organización social capitalista. Su agenda, a la vez, se convertía en un terreno de lucha por la atención de los problemas que planteaba el desarrollo del capitalismo y los roles que iba asumiendo fueron, en gran medida y como lo observara Marx, producto de un verdadero proceso de expropiación de funciones antes cumplidas por otros actores sociales.

Con el crecimiento económico se agudizaron las tensiones sociales, al advertirse que el “costo del progreso económico” recaía fundamentalmente sobre los sectores populares, cuya descontento crecía al ritmo de sus expectativas frustradas de mejoramiento económico y ascenso social (Oszlak, 1982, 1997). La

agenda del estado comenzó entonces a engrosarse con diferentes manifestaciones de lo que dio en llamarse “la cuestión social” o, en términos más actuales, la equidad distributiva. Ello alentó, en América Latina, movimientos contestatarios, revoluciones, golpes de estado y otras formas de inestabilidad social que pusieron en jaque la gobernabilidad de los países.

De este modo, el estado se fue transfigurando. Fue gendarme, represor y organizador en el plano de sus funciones estrictamente ordenadoras; empresario, subsidiador y promotor en el plano del desarrollo; benefactor, empleador y protector de derechos en el plano de la equidad social. La compleja convivencia de estos roles se prolongó durante la mayor parte del siglo XX y, en la mayoría de las experiencias de la región, acabó configurando un aparato burocrático pesado e inmanejable.

Saltearemos en este análisis los factores que contribuyeron a deslegitimar al estado, luego de profundas crisis (precio del petróleo en los años 70s, *default* de la deuda externa a partir de 1982, auge del neoliberalismo y del “Consenso de Washington”) y de cómo todo ello influyó en los procesos de reforma del estado, tanto en el plano ideológico como en el de la acción. Lo cierto es que desde fines de los 80 y durante toda la década del 90, la mayoría de los países del mundo se embarcó en programas de reforma más o menos ambiciosos, cuyo rasgo principal fue la reducción del aparato estatal a través de políticas de desregulación, descentralización, privatización, tercerización y achicamiento de las dotaciones de

personal. El Banco Mundial las englobó en la común denominación de “reformas de primera generación”, previendo que una “segunda generación” de reformas acometería la tarea pendiente de mejorar el aparato institucional remanente.

En América Latina, los resultados de estas reformas fueron más bien magros y no llegaron a generar progresos significativos en las capacidades estatales disponibles para promover un desarrollo sostenible, mejorar la equidad social o fortalecer la gobernabilidad democrática. Los componentes centrales de las reformas fueron a menudo contradictorios, sobre todo cuando se pretendió introducir un mismo tipo de medidas en contextos muy diferentes, sin evaluar sus eventuales contradicciones. Al respecto, se ha señalado que existen tensiones entre la preocupación por la eficiencia de mercado y la regulación, por una parte y las cuestiones de equidad y *accountability* por otra (Bangura, 2000).

Políticas Sociales

Asistencia Social y Construcción de Derechos

La Argentina, durante los últimos veinticinco años desencadenó, en un nuevo proceso de crisis y reformulación de las condiciones de la actividad del Estado en el área social. La expansión de la exclusión social, el desempleo estructural, el empobrecimiento de numerosas capas sociales ha puesto en cuestión la idea de ciudadanía social como sistema de integración. La concepción de ciudadanía que surge con la modernidad y se consolida en la segunda posguerra está

íntimamente asociada, al activo rol del Estado, que se encuentra por ende en crisis.

En este marco, la flexibilidad laboral en Argentina ha logrado consolidar, en términos institucionales, políticos y económicos, un lento y persistente proceso de disgregación del trabajo asalariado iniciado en la década de los ochenta. Las ocupaciones precarias y el trabajo flexibilizado constituyen las nuevas expresiones del crecimiento del empleo. La pérdida de trabajo, por otra parte, implica transitar desde la esfera de la legitimidad jurídica que otorga derechos, a la esfera de discrecionalidad de los actos gobierno que determina, en función de la voluntad política, el otorgamiento de los beneficios asistenciales para subsidiar la protección social. En definitiva, hay una transformación del formato tradicional de los derechos sociales como derechos subjetivos en meros beneficios asistenciales de carácter compensatorio.

Según, Lo Vuolo los postulados que guiaron las reformas en el sistema de bienestar impactaron en las acciones frente a la pobreza. Esto se evidencia en la segmentación de las necesidades y de la demanda de cada grupo social, a efectos de promover la institucionalidad de las políticas en base a intereses particulares. En ningún momento, de la década de los noventa, la pobreza se constituyó en una prioridad para el gobierno nacional. Los programas focalizados se convirtieron en la estrategia dominante acompañada, por diferentes estilos de gestión que comprenden acciones aisladas y desarticuladas.

“Las transformaciones de las políticas sociales en los años noventa han

demostrado que su objetivo ha sido reducido intentando, con poco éxito compensar los desequilibrios sociales generados por el modelo económico”.

Las reformas de las áreas sociales presentan en términos generales dos tendencias: La mayoría de las atenciones están dirigidas a los fenómenos de exclusión mediante la aplicación de políticas compensatorias o de emergencia destinada a compensar los desequilibrios sociales generados por el modelo económico. Es decir, se ha producido un desplazamiento o simplificación de la cuestión social, pasando de un análisis o consideración global del sistema social a un enfoque centrado en el segmento más vulnerable de la población. La dinámica social ha sido reducida a una visión sesgada de la sociedad por cuanto aún la exclusión constituya un problema prioritario, no agota la cuestión social en tanto es el resultado de un proceso y no de un estado social dado”.

Las políticas compensatorias se definen en el campo de la asistencia social mediante el otorgamiento de subsidios o beneficios asistenciales. Es decir, están actuando allí donde los derechos sociales básicos se han perdido en su totalidad. La lógica política e institucional de esta estrategia de intervención cambia la naturaleza de la relación entre el Estado y los ciudadanos, desaparece el vínculo jurídico que expresan los derechos sociales y en su reemplazo otorgan beneficios o subsidios.

Es importante destacar que este proceso de pérdida y debilitamiento de los derechos sociales de ciudadanía en nuestro país comprenden el 40% de la población, incluyendo a la población que tiene problemas de empleo y

desocupados.

La tendencia que muestran los derechos sociales en la construcción de ciudadanía para quienes están integrados es totalmente opuesta a aquella que describe la realidad de los sectores excluidos, empobrecidos, vulnerables. La ciudadanía social continúa transitando en el registro de la legitimidad jurídica y podríamos señalar, desde esta perspectiva, que ese proceso se ha reforzado a partir de la reforma constitucional de 1994.

Uno de los factores importantes fue la desvinculación de la política económica de la cuestión social y la falta de compromiso de los actores políticos con problemas de interés común han contribuido a debilitar el alcance de la ciudadanía. Según, Dagmar Raczinsky: “En el nivel central y provincial existen insuficiente capacidad técnica de diagnóstico y diseño de programas dirigidos a los sectores pobres. Se observa la ausencia de una visión compartida en torno al problema de la pobreza y sus prioridades”

Durante los años ochenta se generaron cambios notables en la política económica y también, en menor medida, en las áreas sociales donde comenzaron a esbozarse con gran resistencia nuevos criterios que ponían en juego el reconocimiento de nuevos actores, la focalización para lograr finalmente la universalidad de la satisfacción de ciertas necesidades, la necesidad de monitorear la operación de políticas, programas y evaluación de impacto de la población atendida.

En ese contexto, el tema de la pobreza hasta entonces no explicitado en la política

social adquirió un espacio importante en la agenda gubernamental. Aparece una generación de programas para el alivio de la pobreza, que se orienta a paliar los efectos sociales de la crisis.

Durante los años noventa, surgen nuevas modalidades de políticas orientadas a la superación de la pobreza, en especial los fondos de inversión social, y más tarde las redes de protección social. La idea subyacente es que la pobreza no desaparecerá en el corto plazo, y exige otros tipos de programas más duraderos que actúen como una red de seguridad que proteja tanto a los pobres estructurales como aquellos que caen en la pobreza a consecuencia de las reiterativas crisis financieras internacionales.

Las Políticas Sociales del Modelo Neoliberal tienen dos características:

-La Focalización

-La Descentralización

La focalización se dirige a sectores de extrema pobreza, dejando sin asistir a otros sectores sociales, como son la clase media empobrecida, los desocupados, etc. Toda una gama de población heterogénea que está sufriendo la exclusión de los programas asistenciales y las consecuencias económicas de este modelo.

La implementación focalizada de programas asistenciales no se basa en la determinación de problemáticas a ser resueltas sino en asistir a poblaciones de extrema pobreza, ya que muchas veces no llegan a los que verdaderamente lo necesitan.

Esta política favorece la estigmatización de sectores de la población que quedan sometidos al control de los programas. La descentralización supone la transferencia real de poderes en lo que respecta, a la toma de decisiones y al consecuente financiamiento que permite hacerlas efectivas; situación que en la actual coyuntura es impensable.

Durante los años noventa, los costos de la implantación de los programas sociales fueron altos y los actores centrales que garantizaban las acciones sociales fueron las comadres y las trabajadoras vecinales. Esto demuestra que los discursos presentes en estos programas son: que sin participación alguna de la comunidad o de las mujeres no se podrá llevar adelante las distintas actividades.

Uno de los ejemplos de los programas asistenciales en la década del 90 son: El programa vida y comadres. Este proceso se enmarca en la obtención de un beneficio y no de un derecho. Es decir, están actuando allí donde los derechos sociales básicos se han perdido en su totalidad.

Los **Programas de Asistencia Social** resuelven los pisos mínimos de asistencia social. Es importante medir la desigualdad en los ingresos de la población como también las capacidades y habilidades de las familias para superar la crisis.

Según, Ernesto Cohen y Rolando Franco plantean que “La idea de la corresponsabilidad establece, en realidad, que el Estado asume el deber de procurar la transferencia y los bienes y servicios adecuados, y la familia beneficiaria se compromete, a su vez, a hacer uso de estos últimos; marca diferencias respecto a otros programas para superar la pobreza que se basaban en la entrega de productos sin exigir nada a cambio”.

Recuperando lo que plantea la CEPAL: “La pobreza no es solo una condición socioeconómica caracterizada por la falta de acceso a lo mínimo considerado en una escala de necesidades básicas o a la falta de participación en el progreso colectivo debido a la brecha entre el ingreso de los pobres y el ingreso medio de la sociedad; ser pobre o excluido es sobretodo carencia de ciudadanía, en la medida que se niega la titularidad de derechos sociales y de participación”.

La pobreza es la expresión más visible de las transformaciones sociales ocurridas, y fue objeto de múltiples estudios durante las últimas décadas. En gran parte de los diagnósticos en base a los cuales se diseñan e implementan programas sociales, perdura una visión de la pobreza sustentada sobre dos claves interpretativas. La primera de ellas es que el aumento de la pobreza es el resultado de períodos signados por crisis en las economías de la región.

La segunda nos indica que la pobreza ocupa un lugar central en la definición de la situación social del país.

Según, Robert Castell la **Seguridad Social** se ha vuelto un derecho para la inmensa mayoría de la población, y ha generado una multitud de instituciones sanitarias y sociales que se ocupan de la salud, de la educación, etc. A tal punto que se ha podido describir este tipo de sociedades como sociedades aseguradoras, que aseguran, de alguna manera, la seguridad de sus miembros.

La inseguridad social no solo mantiene viva la pobreza. Actúa como un principio de desmoralización, de disociación social, y disuelve los lazos sociales.

La inseguridad social hace de esa existencia un combate por la supervivencia librado en el día a día y cuyo resultado es siempre y renovadamente incierto.

Los innumerables discursos sobre la exclusión han mostrado en todas sus formas, hasta la saciedad, un aflojamiento del lazo social que habría marcado la ruptura de los individuos respecto de sus inserciones sociales para dejarlos frente a sí mismos y a su inutilidad. Los excluidos son colecciones de individuos que no tienen nada en común más que compartir una misma carencia.

Robert Castell, plantea una serie de reformas para mejorar la situación social actual y un primer tipo de reformas sería asegurar una continuidad de los derechos más allá de la diversidad de las situaciones generadoras no sólo de perjuicios materiales sino también de discontinuidades en la distribución de las prestaciones.

Se puede reivindicar un derecho porque un derecho es una garantía colectiva, legalmente instituida, que más allá de las particularidades del individuo, le reconoce el status de miembro hecho y derecho de la sociedad, por ello mismo a participar en la propiedad social y gozar de las prerrogativas esenciales de la ciudadanía. Las condiciones de aplicación y de ejercicio de un derecho pueden negociarse, pues no se puede confundir la universalidad de un derecho y la uniformidad de su puesta en práctica.

La protección social no es sólo la ayuda a favor de los más desprotegidos para evitarle una caída total. Es la condición de base para que todos puedan seguir perteneciendo a una sociedad de semejantes.

Según, Rubén Kaztman plantea que los recursos que controlan los hogares no se pueden valorar con independencia de la estructura de oportunidades a la que tienen acceso. Los recursos se convierten en activos en la medida que permiten el

aprovechamiento de las oportunidades que ofrece el medio, mercado, el estado o la sociedad. Las estructuras de oportunidades no son una constante sino una variable.

En este sentido es, importante recuperar la noción de **Capital Social** que plantea Porters (1998) donde se ponen en juego tres supuestos : 1) el más general y obvio, es que los sistemas de relaciones sociales modelan la capacidad de desempeño de los individuos en la estructura social, 2) el capital social se refiere a un tipo particular de relaciones que operan a través de interacciones y redes sociales informales asentadas en mecanismos ajenos al mercado y 3) tales redes sociales tiene como consecuencia facilitar el desempeño tanto de los individuos como de los grupos sociales.

En cuanto, a los supuestos que no son comunes lo que interesa remarcar son las ambigüedades acerca de la distinción entre dos formas de capital social. Según, Coleman (1993) una de ella se refiere al proceso de constitución de normas, obligaciones y expectativas de reciprocidad; la segunda alude al tipo de recursos que circulan en las redes y en particular a la calidad de la información y de los contactos.

Según, Bourdieu el modelo conceptual intenta construir un modelo que permita ir más allá de lo particular y captar lo invariante, la estructura, en cada variante examinada, y desde este lugar entender algunos de los principios de construcción del espacio social y de su reproducción. Asimismo, el espacio es un espacio de relaciones de proximidad y distancia, es decir, un conjunto de posiciones distintas y coexistentes, externas unas de otras, definidas en relación unas de otras, por su

exterioridad mutua y por relaciones de proximidad, de vecindad o de alejamiento.

Considero que las reformas del Estado y el propósito de las políticas sociales de los noventa fue la población de extrema pobreza cuyo foco estuvo determinado por la necesidad y no por el derecho de las personas.

Las **Políticas Focalizadas** de carácter asistencial pueden consagrar un modelo asistencialista que refuerza la dependencia de los beneficiarios. Esto contradice el ideal de ciudadanía social según, el cual lo más importante es el desarrollo de las capacidades de los ciudadanos para que participen activamente en la sociedad y puedan constituirse en actores con mayor poder de autodeterminación.

La política social tiene la función de completar el proceso de construcción de **Ciudadanía**. En este sentido, el ejercicio de participación como principio de ciudadanía política debería contribuir a la puesta de escenas de actores que logren instalar en el escenario político los temas centrales de la cuestión social.

En este sentido es importante la vinculación de las familias o individuos con el mercado laboral. La desigualdad no es solo económica sino social y cultural.

El universo de las políticas sociales actuales es mucho más complejo que hace años atrás. El universo social es muy diverso, participan sujetos que presentan desigualdades culturales heterogéneas.

La sociedad está compuesta por grupos cada vez más heterogéneos y separados.

El diseño de políticas divide pobres y no pobres pero no contempla las cuestiones de diversidad cultural.

Es necesario pensar en la igualdad como meta y a la equidad como estrategia para el diseño de las políticas incorporando así, la heterogeneidad cultural y las diferentes desigualdades.

Las problemáticas sociales implican un tratamiento diferente porque no ofrecen las mismas oportunidades en los distintos territorios locales. Las mismas deben tener como objetivo mejorar la vinculación de los sujetos con el mercado laboral.

En los noventa se empieza a instalar el debate de descentralización territorial que conlleva una matriz de pensamiento y de ejecución. Actualmente, esto ha jugado como obstáculo para pensar la heterogeneidad cultural. No se puede dar respuestas a los problemas de políticas sociales pensando con la matriz de los noventa. Hay que incorporar la mirada en política social que permita la articulación entre lo local/central revisando conjuntamente la categoría de pobreza.

En este sentido es, importante trabajar la **articulación de la política social** en cada territorio recuperando la identidad cultural y la forma en cómo se expresa la estratificación social, espacial y temporal.

La articulación de la política social implica re-legitimar el lugar del Estado, de lo local y su capacidad operativa y la matriz de pensamiento que se pone en juego en cada momento histórico.

Las instituciones afectan el comportamiento, dando a los actores mayores o menores grados de certidumbre acerca del comportamiento presente y futuro de otros actores. Las instituciones proveen de información relevante sobre el comportamiento de otros, y refuerzan los mecanismos para los acuerdos.

Los grupos poderosos y los sectores burócratas tienen un comportamiento instrumental, y les interesa en acción política el manejo de la incertidumbre, una de las principales y más negada característica de la política, pero se justifican en demostrar la importancia que se deriva de la información que tiene implicancias directas en las políticas de poder.

En este sentido, los mecanismos de acceso de los ciudadanos a la información pública en gestión de empresas privatizadas, es de carácter selectivo y está al servicio de los sectores burócratas y grupos poderosos.

Los sectores dominantes del Estado centralizan el poder, y sus intereses en asuntos públicos. Esto se evidencia, en la falta de políticas descentralizadas, a nivel provincial y municipal, con principios orientados, en la participación activa, inclusión social, y control de los ciudadanos comunes.

Se concibe a las políticas como la fuerza de variables estructurales que ejercen su acción directamente sobre los comportamientos de los individuos. Los grupos poderosos y los sectores burocráticos se basan en conceptualizar la intencionalidad, en términos instrumentales y no les interesa el impacto institucional.

Accesibilidad y Trabajo en Red

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Es importante tener en cuenta las barreras que obstruyen la accesibilidad de la población al sistema de atención sanitaria.

Acceso geográfico: Disponibilidad de transporte, distancia desde el hogar, tiempo de viaje al centro de salud.

Acceso económico: Limitaciones en función de los ingresos, copagos o co-seguros.

Accesibilidad organizacional: Horario de atención, tiempo de espera, recursos humanos. Regionalización. Área de influencia y área programática.

La equidad en el acceso a los servicios se debe instrumentar en relación a la georeferenciación mediante la regionalización sanitaria, basada en situar a los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población

Accesibilidad física: Instalaciones de salud apropiadas a las necesidades y problemas de salud de la población.

En tanto el imaginario social y las representaciones también pueden construirse en una barrera de acceso. El problema de definir la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos son también constructores de accesibilidad. Definir a la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva.

En muchas oportunidades, las representaciones, los discursos, y las prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuesta para mejorar la accesibilidad. Esto nos lleva a considerar el

concepto en su complejidad, incluyendo en su análisis la dimensión relacional. Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y práctica de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Dicho esto, definimos a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. (Stolkiner y Otros, 2000).

Este vínculo se construye a partir de la combinatoria ente “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000).

La intersectorialidad conceptualizada, en este caso como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud su bienestar y calidad de vida. Los resultados en la acción intersectorial son mayores en la medida que se logre descentralizar estos procesos y acercarlos cada vez más al ámbito local y comunitario. (Castell Florit Pastor. La Habana. ENSAP, 2003)

Dentro de las actuales políticas de salud que se plantean mundialmente, la promoción de salud, constituye un aspecto de gran importancia, ya que asienta las bases de la necesidad de la intersectorialidad. Cinco líneas en la estrategia trazada en la carta de Ottawa contemplan los siguientes aspectos:

- Formulación de políticas públicas saludables
- Creación de ambientes propicios
- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios de salud

El Cuerpo y los Beneficios Sociales

En las sociedades estatales, comenzamos a tener evidencias que la organización social que habilita o excluye respecto a la alimentación forma no ya un tipo de cuerpo característico, sino dos cuerpos de clase porque las **sociedades estratificadas cultural y políticamente darán origen a cocinas diferenciadas**. La naturaleza de estas cocinas diferenciadas estará en relación con el sistema particular de producción y distribución de alimentos.

La existencia de este acceso diferenciado a los alimentos que genera cocinas diferenciadas dará como resultado cuerpo también diferenciado, donde el bienestar económico será directamente proporcional al tamaño de la cintura. Concediendo con el espacio social se dibuja un espacio de cuerpos de clase que dejando de lado los azares biológicos tienden a reproducir en su lógica la estructura social. De manera que las propiedades corporales y los valores adscritos al cuerpo y a sus usos sociales contraponen las propiedades más frecuentes en los dominados.

Sin embargo a partir de la modernidad, en las sociedades europeas, se va a producir una transformación que va cambiar el rumbo de las cosas. Sometidas a perpetua intensificación por perpetuo cambio tecnológico. Tres acontecimientos culturales cambiaron las tendencias imperantes entonces e iniciaron la transición demográfica: la transformación energética, la transformación contraceptiva y la transformación productiva que instalaría definitivamente la sociedad salarial. El trabajo asalariado articula al sujeto. Esta construcción de sujeto a partir del trabajo genera nuevas relaciones sociales que cambiaron la forma de vivir, modificando la producción, la distribución y las formas de consumo alimentario.

La distribución es tan irracional que en la era de la abundancia se superponen los problemas de la sub y sobre-alimentación, como problema de salud pública.

Es que la problemática de los que no tienen es, antes que el hambre del desnutrido agudo, el hambre silencioso de los pobres gordos pobres, que ocultan en el volumen de las formas sus múltiples carencias. Porque los gordos no son gordos de opulencia sino de escasez. Alimentados con productos más baratos presentan carencias de micronutrientes esenciales lo que los expone simultáneamente a todas las dolencias de la escasez. En el sobre peso de los que no tiene para comprar confluyen tanto las tendencias atávicas de nuestra biología como las tendencias más modernas de la opulencia permanente con distribución desigual.

La reproducción limitada, la eternización de la situación de pobreza, están opacadas por el logro concreto de que toda la familia come todos los días aunque

con deficiencias que se traducen en deterioros en la calidad de vida solo perceptible en el largo plazo y además visualizados como padecimiento individual.

La **alimentación es un hecho social** no se necesitaron solo genes ahorradores para crear esta forma de alimentación paleolítica. Las regulaciones culturales en forma de prescripciones, hábitos, costumbres, normas y debieron forzar conductas dando sentido al hecho de comer cuándo y cuánto se pudiera atesorar energía para los tiempos difíciles. Es decir sobre la biología ahorradora se instaló una cultura reguladora, que ajustara al individuo a las cambiantes condiciones locales. Ha sido la cultura no la naturaleza la que marca qué, cuánto, cómo y con quien comer. Por eso se conviene hablar de cuerpos y no de genes. El genoma ahorrador en culturas de caza –recolección dio origen a los cuerpos altos-magos-flacos que muestran las pinturas rupestres y las evidencias arqueológicas. El mismo genoma en sociedades estatales pre-industriales con una base agrícola cerealera y apropiación diferencial del excedente dio origen a cocinas diferenciadas (alta y baja cocina) y cuerpos de clase(ricos gordos y pobres flacos) y en esta última fase de la sociedad industrial el mismo genoma desplegado en sociedades de mercado donde el precio de alimentos es el que condiciona fuertemente el acceso da paso a un cambio de sentido de sobrepeso y hay más probabilidad que los ricos sean flacos y los gordos pobres.

En Argentina, coherente con un proceso de polarización social que empobreció a los pobres y enriqueció a los ricos, ha quedado bien registrado en las encuestas de gastos de los hogares cómo se reducen los consumos de frutas y verduras,

lácteos y carnes de los hogares de bajos ingresos, a medida que desciende su ingreso medio y aumentan los precios. Durante, 30 años, sustituyeron todos esos productos por pan, fideos, azúcar y papas procurando cantidad antes que calidad en sus canastas de consumo. Los sectores de ingresos medios y altos a medida que aumentaban sus ingresos en cambio acrecentaron y diversificaron los consumos de frutas, verduras, carnes que son los productos más caros de la estructura de precios. Uno de los factores es el aumento significativamente de la cantidad de personas que no acceden ni a los requerimientos básicos de alimentación.

Los factores estructurales que no han sido nombrados y se encuentran en las raíces del problema del hambre es la desigual distribución del ingreso en la sociedad que aumentan la brecha entre los que más tienen y los que menos tienen. Esto genera un acceso diferencial del alimento entre las clases sociales acompañado por la capacidad de compra del alimento en el mercado actual. Esto va preparando el mercado para pobres y para ricos. El problema del hambre está vinculado con la alimentación de los pobres no son gordos de opulencia sino gordos de escasez. Alimentados con los productos más baratos generalmente, papas y cereales (pan y harinas) presentan carencias de micronutrientes esenciales como hierro, calcio lo que los expone a toda la dolencia de la escasez. Esta población es funcional a la sociedad porque con sus carencias y limitaciones la familia come todos los días aunque con deficiencias que se traducen en deterioros en la calidad de vida solo perceptibles en el largo plazo y visualizados como padecimiento individual y no como un problema social que merece ser

atendido y tratado tanto en el corto como en el largo plazo.

En un país con 90% de población urbana y una economía de mercado, antes una crisis financiera que sumiera al país en la pobreza, al momento de considerar políticas alimentaría señalaría como importantes aquellas que impactan directamente en el acceso porque la capacidad de compra es un componente esencial del acceso en un país con un 90% de población urbana, sufre enormes oscilaciones con caídas que llegan al 55%.Luego, de cada crisis, si bien hay una recuperación nunca se vuelve al estado inicial.

El problema se centra en la distribución inequitativa (del acceso antes que de la producción) no solo de los países sino del conjunto de la población.

Teniendo en cuenta que en la argentina el PNB depende un 76% de las exportaciones de productos primarios tiene un régimen de retenciones a la exportación del 35% a la soja, 28% la trigo y 25% la maíz. Funciona además como un instrumento que permite diferenciar el precio al cual se colocan los productos en el exterior del local que adoptan los mismos, lo que es particularmente importante en un país como Argentina donde los productos exportables forman parte de la canasta alimentaria.

También la fuerza que tiene en la sociedad de mercado el nivel de ingresos como organizador de la vida cotidiana de las personas y la variable a tomar en cuenta deber ser la capacidad de compra: los precios de los alimentos saludables y los ingresos para acceder a ellos.

El sobre peso de los pobres es un sobrepeso por carencias deviene de la sustitución de todos los alimentos considerados valiosos, como la carne que se cede a los varones adultos porque trabajan, de las frutas y los lácteos que se ceden a los niños porque están creciendo, de manera que los que les queda, los que le llenan, es el pan, el azúcar y las grasas. Todos los alimentos energéticos que el permiten saciarse pero no alimentarse adecuadamente.

Desde el punto de vista antropométrico no es la obesidad sino el déficit de talla el problema de salud pública más importante en los países en desarrollo, este déficit está asociado a la pobreza: a condiciones socio- ambiental desfavorable, a una nutrición insuficiente en los primeros años de vida y a episodios infecciosos frecuentes. Desde el punto de vista social, el pobre-gordo-pobre comienza su carrera hacia la obesidad en el útero materno como desnutrido fetal, seguirá su camino como niño mal alimentado (mucha energía barata y pocos nutrientes caros) que condicionarán sus estatura, y posteriormente sobre todo si es mujer y reduce su actividad al limitado ámbito doméstico: la acumulación de energía en forma de masa grasa aseguran su ingreso a la obesidad y la estigmatización de la sociedad que encuentra en los obesos pobres el punto clave de la diferenciación en una sociedad estratificada.

Entre las canastas de los sectores de ingresos medios y altos nos da la pauta que la separación de patrones alimentarios pasa por el límite de la línea de pobreza, que pasado este umbral a medida que aumentan los ingresos solo acentúan las tendencias.

Los productos de la canasta que a su vez condicionaran las comidas se diversifican con los ingresos formando una verdadera división entre baja y alta cocina. La baja cocina, de los más pobres, donde señorean 7 productos, por más creatividad que ponga la cocinera condena a los comensales a una monotonía y repetición evidentes.

Al revés de las poblaciones que incrementan sus ingresos pueden diversificar los consumos y consumir cada vez más proteínas animales. La pauperización fue adoptando sus consumos sustituyendo progresivamente alimentos caros por alimentos baratos hasta que sus canastas resultaron suficientes en volumen pero no en calidad de nutrientes, y variedad. En treinta años se pasó de un patrón unificado que cortaba transversalmente la estructura social a la aparición de dos patrones diferenciales donde los cortes los marca la línea de pobreza.

Según, el Manual Metodológico para la Planificación y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) entiende **al Programa Social** como el conjunto coherente de acciones destinadas a transformar una situación inicial y mejorar las condiciones de vida de la población determinada. La población beneficiaria es el conjunto de personas que han sido seleccionadas, a través de los mecanismos y de los criterios de focalización para recibir directamente los bienes y servicios que prestará el programa social. La prestación es el bien o servicio (producto) que genera una actividad en el marco de la ejecución del programa y que es entregado directamente a la población beneficiaria.

Las **estrategias de intervención** orientadas a la prevención como son las

Prácticas de Cuidado se definen como el estilo de vida que constituyen el conjunto de pautas y hábitos cotidianos de una persona y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constante y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo.

Los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, creencias, conocimientos y acciones de personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no solo del presente sino también de la historia personal del sujeto. (Pullen C, Noble S, Flandt K, 2001) La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y de adopción de estilos de vida saludables. Es importante reconocer que en la consolidación del estilo de vida con sus prácticas y creencias, están en juego una serie de procesos de aprendizajes que se presentan en contextos específicos. El componente cognitivo forma parte de la estructuración de prácticas saludables, aunque no necesariamente lo determina.

El concepto de **Calidad de Vida** se entiende como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como subjetivas. Es un principio organizador que puede incidir favorablemente o no en la vida cotidiana de la población.

La Calidad de Vida relacionada con la Salud es entendida como un modo de referirse a la percepción que tiene la persona de los efectos de una enfermedad

determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida. (Schalock, 1996)

Las condiciones objetivas se expresan en el derecho que tiene todo ser humano a tener garantizado por intermedio del Estado el acceso y el pleno ejercicio de sus derechos (vivienda, salud, educación, etc.). Las condiciones subjetivas están relacionadas con la percepción que se tiene acerca de nuestra vida, en el sentido si nos sentimos realizados con nuestro propio ser. Esto depende de cómo interprete cada persona su estándar de vida. La concatenación de hechos y efectos (condiciones subjetivas y objetivas) inciden favorablemente o no en su calidad de vida.

Según, Eduardo L Meléndez la realidad no sólo se organiza a través de las relaciones sociales que se establecen entre los sujetos, sino que los sujetos ven y actúan en la realidad a partir de los lugares que ocupan en un determinado sistema de relaciones por más inestables y transitorio que sea el mismo.

La Acción Social y la Intervención en lo Social

Por **Asistencia** se entienden generalmente las ayudas, prestaciones o servicios que se encuentran dirigidas o bien a operar por fuera de los accesos vinculados al trabajo, o bien aquellos que no pueden satisfacer por sus propios medios necesidades elementales. Robert Castell, en esta línea, plantea que el término de asistencia recubre un conjunto extraordinariamente diversificado de prácticas que

se inscriben no obstante en una estructura común, determinada por la existencia de ciertas categorías de poblaciones carecientes y por la necesidad de hacerse cargo de ellas” (Castell, 1997:33)

En la historia de las formas de acción social, luego de la asistencia a los pobres y la beneficencia, aparece la asistencia como un conjunto, más o menos sistematizado, de principios, normas y procedimientos para ayudar a individuos, grupos o comunidades, a fin de que satisfagan sus necesidades y resuelvan sus problemas.

La idea de **Promoción Social** no se propone como una intervención reparadora sino como una intervención transformadora. La promoción nace, entonces, como un conjunto de procedimientos que identifican en la necesidad de modificar características de los sujetos.

La **Promoción Social** definida a partir de la necesidad de modificar las pautas sociales, de transmitir conocimientos de autocuidado o de valores sociales o prácticas grupales se ha focalizado sobre las poblaciones pobres, a las que se ha sometido a su participación cautiva, muchas veces asociada a la obtención de los recursos asistenciales. La capacidad de pensar formas de acceso a la asistencia como derecho requiere de nuevas capacidades y de nuevos entrenamientos en perspectivas macro- sociales que suponen un desarrollo para el Trabajo Social y para el conjunto de las disciplinas sociales. Debe profesionalizarse pero en clave de acceso a derechos sociales integrando como objetivos de la intervención cuestiones como la accesibilidad, la perspectiva federal de las acciones, el reconocimiento de las necesidades diferenciales, etc.

El concepto de **Intervención en lo Social**, el mismo ha sido desarrollado por diferentes autores como Emilio Tenti Fanfani en su texto "Estado y Pobreza, Estrategias Típicas de Intervención"... Desde sus orígenes el Estado Moderno instala una serie de instituciones especializadas en intervenir sobre necesidades específicas de los sectores tradicionalmente tipificados como pobres. Estos constituyen el objeto preferencial de la política social del Estado" (Tenti Fanfani, 1990)

La noción **de Intervención en lo Social** implica la existencia de diferentes mecanismos, dispositivos, acciones, etc., que se van construyendo a través del tiempo, que son fuertemente influidas por el contexto, a través de la preponderancia y caída de diferentes nociones, conceptos, ideas y discursos que construyeron el Pensamiento Social y la Cuestión Social.

A su vez, la intervención en lo social implica una serie de representaciones, no solo de sí misma, sino de los sujetos, poblaciones y problemas sobre los cuales se interviene. El trasplante **construye significaciones** o tienden a reafirmar las ya existentes. Las significaciones son entendidas como los valores y los sentidos socioculturales otorgados por los propios sujetos en situación. El sujeto puede alcanzar un conocimiento de sí en situación teniendo en cuenta el universo de experiencias y de significación que configura sus condiciones concretas de existencia.

Las intervenciones sociales tendientes a generar conductas y prácticas asociadas al cuidado de la salud, la transformación de valores para la crianza de los niños,

etc. Tales intervenciones deben ser consideradas como de alta importancia política y que tienen que ser valorizadas y expresadas a partir de políticas del estado en las áreas de salud, educación y cultural.

Intervención Profesional y Abordaje Interdisciplinario.

Según, la Máster Silvia Fernández Soto plantea que en los nuevos escenarios socioeconómicos que se construyen en la Argentina en las últimas décadas, el sistema de políticas sociales tradicionales se vio seriamente afectado, resultando totalmente insuficiente e ineficaz para dar respuesta a los problemas emergentes en el nuevo contexto. En la década del 80 se observa un desfinanciamiento del sector público, lo que se traduce en una reducción real del presupuesto para esta área y en un deterioro contundente de la calidad de los servicios prestados; esto produce un proceso de fragmentación y descomposición de los servicios sociales públicos. Emergen políticas en énfasis en: la integralidad, privatización, descentralización y focalización.

En este escenario se le otorga el nivel local/comunitario/municipal un papel estratégico, aparecieron en los discursos y decisiones de los gobiernos nacionales, provinciales y agencias internacionales. Entiendo como local/comunitario/municipal a un espacio específico de articulación estado-sociedad civil, aquel espacio donde el estado asume el nivel más descentralizado y el más vinculado directamente a la vida cotidiana de la población. Mediante los procesos de descentralización del estado se transfiere a estos espacios responsabilidades en materia de provisión de bienes y servicios colectivos que

históricamente se asumían desde los niveles provinciales y nacionales. El ámbito local/municipal siendo el nivel más descentralizado del estado y el más directamente vinculado a los procesos de la vida cotidiana de la población, no permanece ajeno a los procesos de ajuste estructural. Este espacio aparece cada vez más tensionado y conflictivo, acrecentándose la brecha entre las necesidades y demandas insatisfechas y la capacidad de respuesta por parte del Estado para garantizar su satisfacción y reproducción social.

En el caso de Trabajo Social, Martinelli (2001) pone énfasis en la idea de pensarlo no sólo como una práctica operativa, sino además como una práctica teórica y una práctica política que incluye tres dimensiones constitutivas de la identidad profesional: teórico-metodológica (saber); técnico –operativa (hacer) y ético – política (poder). Para la autora, tales dimensiones son constitutivas de la práctica humana y constituyen mediaciones de la práctica profesional. Estas mediaciones son categorías instrumentales de operacionalidad de la acción profesional, instancias de pasaje de la teoría a la práctica que imprimen una dirección a ésta.

En este sentido la visita domiciliaria, siendo característica del ejercicio profesional es una herramienta que posibilita el establecimiento de la mencionada relación entre contextos de diferentes niveles de complejidad, al facilitar el conocimiento de la situación de vida cotidiana de las personas.

A pesar que las prácticas profesionales desarrolladas por el trabajo social están mediatizadas por conflictos y tensiones propios de los intereses antagónicos entre quienes tienen el “problema o la necesidad” y la institución encargada de de

resolverlo y la injerencia que históricamente ha tenido la profesión en la negociación de tales conflictos ha sido poca: la resolución de los mismos se ha situado en el terreno de lo operativo o ideológico, y la marginación de la toma de decisiones, para la definición y formulación de las políticas sociales, ha marcado toda una trayectoria donde se privilegia como central la ejecución/intervención.

Demanda, Necesidad y Problemas sociales.

La Demanda es la manifestación de una carencia, es expresión de una necesidad. Según Margarita Rozas, la necesidad es un concepto integral que no solo es carencia sino potencialidad humana individuales y colectivas, que hacen posible vivir en el mundo traduciéndose en proyectos de vida que dan sentido y significaciones a las relaciones sociales.

En la medida que exista distintas problemáticas, que expresan los sujetos sociales, dichas problemáticas van a ser expresión de las necesidades sociales. Los problemas sociales no son idénticos, ni en el tiempo, ni en los espacios regionales. Se van construyendo, en el marco del desarrollo de las Sociedades capitalistas, con la incorporación a la esfera pública las demandas sociales. Su definición expresa una construcción social donde impera la cosmovisión dominante, por ello nos encontramos con situaciones que afectan a la población y que aún no han sido enunciados como problemas sociales, o que su construcción social comienza a emerger.

“Necesariamente los problemas se construyen vinculados al proceso de

interpretación de la demanda por los diferentes actores involucrados y en la interacción social, tendremos la posibilidad de potenciar la capacidad de las instituciones en la construcción de problemas, en el sentido de hacerlos “visibles” y a partir de allí iniciar el proceso de incorporación de los mismos en la agenda institucional.”

El concepto de salud al no referirse a la mera ausencia de enfermedad sino a un proceso complejo y dinámico, “proceso de salud-enfermedad”, que implica abordar los problemas de salud desde una perspectiva integral de la salud.

Los **problemas de salud** constituyen complejos histórico-sociales donde se articulan múltiples procesos biológicos, psicológicos, socioeconómicos, políticos y culturales.

Es importante, remarcar que los **Equipos Asistenciales** ponen el énfasis en la producción de acciones y en la construcción de estrategias de intervención. En el caso, de la investigación, el énfasis está centrado en la producción de conocimiento.

Como nos dice Stolkiner, “Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesadas por ellas.

La atención primaria en salud apunta a los problemas más comunes de la población a través de prestar servicios preventivos, curativos y de rehabilitación para maximizar la salud y actúa en contextos donde existe la enfermedad e influye en la respuesta de la población ante los problemas de salud. Organiza la

atención, racionaliza el despliegue de todos los recursos tanto los básicos como los especializados, directamente para promover, mantener, mejorar la salud".

Para prevenir la enfermedad y promover la Salud, no solo hay que tener en cuenta al especialista, sino también la participación de la población ya que ellos son los que conocen mejor los factores de Salud más elementales: Alimento, agua limpia, Higiene, Trabajo, Instrucción, Vacunación, Asistencia Sanitaria Básica.

Rodolfo Nuñez plantea al **Trabajo Interdisciplinario** como una estrategia mediante la cual las operaciones de transformación de las situaciones problemáticas son encaradas en forma integral, con la asistencia de un equipo profesional de distintas ciencias y disciplinas, los que interactúan dando lugar a un abordaje acorde con el nivel de complejidad de la realidad concreta con la que se enfrentan, ya que permiten describirla explicarla y operarlas en su multidimensionalidad. El abordaje interdisciplinario surge de la complejización que fueron adquiriendo los fenómenos, a los que las disciplinas no pudieron darle respuestas.

" La interdisciplina arranca del saber específico de cada disciplina, y se dirige a un saber superior que implica una apertura a otros saberes, la integración de diversos conocimientos que conducen a un resultado de síntesis o saber superior y que desafía la lógica de los poderes disciplinares."

En los **Equipos Interdisciplinarios** cabe destacar los siguiente ejes: la construcción de un lenguaje común, que implica que las disciplinas deben adecuar o reasignar la valoración por sus propios códigos; el desarrollo conceptual de

temas que se abordan como contracara a la rotulación, que cierra espacios de reflexión, anula mecanismos de articulación del conocimiento y segmenta el análisis temático; las disciplinas tienen que tener no sólo el ánimo, sino la disposición intelectual de ingresar hacia una actitud de apertura hacia los saberes de otras disciplinas; la necesidad de trabajar más cerca de la multicausalidad que de los efectos que esta multicausalidad ha provocado-, la necesidad de encontrar, promover y defender el tiempo y espacio compartido; la jerarquización de la tarea de la evaluación periódica; la significación de la coordinación no como una formalidad, sino como constructor cotidiano del espacio real del equipo; la valoración de la elaboración de informes interdisciplinarios; la necesaria actitud confrontativa contra la rutinización de la tarea profesional.

Objetivo General

- Indagar las valoraciones que tienen los pacientes trasplantados del corazón sobre los beneficios sociales y necesidades otorgadas por los programas sociales de gestión estatal y la relación que se establece para acceder a los mismos.
- Analizar el modelo de intervención social que utilizan los programas sociales estatales y el grado de articulación existente de las acciones que implementan para atender a las necesidades y beneficios sociales de los trasplantados.

Objetivos Específicos

- Describir las significaciones que construyen los pacientes trasplantados del corazón sobre las necesidades y beneficios sociales otorgados por los programas sociales estatales y el mecanismo que deben transitar para acceder a los mismos.
- Describir el modelo de intervención social que desarrolla los programas sociales de gestión estatal y el carácter de las acciones que desarrollan con los beneficiarios de los mismos.
- Conocer las implicancias de la normativa vigente referida a las condiciones del trasplantado y la relación que se establece en el acceso a los beneficios sociales y a sus necesidades.
- Identificar las relaciones de articulación existente entre las acciones de los programas sociales estatales destinados a las personas trasplantadas y la modalidad de trabajo que implementan para abordar los casos.

Justificación

Este tema es de relevancia científica, ya que ha ocupado el interés en el ámbito académico de la mano en su mayoría de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, y psicólogos quienes en los últimos quince años han generado un considerable volumen de producción teórica y práctica sobre los distintos aspectos que configuran el campo del trasplantado. El estudio de la temática aporta al colectivo profesional nuevos indicadores o preguntas que permiten revisar los marcos de referencias teóricos-metodológicos en el ámbito de la salud pública.

El tema es de relevancia social, ya que con el correr del tiempo ha sido

preocupación de los profesionales el notable incremento de pacientes trasplantados del corazón en hospitales públicos teniendo un mejoramiento significativo en su calidad de vida. La temática ha generado la necesidad de recuperar la visión de los propios actores desde su propia vivencia a fin de describir y analizar las significaciones que elaboran acerca de su cuerpo, y el nivel de accesibilidad a los beneficios sociales de los programas sociales enmarcados en la ley vigente.

Los hospitales son los que tienen un contacto directo con la comunidad y pueden contribuir al diseño de políticas de alta complejidad social que tengan en cuenta las significaciones socioculturales de las personas trasplantadas acerca del acceso a los beneficios sociales de los programas sociales de gestión estatal. Es importante que los programas contengan lineamientos territoriales que den prioridad al modelo de promoción y prevención del proceso de salud-enfermedad-atención de las personas trasplantadas.

Problema

¿Qué grado de articulación existe entre los diferentes programas sociales de gestión estatal que llevan adelante acciones para atender a las necesidades y beneficios sociales de las personas trasplantadas?; ¿Qué grado de accesibilidad tienen las personas trasplantadas a las necesidades y beneficios sociales de los programas estatales?; ¿Qué nivel de articulación existe entre el estado nacional, provincial y municipal para atender a las necesidades y beneficios sociales de los trasplantados?

Hipótesis

Los programas sociales de gestión estatal implementan acciones de intervención social de carácter asistencial que tienen como eje el acceso a los beneficios sociales y satisfacción de las necesidades de los trasplantados sin desarrollar un abordaje integral del caso(trasplantado) que tenga en cuenta la visión de APS(acciones de prevención y promoción de salud), la articulación de las acciones y la modalidad de trabajo con equipos interdisciplinarios a fin de mejorar las condiciones de vida de los trasplantados.

Preguntas de Investigación.

¿Cuáles son las valoraciones que tienen los pacientes trasplantados del corazón sobre el acceso a los beneficios y necesidades sociales de los programas estatales?; ¿Cuál es el modelo de intervención social que desarrolla los programas?; ¿Qué significaciones tienen los trasplantados sobre la obtención de sus beneficios y la resolución de sus necesidades por parte de los programas? ; ¿Qué articulación existe entre las acciones que desarrollan los programas sociales estatales?

Propuesta Metodológica

Para realizar este proyecto es necesaria la utilización de la metodología cualitativa porque permite recuperar la propia definición que efectúa el propio actor social y conservar así el lenguaje de los mismos.

Para obtener los datos correspondientes para cada objetivo específico se va a llevar adelante una triangulación de técnicas metodológicas, ya que se va a combinar observación participante, entrevista semi-estructurada, encuesta con cuestionario y observación de documentación.

Dicho abordaje tomará como foco problemático las significaciones de los pacientes trasplantados del corazón sobre los beneficios y necesidades sociales de los programas estatales y el nivel de accesibilidad a los mismos por parte de los trasplantados enmarcados en la ley de protección integral 26.928 y la forma en que son regulados por la misma.

Se define como unidad de estudio El Hospital El Cruce: “Dr. Néstor Carlos Kirchner” de Alta Complejidad en Red de la localidad de Florencio Varela Provincia de Buenos Aires y como unidad de análisis pacientes trasplantados del corazón durante los meses de julio a diciembre de 2012 y enero a diciembre de 2013 que se encuentren bajo tratamiento médico, adultos no mayores de 70 años de edad con o sin obra social con esperanza de vida menos de un año.

Se tomaron como puntos nodales principales la Ley 26928 del Sistema de Protección Integral de los pacientes trasplantados, el decreto 3309/92 del Ente de Financiamiento de trasplante de órganos, (subsidiarios para pacientes que carecen de obra social) y los programas sociales de gestión estatal. También, como apoyo de referencia a la problemática se va a consultar la legislación provisional y de jubilación vigente en la Argentina y en la provincia de Buenos Aires. A saber, Ley nacional 23660, 23661 y 18910 (sistema contributivo), ley nacional 13478 (pensión no contributiva por discapacidad), ley nacional 22471 (sistema de protección

integral de personas con discapacidad) ley provincial 10205.

Se utilizarán como técnica de relevamiento de información para la construcción de datos el análisis e indagación de fuentes primarias y secundarias, como entrevistas semi-estructuradas y observación participante/participación objetivante en el trabajo de campo. (Bourdieu, 1975)

Respecto a las fuentes primarias y secundarias, se entiende a las primeras como fuentes documentales: documentación normativa, historia clínica, encuestas sociales del cucaiba, programas sociales estatales, leyes, decretos, reglamentos, documentos de trabajo, y material de comunicación pública, referidos a la temática abordar. Durante una primera etapa se relevará información y se definirán corpus documentales como parte de las evidencias empíricas.

En cuanto a las segundas, refieren a la producción histográfica sobre los pacientes trasplantados del corazón, la vinculación con los beneficios y necesidades sociales otorgados por los programas y el nivel de accesibilidad a los mismos por parte de los trasplantados. Durante una primera etapa se relevarán fuentes secundarias que permitan identificar nuevos corpus documentales. El estudio es de tipo exploratorio, ya que servirá de base para posteriores estudios entendiendo a este como el más apropiado para el logro de los objetivos planteados.

Respecto al trabajo de campo, como parte complementaria de las evidencia empíricas producto de las fuentes documentales, las observaciones estarán guiadas por ciertas preguntas construidas a los fines de la investigación.

En la recolección y análisis de los datos de esta primera etapa se tendrá en cuenta el siguiente criterio de elegibilidad:

Los pacientes trasplantados del corazón en el hospital durante los meses de julio a diciembre de 2012 y enero a diciembre de 2013 que sean adultos no mayores de 70 años de edad y que se encuentren bajo tratamiento médico.

Las encuestas se realizarán en el Servicio Social de dicha institución. Se van a seleccionar diez pacientes trasplantados del corazón en el hospital bajo los criterios de elegibilidad y el período de tiempo mencionado. En caso de fallecimiento se va a realizar la encuesta al familiar directo del paciente.

La segunda etapa tiene la finalidad de realizar en un primer momento, una encuesta con cuestionario y se va utilizar la observación participante a los pacientes seleccionados. En el marco de entrevistas semi-estructuradas guiadas con preguntas orientadoras que permitan profundizar sobre los conceptos centrales y la relación con la problemática abordar.

Esto servirá como base para realizar un posterior análisis de la incidencia que tienen las significaciones enunciadas desde la perspectiva de los propios actores para mejorar las políticas sociales vigentes y diseñar nuevas acciones específicas para la problemática planteada.

Las actividades a realizar serán:

- Estado de arte sobre el tema-problema a abordar y relevamiento de fuentes secundarias.
- Relevamiento de la normativa referida al programa de subsidios del CUCAIBA, la ley 26928, las encuestas sociales del CUCAIBA y la historia clínica del paciente, programas sociales, normativa de apoyo de

legislaciones previsionales, la legislación provisional y de jubilación vigente en la Argentina y en la provincia de Buenos Aires. A saber, Ley nacional 23660,23661 y 18910 (sistema contributivo), ley nacional 13478 (pensión no contributiva por discapacidad), ley nacional 22471(sistema de protección integral de personas con discapacidad) ley provincial 10205.

- Análisis de la normativa relevada en lo referido a las implicancias de las disposiciones referidas a los pacientes trasplantados del corazón, el acceso a los beneficios y necesidades sociales otorgadas por los programas estatales y el nivel de accesibilidad a los mismos por parte de los trasplantados y el grado de articulación de las acciones implementadas por los programas sociales de gestión estatal.
- Construcción de la muestra y realización de encuestas.
- Análisis de las encuestas.
- Elaboración de informes parciales.
- Elaboración del informe final a ser incluido en la tesis.

Se prevé para el desarrollo de este plan de trabajo, una organización de diálogo entre el marco teórico, las fuentes, el análisis, el trabajo de campo y la elaboración de informes.

Se piensa la siguiente frecuencia: trabajo con documentos y bibliografía, proceso de análisis, trabajo de campo, y nuevamente proceso de análisis para la elaboración del trabajo final. La misma, se encuentra representada con mayor detalle, y organizada mensualmente, en el cronograma de actividades que sigue a

continuación.

Cronograma de Actividades

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Estado del arte sobre el tema-problema a abordar y relevamiento de fuentes secundarias	█	█									
Relevamiento de la normativa referida a los vínculos entre los pacientes trasplantados del corazón, el acceso a los beneficios y necesidades sociales de los programas y el nivel de accesibilidad a los mismos. (fuentes	█	█ x	█								

<p>primarias)</p> <p>Realización de encuesta a los pacientes trasplantados del Corazón</p>	 										
<p>Análisis de la normativa relevada en lo referido a las implicancias de los pacientes trasplantados del corazón, el acceso a los beneficios y necesidades sociales de los programas estatales, y el nivel de accesibilidad a los mismos y el grado de articulación</p>											

existente entre las acciones de los programas sociales de gestión estatal.											
Análisis de las encuestas	X	X	X	X	X	X					
Elaboración de informes parciales	X	X	X	X	X	X	X				
Elaboración del informe final a ser incluido en la tesis	X	X	X	X	X	X	X	X			

Relevamiento de los datos

El Hospital El Cruce “Dr. Néstor Carlos Kirchner fue inaugurado en el año 2007 para dar respuesta a las necesidades de la región. Los habitantes de los distritos de Florencio Varela, Berazategui, Quilmes y Almirante Brown, necesitaban tener acceso a una atención de mayor complejidad, que incluye entre otras cosas distintos estudios para diagnóstico e intervenciones quirúrgicas especializadas.

Este “Ser” del hospital, deviene de una visión que tuvieron los representantes sectoriales de la red: Directores de hospitales, Secretarios de salud y Director de la Región Sanitaria VI, al momento de formular el proyecto hospitalario. Se sumó

el aporte entusiasta de los trabajadores que iniciaron la puesta en marcha del hospital y los que progresivamente se incorporaron hasta completar el staff actual. El hospital posee un modelo de organización sanitaria inteligente que articula en red, interactuando con ocho hospitales y los casi 200 CAPS de la zona sur del conurbano bonaerense, e integrado a la red nacional de salud.

Para acceder a la atención en el hospital El Cruce, es indispensable ser derivado de los hospitales que integran la red, desde el Ministerio de Salud Nacional o del Ministerio de Salud Provincial, en caso de requerir una mayor complejidad. Para esto el hospital cuenta con un servicio de gestión de pacientes cuya función es coordinar los turnos de las diferentes especialidades.

La construcción del Hospital El Cruce, de 20.500 m² cubiertos, demandó una inversión de más de 100 millones de pesos provenientes del estado nacional. Cuenta con 130 camas de las cuales el 50% son de internación especializada en terapia intensiva, unidad coronaria, recuperación cardiovascular, entre otras. Está equipado con tecnología de última generación: tomógrafo de seis cortes; resonador magnético de imán abierto de 0.23 y otro resonador de 3T (únicos con estas características en establecimientos públicos del conurbano); equipo de hemodinamia que permite la realización de cateterismo y un sistema de monitoreo con equipos modulares en terapias y quirófanos en red.

Entre otros logros, el hospital El cruce se convirtió en el segundo hospital público en Latinoamérica en liderar los trasplantes hepáticos tanto a nivel público como privado, y el primero en la procuración de órganos y tejidos a nivel nacional, no solamente por la cantidad sino también por la calidad de los donantes, y por el

tratamiento que se hace a los posibles donantes, en el cual más del 60% de los que entran en protocolo se van de alta.

El Hospital Néstor Kirchner es hoy un hospital público instalado en el sistema de salud, que ha dado muestras claras de su aporte a una renovada forma de entender el derecho a la salud de los ciudadanos. El trabajo en red, tiene como característica principal el hecho de poner al ciudadano en el centro de la escena. La cultura de trabajo y el compromiso de los trabajadores, los que se asientan en valores de solidaridad, mejora continua y justicia social, son otro aspecto fundamental del trabajo en red. Pero a su vez el hospital trascendió las fronteras de la propia red planteada originalmente, para convertirse en un centro de referencia nacional en algunas prácticas y especialidades.

El hospital es un ente descentralizado denominado Sistema de Atención Médica Integral Comunitaria (SAMIC) dependiendo del Ministerio de Salud de la Nación y la provincia de Buenos Aires. La aprobación del decreto 2520 en el año 2015 lo convirtió como ente definitivo en SAMIC manifestando ser un hospital universitario. La máxima autoridad es Consejo de Administración está compuesto por 6 (seis) miembros: 2 (dos) representantes designados por el Ministerio de Salud de la Nación, 2 (dos) representantes designados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y 2 (dos) representantes en carácter de adherentes designados por la Universidad Nacional Arturo Jauretche. La presidencia del mismo será ejercida por una de los representantes del Ministerio de Salud de la Nación, posteriormente será rotativa entre ambas jurisdicciones y la universidad fijándose la duración del mandato en 2 (dos) años.

Una de las principales características es su modalidad de trabajo en red que sostiene desde sus inicios. El hospital tiene como referencia la población de los municipios de Florencio Varela, Berazategui, Quilmes y Almirante Brown. Los hospitales de mediana complejidad que derivan los casos más complejos al Hospital El Cruce, ya que conforman la Red son: Hospital Zonal General “Dr. Arturo Oñativia”, Almirante Brown; Hospital General de Agudos “Evita Pueblo”, Berazategui; Hospital Zonal de Agudos “Mi Pueblo”, Florencio Varela; Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte”, Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Dr. Oller, Quilmes y los Hospitales Zonal General de Agudos Lucio Meléndez, y Subzonal especializado en Rehabilitación Motriz Dr. José María Jorge de Adrogué.

El Hospital cuenta con un moderno edificio pabellón al vinculado y relacionado mediante dos corredores longitudinales, uno de carácter público y otro técnico con una superficie cubierta de aproximadamente 22.000 m².

Es una planta dispuesta en dos niveles, vinculados por numerosos y específicos núcleos verticales, caracterizados según su ubicación, entre públicos, técnicos y/o de servicio.

Cuenta con 6 pabellones los cuales a su vez se componen de sectores identificados caracterizados por su función dentro del esquema del Hospital.

El edificio se implanta en el centro de un predio cercado de 30.000 (treinta mil) metros cuadrados contando con accesos diferenciados por su funcionalidad lo que le otorga un control y seguridad destacable.

El predio posee espacio para ampliar el eje principal del edificio, continuando los pasillos técnicos para conservar el funcionamiento original.

Posee helipuerto reglamentario y una gran capacidad de conexión terrestre por encontrarse cercano a un cruce de rutas provinciales de gran circulación.

El Hospital trabaja bajo un sistema de cuidados progresivos en función de la complejidad del paciente, con 180 camas distribuidas en: Unidad de Terapia Intensiva de Adultos, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica; Unidad Coronaria, Intermedia Pediátrica, Intermedia de adultos, Admisión de Paciente Crítico, Hospital de Día y Unidad de trasplante. Cabe destacar que el 45% corresponden a camas de terapia intensiva.

A partir de Octubre 2015

Camas de internación	161
Camas de día	20
Sillones	16

	Año 2015
Egresos totales	9.527
Egresos de Internación	3.909
Egresos Hospital de Día	5.618

Consultas totales	68.455
Estancia media	10
Defunciones	285
Tasa de mortalidad hospitalaria	7,3%
Intervenciones en quirófano	3.088
Trasplantes	90
Implantes cocleares	20
Consultas demanda espontánea	3.765
Estudios de Hemodinamia	1.566

	201	201	201	201	201	201
	0	1	2	3	4	5
Cardíaco			4	4	5	2
Córnea			4	2	3	13
Hígado				31	36	44
Médula Ósea	2	10	1	14	19	26
Renal					1	5
Total	2	10	9	51	64	90

	Profesion ales médicos	Enfermero s profesional es	Técnic os	Lic. enfermerí a	en Otros profesional es	Administrativ os	Otro s
Relación de dependencia	326	240	151	156	85	101	
Loc.de servicio	56	50	23	12	52	11	38
Residentes	61				6		
Loc.de obra	25				3		
Becarios						22	
Total	468	290	174	168	146	134	38

Teniendo en cuenta la propuesta metodológica planteada en la investigación destinada se realizaron 10 (diez) encuestas a pacientes que fueron trasplantados del corazón del Hospital El Cruce” Dr. Néstor Carlos Kirchner”. Alta complejidad en Red de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires durante los meses de julio a diciembre de 2012 y enero a diciembre de 2013.

De las 12 (doce) encuestas programadas se realizaron 10 (diez) debido a que dos pacientes fallecieron posterior al trasplante y los familiares no quisieron ser entrevistados. Las encuestas fueron realizadas en el Servicio Social de dicha

institución, a cargo de la Licenciada en Trabajo Social: Crespo Juliana- Trabajadora de planta permanente de dicha institución.

Se adjunta en el anexo de la tesis las 10 (diez) encuestas realizadas y el relevamiento de los datos obtenidos de las mismas. Los datos fueron volcados en una Tabla de Excel con sus respectivas categorías de análisis respetando la estructura utilizada en la encuesta realizada a los pacientes trasplantados del corazón del hospital de alta complejidad en red.

Análisis y conclusiones Finales

A partir de las diez encuestas realizadas a las personas trasplantadas del corazón se observa que el grado de accesibilidad a los beneficios sociales y necesidades estuvo marcado por mecanismos y circuitos complejos que tuvieron que transitar para acceder a los mismos. Entre ellas, se enmarcan cuestiones referidas a la excesiva cantidad de documentación requerida por los programas para acceder a los mismos, la presentación en reiteradas oportunidades de la misma documentación dónde era necesario acreditar una vez más, “su condición de trasplantados”, el tiempo de espera de los trámites, la discontinuidad en la entrega de la medicación, acciones de intervención profesional superpuestas entre los programas y sin articulación entre sí, escasas visitas domiciliarias, dificultades en la entrega de materiales para mejorar la vivienda y adaptarlas a las necesidades del trasplantado, escasas acciones de prevención, promoción y protección de la salud de los trasplantados.etc.

Tales acciones de intervención son valoradas por las personas trasplantadas

como respuestas por parte del estado de carácter estrictamente “asistencial” como merecedores de tales beneficios por su “condición de trasplantado” . Reforzando una vez más, su condición de pobreza, su lugar como sujeto pasivo, receptor de los mismos.

Los diferentes programas construyen una relación de carácter estrictamente “asistencial” despojándolos de la noción de sujeto social con derechos adquiridos sin brindar un acompañamiento y un abordaje integral en el cuidado, prevención y protección de la salud del trasplantado.

Se evidencia que los programas ponen como requisito necesario acreditar permanentemente su “condición de trasplantados” dando cuenta de las restricciones de sus capacidades por sobre la ampliación de las mismas sin contemplar en las intervenciones profesionales acciones de cuidado, prevención y protección de la salud del trasplantado como parte constitutiva de problemática de salud de alta complejidad.

Se observa en los diferentes programas sociales de gestión estatal una presencia del estado en la accesibilidad de las personas trasplantadas a los beneficios y necesidades sociales. En este sentido, el Estado a través de sus políticas públicas en salud y de sus programas de gestión estatal interviene como eje regulador de dicha práctica; no obstante, el acompañamiento del Estado a través de sus políticas de prevención, promoción y cuidado de la salud del trasplantado se presenta como vaga, reducida o escasa siendo esta una de las principales expresiones o aristas de la problemática de los trasplantados.

Considero la necesidad de poner sobre la agenda del estado la importancia en el acompañamiento, seguimiento y tratamiento de las mismas como materia de política de trasplante vinculada a lograr una mayor intervención y protección social de las personas trasplantadas.

Dicha problemática de salud de alta complejidad requiere de acciones de intervención y de programas específicos que no re- victimicen y estigmatice aún más su condición, ni generen mayores restricciones de sus capacidades sino la ampliación de las mismas teniendo en cuenta su realidad socio-cultural y sanitaria. Para ello es importante tener en cuenta las expresiones y valoraciones de los propios sujetos trasplantados, a fin de que puedan instalarse en la agenda del estado como un aspecto necesario a tener en cuenta a la hora de definir nuevas líneas de intervención y creación de programas específicos.

En relación, al grado de articulación entre los programas sociales de gestión estatal, se podría decir que los programas municipales tienen mayor contacto con la realidad socio-sanitaria y les permite a los profesionales tener un primer contacto con la problemática, a fin de conocer y detectar en terreno las necesidades, las condiciones socio-económica y habitacionales de la persona trasplantada y su grupo familiar.

El conocimiento directo les permite contar con una diagnóstico socio-sanitario de las necesidades y beneficios sociales relevados en terreno siendo central para intervenir con acciones de prevención, promoción y cuidado de la salud tendientes a modificar conductas de riesgo, disminución de indicadores de salud vinculados a

los malos hábitos en la alimentación, dificultades en las pautas de cuidado del cuerpo, condiciones de higiene y seguridad en la vivienda, y la capacidad de re-inserción socio-laboral de la población trasplantada. Tales cuestiones o aristas de la problemática no son trabajadas por los diferentes programas de gestión estatal como aspectos centrales de la problemática de alta complejidad que impacta en la vida cotidiana de las personas trasplantadas.

La gestión municipal implica la cobertura de las necesidades y beneficios sociales elementales como ser: el trámite de la pensión, el certificado de discapacidad, pase de transporte y materiales para terminar o ampliar la vivienda. Dicha gestión requiere de la articulación con la gestión provincial como garante central de la puesta en práctica del dispositivo de trasplante donde el CUCAIBA cobra un protagonismo importante porque es quien por medio de una encuesta social y una entrevista realizada al paciente verifica la situación socio-sanitaria y el acceso a los beneficios sociales principalmente, en la primera etapa del trasplante.

La gestión Municipal y Provincial tiene misiones y funciones diferentes que están marcados en primer lugar, por el nivel de incidencia en la problemática, por la partida presupuestaria destinada a tales casos, y en segundo lugar, por el alcance de las acciones de intervención profesional y el grado de articulación entre los diferentes programas. Tales gestiones no cuentan con un nivel de articulación entre sí para abordar los casos de manera integral sino que dicha articulación, es generada y propiciada por el equipo de trabajo que atiende al trasplantado, por el CUCIABA y por los médicos especialistas en trasplante. Dicha articulación, se

“construye en la práctica misma” sin un programa específico que sustente y respalde el proceso. La misma se construye a partir de que el paciente es apto para el trasplante indicado, y se empieza a gestionar los primeros intentos de articulación con los diferentes programas.

Se observa en las encuestas realizadas a las personas trasplantadas del corazón que los programas de gestión estatal que asisten a esta población cuenta con la coexistencia de una mirada fragmentada de la “condición del trasplantado” acompañado del diseño e implementación de acciones de intervención de carácter estrictamente “asistencial”. Se evidencia concepciones teóricas y prácticas que fundamentan la razón de ser de la existencia de los programas sociales de gestión estatal (municipal-provincial-nacional) destinados a atender las necesidades y beneficios sociales del trasplantado. Tales programas tienen lineamientos con intervención diferentes y no generan la articulación necesaria con los otros programas que intervienen dentro de la órbita del estado, ya sea a nivel municipal, provincial y nacional. Eso hace que la respuesta a las necesidades y beneficios sociales se resuelva según la perspectiva de cada jurisdicción, y del profesional interviniente, y no de acuerdo al contexto socio-sanitaria que vive la persona trasplantada.

La mayoría de las acciones de intervención profesional de los diferentes programas de gestión estatal están ancladas en discursos y prácticas fragmentadas que no contemplan un enfoque integral del proceso de salud – enfermedad del trasplantado, ni cuentan con equipos de trabajo interdisciplinario

para abordar las diferentes aristas o manifestaciones de la problemática de alta complejidad.

A partir de las encuestas realizadas, se observa que no existe un programa específico que aborde la situación de las “personas trasplantadas” que brinde mayor intervención y acompañamiento del estado en el diseño de acciones de prevención y promoción de la salud tendientes a modificar conductas de riesgo de los destinatarios, propiciando prácticas de salud vinculadas a hábitos alimentarios saludables, conductas de higiene y seguridad en la vivienda, mejoramiento de las condiciones habitacionales, reinserción socio-laboral siendo estas cuestiones parte de una problemática de salud de alta complejidad específica.

Las Propuestas de Políticas Públicas se enmarcan en la necesidad de contar con un programa específico destinados a las personas trasplantadas que contemplen las diferentes aristas de la problemática de alta complejidad en toda su totalidad brindando mayor presencia del estado en el acompañamiento y seguimiento de las acciones de prevención, promoción, cuidado y protección de la salud de la población trasplantada.

Para ello es necesario recuperar las propias valoraciones de las personas trasplantadas y su contexto socio-sanitario. Contemplar además, la creación de equipos de trabajo interdisciplinarios específicos, con partidas presupuestas destinadas a esta población, y con una mayor articulación con los otros programas de gestión estatal dónde la articulación sea uno de los ejes centrales del programa y no una mera construcción artificial de la práctica misma.

Las políticas deben tener como objetivo trabajar la problemática de las personas trasplantadas no solo desde el grado de accesibilidad a los beneficios sociales sino desde la prevención y protección de salud del trasplantado generando acciones de inclusión social y de ampliación de sus capacidades y derechos en materia de salud de alta complejidad.

Considero que aun falta bastante por recorrer y poner en evidencia a través de los propios sujetos involucrados que ambas caras de la problemática “ la APS y la Alta Complejidad” forman parte de la misma artista de la problemática de trasplante. Quizás ahí, el estado pueda lograr y evidenciar un mayor acompañamiento, presencia y abordaje integral de la problemática de las personas trasplantadas como política de trasplante.

ANEXOS

Primer anexo

Encuesta Social del CUCAIBA

La encuesta social permite recuperar los datos personales, de cobertura social, nivel de instrucción, aspecto laboral y grupo familiar conviviente.

Se describe la situación de salud del paciente, las características de su vivienda, los servicios, equipamiento y movilidad para traslado de su casa al hospital. La estructura barrial y los recursos comunitarios. Posteriormente, se realiza un diagnóstico social del caso y se diseña un plan de intervención profesional.

Programas y Beneficios sociales

Las **Pensiones Nacionales** se relacionan con la comisión nacional de pensiones y el ministerio de desarrollo social de nación. Las oficinas territoriales de la CNP-CAL (centro de atención local)

-Pensión para madre de más de siete hijos.

-Pensión por invalidez: mujeres, varones, adolescentes, niños que presenten al menos un 75% de invalidez de discapacidad

-Pensión por vejez de más de 65 años que no dispongan de beneficio previsional ni ingresos derivados de actividad laboral. La cobertura social es PROFE

Las **Pensiones Provinciales** otorgadas por el Instituto de Previsión Social - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. La gestión se inicia en la ciudad de La

Plata y la presentación de la solicitud y documentación en sede municipal.
(Delegación)

Pensión por invalidez

La cobertura social es IOMA (obra social provincia de buenos aires).

Pensiones Asistenciales

Prestación social otorgada por organismos de gobierno nacional y provincial (eventualmente municipales) de acuerdo con leyes y otras normas = derecho.

Contemplan situaciones que aumentan o pueden aumentar la vulnerabilidad de familias y personas=sistema de protección social.

Asignación de una cantidad de dinero mensual = ingreso directo.

No requieren de aportes al sistema de seguridad social = no contributivas.

Condiciones para el Acceso a la Pensión.

Encontrarse en situación estado de vulnerabilidad social.

Sin amparo previsional o no contributivo ni ingresos derivados de actividad laboral en el mercado formal.

No poseer bienes, ingresos, ni recursos suficientes para garantizar la subsistencia.

No tener parientes obligados legalmente a proporcionar alimentos o que, teniéndolos se encuentren impedidos para hacerlos.

Pase de transporte local, provincia con o sin acompañante. Se pueden tramitar en las delegaciones municipales de desarrollo social. Se debe tener certificado de discapacidad.

El **certificado de discapacidad** lo emite la junta médica integrada por un médico legista y otros profesionales. Se realiza en hospitales públicos. El pase nacional y el certificado de discapacidad nacional se otorgan en la comisión nacional de discapacidad en capital federal. Para los diferentes pases de transporte se debe tener certificado de discapacidad.

La entrega de recursos asistenciales como ser elementos ortopédicos, alimentos especiales, pañales, sillas de ruedas, muletas, medicación, prótesis, aspirador, nebulizador, etc. se pueden tramitar en delegaciones municipales de desarrollo social del municipio, provincia o nación depende de cada caso.

Condición Habitacional

Mejoramiento habitacional se inicia en desarrollo social de cada jurisdicción

Inscripción en el listado de viviendas se realiza en el municipio de cada jurisdicción.

Tarjeta Alimentaria

Se tramita la tarjeta alimentaria mensual para la compra de alimentos en supermercados de la zona. La misma se obtiene en Desarrollo Social de cada Jurisdicción.

1-ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
1.-Encuestado	Pc	No cuenta con titulos.	Tiene el programa de salud-PROFE. Calificación de PROFE: Regular, discontinuidad en la entrega de medicamentos, recursos.	vivienda propia, en zona urbana(fue entregada previo al trasplante por el Municipio de la Matanza) Buen estado, construcción de ladrillo y material, cuenta con los servicios básicos y cubre las necesidades mínimas del trasplantado como ser: condiciones de seguridad e higiene y cuenta con las condiciones óptimas habitacionales para el grupo familiar.	Distancia de su casa al Hospital: 80 Km. Utiliza el colectivo como medio de transporte público.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
2 - Encuestado	Universitario completo.	Licenciada en Terapia Ocupacional-Especialización de Post-Grado .	Programa de Salud-PROFE	Vivienda alquilada, cuenta con los serivios básicos , cubre las necesiades del trasplando y de los integrantes del hogar.Zona urbana, vivienda construida con materiales de ladrillo, pisos de cerámicos-mosaicos.	Distancia de 5 Km.Utiliza el colectivo como medio de transporte. Tiempo 45 minutos en llegar al hospital.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
3- Encuestado	Primario incompleto.	No tiene	IOMA(Beneficiaria de la O.S por su esposo)- Burocracia en los trámites, tarde la medicación y aprobación de la cobertura del subsidio del trasplante.	Vivienda en zona urbana- ocupada de hecho, sin documentación, construida con ladrillo, cemento, chapa y pisos de ceramicos, sin terminar aún. Cuenta con los servicios básicos y cubre las necesidades mínimas del trasplantado y de los integrantes del hogar.	Distancia de 4 Km desde su casa al hospital-Utiliza el medio de transporte: auto, colectivo.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
4- Encuestado	Secundario completo.	Técnico Mecánico	No tiene obra social	Vivienda propia, con ambientes amplios, en buen estado, servicios básicos, construida con ladrillos, pisos de cerámica y cubre las necesidades mínimas del trasplantado y su grupo familiar.	Distancia 25 Km- Tarda 40 minutos- Utiliza medios de transporte: automóvil.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
5- Encuestado	Secundario completo.	Perito Mercantil.	Programa de Salud-PROFE. Calificación: Regular. En proceso de dar de baja.	vivienda sub-urbana, propia, en buen estado, cosntruida con material de ladrillo, cuenta con los servicios básicos y cubre las necesidades minimas del trasplantado y del grupo familiar.	Distancia: 550 Km (reside en Miramar)y utiliza el colectivo como medio de transporte público para llegar al hospital.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
6- Encuestado	Primario incompletó.	No tiene	Programa de Salud-PROFE. Calificación: Regular. En proceso de dar de baja.	Vivienda propia, con ambientes amplios, en buen estado, servicios básicos, construida con ladrillos,chapa,madera y pisos de cerámica y cubre las necesidades mínimas del trasplantado y su grupo familiar.	Distancia:120Km.Tiempo en llegar al hospital: 30 minutos y utiliza el colectivo como medio de transporte público.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
7- Encuestado	Primario incompleto.	No tiene	Programa de Salud-PROFE. Calificación: Regular.	Zona sub-urbana, vivienda cedida sin documentación regularizada aún. Construida con materiales mixtos: ladrillo, chapa y madera. Tiene los servicios mínimos pero requiere mejoramiento habitacional para terminar de arreglar su casa. No se encuentra en buen estado para cubrir las necesidades del trasplantado.(polvo, habitación sin terminar y arreglar el baño).	Distancia: 30 Km. Tiempo que tarda en llegar al hospital: 30 minutos.Utiliza el taxi como medio de transporte.

1-ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
8- Encuestado	Primario completo	No tiene	Cuenta con la obra soial: PRINCIPAL PLAN. Buena calificación de la obra social. Refiere que el cubrió el subsidio del trasplante y la medicación.	Zona urbana, vivienda propia, en buen estado. Construida con materiales mixtos: ladrillo, chapa y madera. Tiene los servicios básicos y cumple con las necesidades y requerimientos minimos para el trasplantado y su grupo familiar.	Distancia: 35 Km. Tarda 35 minutos en llegar desde su casa al hospital.Utiliza el colectivo como medio transporte público.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
9-Encuestado	Primario completo.	No tiene	No cuenta con obra social.	Zona sub-urbana, vivienda cedida sin documentación regularizada aún. Construida con materiales mixtos: chapa y madera. Tiene los servicios mínimos pero requiere mejoramiento habitacional para terminar de arreglar su casa. No se encuentra en buen estado para cubrir las necesidades del trasplantado.	Distancia: 55 Km. Tiempo que tarda en llegar al hospital: 4 horas. Utiliza el tren o colectivo como medio de transporte. Vive en la localidad de Roque Perez.

ENCUESTADO	EDUCACION	TITULOS	OBRA SOCIAL	VIVIENDA	ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL
10-Encuestado	Primario incompleto.	No tiene	Programa de Salud-PROFE.Utiliza poco dicho beneficio porque no le entrega de manera continua la medicación.	zona urbana, vivienda propia, en buen estado. Construida con materiales mixtos: ladrillo, chapa y madera. Tiene los servicios básicos y cumple con las necesidades y requerimientos minimos para el trasplantado y su grupo familiar.	Distancia: 80 Km. Tiempo que tarda en llegar de su casa al hospital: 2 horas. Utiliza el colectivo como medio de transporte.

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
1.-Encuestado	<p>Se inició en la actividad laboral a los 8 años de edad.Oficio: Ayudante Albañil/Pintor.Actualmente se desempeña laboralmente como vendedor en la Feria del Municipio de la Matanza. Ingresos inestables- condiciones de informalidad laboral.Tiene una pensión por discapacidad con un ingreso mensual de \$5000.</p>	<p>Tiene pensión por discapacidad- cuenta con certificado de discapacidad-tiene pase de transporte provincial y nacional.Beneficios social del Municipio: Tarjeta alimentaria . Beneficio social Provincial: Programa de subsidio para trasplante. Beneficio social Nacional:Subsidio por única vez y equipamiento para el hogar.Visita domiciliaria de profesionales del Municipio y de Nación.</p>	<p>No accedió fácilmente a los beneficios sociales de los programas.Tuvo obstáculos vinculados a que le pedían varias veces la documentación y tenía que presentarse semanalmente por el mismo trámite. Los beneficios sociales de Nación y del Municipio eran entregados a la brevedad . Las necesidades que fueron resueltas favorablemente fueron las vinculadas al subsidio por única vez, acceso a una vivienda, equipamiento para el hogar y alimentos.Hubo articulación y gestión de los diferentes programas para resolución de las necesidades.Los profesionales implementaron técnicas de entrevistas, encuestas, informe socio-ambiental, observación de documentación, visitas domiciliarias para que los pacientes accedan a los beneficios sociales. La accesibilidad a los beneficios y necesidades no fueron resueltas por un solo programa. Programa municipal.Se dio respuesta a la accesibilidad de una vivienda, tarjeta alimentaria. Desarrollo social de Nación dio respuesta al equipamiento de la vivienda, subsidio por única vez, medicamentos. Provincia dio respuesta a la cobertura del subsidio para trasplante y medicación.</p>

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
<p>2 - Encuestado</p>	<p>Se inició a trabajar a los 17 años de edad. Actualmente trabaja como Licenciada en Terapia Ocupacional. Se desempeña como estimuladora temprana en la Fundación Fridim. Tiene ingresos estables y en condiciones de formalidad laboral.</p>	<p>Tiene Pensión por Discapacidad-Tiene Certificado de Discapacidad-Cuenta con Pase de Transporte Provincial y Nacional. Beneficios sociales del Municipio: Pensión, certificado de discapacidad y pase de transporte. Beneficios sociales de la Provincia: cobertura del subsidio de trasplante, medicación. Beneficio social de Nación: no recibio, no necesitó. No recibí ninguna visita domiciliaria de profesionales en su vivienda.</p>	<p>Accedió a los diferentes beneficios sociales. Tuvo obstáculos : tardo mucho tiempo la pensión. Fueron satisfactoriamente resueltas las necesidades sociales vinculadas al certificado de discapacidad, pase de transporte, medicación y cobertura del subsidio de trasplante. No hubo articulación en la gestión de los diferentes programas sociales. Las técnicas que implementó el equipo de profesionales para acceder a los beneficioo sociales de los programas fueron: entrevistas, encuestas , informes sociales, observción de documentación. Las necesidades y beneficios sociales no fueron resueltos desde un solo programa sino desde varios programas sin articulación entre si. Los programas sociales que dieron respuestas a los beneficios fuerón: Programas del área de discapacidad como ser: pesniones, pase de tranporte, certificado de discapacidad. Programa Provincial de cobertura del subsidio de trasplante- CUCAIBA. PROFE no le brinda una total cobertura solo a veces ciertos medicamentos.</p>

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
3- Encuestado	Se inició a trabajar a los 30 años de edad como empleada doméstica en condiciones de informalidad laboral, con ingresos inestables.	<p>Tiene Pensión por Discapacidad-Tiene Certificado de Discapacidad-No cuenta con Pase de Transporte Provincial y Nacional, ni con la tarjeta alimentaria.Beneficios sociales del Municipio: Pensión, certificado de discapacidad y materiales para terminar de arreglar la vivienda.</p> <p>Beneficios sociales de la Provincia: cobertura del subsidio de trasplante-IOMA, a veces la medicación.</p> <p>Beneficios sociales de Nación: Ninguno. Antes del trasplante fueron profesionales del municipio de Florencio Varela para ver la vivienda(visita domiciliaria) y realizar pedido de materiales para terminar baño y pieza.</p>	<p>No recibió fácilmente los beneficios sociales de los programas. Retraso, burocracia en la documentación. La mediación y los materiales para terminar la vivienda no fueron entregados a tiempo. La cobertura del subsidio de trasplante de IOMA ,tardó bastante.No hubo articulación en la gestión de los diferentes programas sociales. Las técnicas utilizadas por los profesionales para el acceso a los programas fueron: entrevistas, informes sociales, encuestas, observación de documentación, visitas domiciliarias. El acceso a los beneficios y necesidades sociales no fueron resueltas desde un solo programa. Los programas que dieron respuestas fueron: Programa de gestión de proyecto (vivienda) del Municipio de F.Varela,.Los programas de la obra social-IOMA: medicación, cobertura del subsidio de trasplante. El resto de los beneficios los tenía iniciado antes de ser trasplantada.No recibió ningún beneficio social de Desarrollo Social de Nación.</p>

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
4- Encuestado	<p>Se inició a trabajar a los 16 años de edad. Se desempeña como técnico de impresoras. Actualmente trabaja de manera independiente. Monotributista. ingresos estables.</p>	<p>Cuenta con certificado de discapacidad, no tiene pensión, ni pase de transporte.No recibió beneficios sociales del Municipio. Tampoco de Desarrollo Social de Nación. Beneficio social de Provincia: cobertura del subsidio d el traslante, medicación. No le realizaron visitas domiciliarias a cargo de los profesionales del Municipio.</p>	<p>No accedió fácilmente a los beneficios sociales de los programas. Retraso, burocracia en la documentación. La medicación y la cobertura del subsidio para trasplante fue cubierta sin problema alguno, entregados a tiempo. Tales necesidades fueron resueltas satisfactoriamente. No hubo articulación en la gestión entre los diferentes programas sociales. Las técnicas implementadas por los profesionales para acceder a los diferentes programas fueron: entrevistas, encuesta social, observación de documentación.Las necesidades y beneficios sociales no fueron resueltos desde un solo programa.Los programas que dieron respuestas a las necesidades fueron CUCAIBA-Desarrollo Social de Nación (medicación en algunos casos)</p>

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
5- Encuestado	Se inició a trabajar a los 18 años de edad. Se desempeña como albañil y pintor. Trabaja de manera independiente, con ingresos inestables, en condiciones de informalidad laboral.	<p>Tiene Pensión por Discapacidad-Tiene Certificado de Discapacidad-No cuenta con Pase de Transporte Provincial y Nacional, ni con la tarjeta alimentaria.Beneficios sociales del Municipio: solo pasajes. Beneficios sociales de Provincia: cobertura del subsidio de trasplante, medicación.</p> <p>Beneficio social de Nación: medicación en algunas oportunidades. No recibió visitas domiciliarias de los profesionales del Municipio.</p>	<p>No accedió fácilmente los beneficios sociales de los programas. Retraso de la medicación,pasajes, burocracia en la documentación. La mediación y la cobertura del subsidio para trasplante fueron cubiertas sin problema alguno. entregados a tiempo. Tales necesidades fueron resueltas satisfactoriamente.No hubo articulación en la gestión de los diferentes programas.Las técnicas que implementaron los profesionales fueron entrevistas, encuesta social y observación de documentación. No fueron resueltas las necesidades y beneficios sociales desde un solo programa. Beneficios social Municipal: pasajes. Beneficios social Provincia: cobertura del subsidio de trasplante, medicación.Beneficios sociales de Nación: a veces la medicación. PROFE: en algunas oportunidades la medicación.</p>

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
6- Encuestado	Se inicio a trabajar a los 17 años de edad. Se desempeña como Empleada doméstica, en condiciones de informalidad laboral, con ingresos inestables.	Tiene pensión y certificado de discapacidad, pase de transporte y cuenta con la tarjeta alimentaria. Tales beneficios sociales fueron otorgados por el Municipio de Berazategui. Beneficios sociales de Desarrollo Social de Nación: medicación. Beneficio social de Provincia: cobertura del subsidio de trasplante por el CUCAIBA y entrega de medicación de alto costo. Recibió visita domiciliaria de los profesionales del Municipio.	No accedió fácilmente a los beneficios sociales de los diferentes programas. Tardó tiempo en obtener los beneficios iniciados, presentación en reiteradas veces de la misma documentación, información poco clara de la modalidad de los trámites y recorrió un circuito largo de un lado a otro para concretar el trámite. Los beneficios sociales que fueron resueltos son: pensión y certificado de discapacidad, tarjeta alimentaria. No hubo articulación en la gestión de los diferentes programas sociales. Las técnicas utilizadas por los profesionales fueron: encuesta social, visita domiciliaria, observación de documentación. La accesibilidad a los beneficios sociales no fueron resueltos desde un solo programa sino de varios. El programa de subsidio de trasplante del CUCAIBA-Provincia: medicación y cobertura del trasplante. Programa de discapacidad y pensiones del área del Municipio: pensión y certificado de discapacidad, tarjeta alimentaria, pase de transporte. Programa de medicación de alto costo de Desarrollo Social de Nación.

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
7- Encuestado	<p>Se inicio a trabajar a los 9 años de edad. Oficio:Trabajador rural en la cosecha de algodones.</p> <p>Actualmente,se desempeña jardinero en casas de famiia particulares, en condiciones de informalidad laboral, con ingresos inestables.Trabaja 8 horas diarias.</p>	<p>Tiene pensión y certificado de discapacidad, pase de transporte y no cuenta con la tarjeta alimentaria, mejoramiento habitacional.Tales beneficios sociales fueron otorgados por el Municipio de Florencio Varela.Beneficios sociales de Desarrollo Social de Nación: medicación y subsidio por única vez.</p> <p>Beneficio social de Provincia: cobertura del subsidio de trasplante, medicación de alto costo. Reibó una visita domiciliarai de la Trabajadora Social del Municipio para gestionar materiales para el mejorameinto habitacional de su vivienda.</p>	<p>No accedió fácilmente a los beneficios sociales de los diferentes programas. Tardó tiempo en obtener los beneficios iniciados, presentación de la documentación más de una vez, burocracia en los trámites, mecanismos y circuitos engorrosos, complicados para transitar y completar los trámite.Las necesidades y beneficios sociales que fueron resueltos favorablemente son: pensión y certificado de discapacidad, cobertura del subsidio de trasplante, medicación y materiales para el mejoramiento habitacional.No hubo articulación en la gestión de los diferentes programas sociales. La técnicas que fueron utilizadas por los profesionales son: encuesta social, visita domiciliaria, informe social, observación de documentación.</p>

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
<p>8- Encuestado</p>	<p>Se inició a los 14 años de edad en el mundo laboral. Oficio: Colectivo-Herrero. Actualmente se desempeña como colectivo en una empresa de transporte. Trabaja 9 horas por día.</p>	<p>No cuenta con el beneficio social de la pensión, ni del certificado de discapacidad, pase de transporte, ni tarjeta alimentaria. No recibió ningún beneficio social de ningún programa social de gestión estatal. Cobertura de la obra social.</p>	<p>No accedió fácilmente al beneficio social de la obra social como ser: cobertura del subsidio del trasplante, medicación o hubo articulación en los programas de la obra social para la resolución de sus necesidades sociales. Las técnicas utilizadas por los profesionales fueron: encuesta social, entrevista, observación de la documentación. Los beneficios sociales fueron resueltos desde un solo programa de la obra social. Programa de cobertura del subsidio y de la medicación post-trasplante de la obra social.</p>

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
9-Encuestado	Se inició a trabajar a los 11 años de edad. Oficio: Apicultor-Remissero-.Actualmente, se encuentra desocupado hace 5 meses. Realiza changas como jardinero, remissero.Trabaja 3 horas por día.	Tiene certificado de discapacidad, no cuenta con el certificado de discapacidad. No cuenta con pensión, ni pase de transporte, ni tarjeta alimentaria. Desde la obra social fueron resueltas las necesidades vinculadas a la cobertura del subsidio del trasplante, medicación. El Municipio le tramitó el beneficio social del certificado de discapacidad. Desarrollo Social de Nación y los programas sociales de Provincia no tramitaron ningún tipo de beneficio social. No recibió ninguna visita domiciliaria de profesionales del Municipio en su vivienda.	No accedió fácilmente a los beneficios sociales de los programas de la obra social.Tuvo obstáculos vinculados a que le pedían varias veces la documentación y tenía que presentarse semanalmente por el mismo trámite. Tales necesidades sociales fueron resueltas con ciertos obstáculos: certificado de discapacidad, medicación y cobertura del subsidio para trasplante. Las técnicas utilizadas por los profesionales para acceder a los beneficios sociales fueron: encuesta social, entrevistas, observación de documentación. Las necesidades sociales resueltas desde programas de la obra social.

ENCUESTADO	HISTORIA LABORAL	PROGRAMAS SOCIALES	ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS SOCIALES
10-Encuestado	Se inició a trabajar a los 10 años de edad. Oficio: Pintor. Trabaja en la calle realizando changas como cartonero durante 9 horas diarias. Junta cartones y los vende.	tiene certificado y pensión por discapacidad. No cuenta con pase de transporte, ni tarjeta alimentaria. El municipio y Desarrollo Social de nación no le otorgó ningún beneficio social. Recibió de Provincia el beneficio social de cobertura del subsidio de trasplante y la medicación. El municipio por medio de sus profesionales le realizó una sola visita domiciliar en su vivienda a fin de mejorar sus condiciones habitacionales.	No accedió con facilidad a los beneficios sociales de los programas. Los obstáculos están vinculados con la distancia del lugar para hacer los trámites, con el tiempo que requieren los mismos y con la falta de continuidad en la entrega de medicamentos por parte de PROFE. Fue resultado favorable por el CUCAIBA la cobertura del trasplante y la medicación. No hubo articulación entre los diferentes programas de gestión estatal. Las técnicas utilizadas por los profesionales para acceder a los beneficios sociales fueron: encuesta social, entrevista, visita domiciliar, observación de documentación. El programa del CUCAIBA de Provincia le dio respuesta a la cobertura del trasplante y en algunos casos que fueron pocos PROFE, le otorgó la medicación.

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
1.-Encuestado	<p>Durante este último año tuvo que consultar al médico por molestia, problema o enfermedad una sola vez.No realizó consultas por problemas de salud derivados del trabajo. Realiza controles de salud, una vez por mes.Tuvo un problema de salud diagnosticado, estuvo bajo tratamiento con medicación y controles.Trasplantado y toma medicación diaria de alto y bajo costo.Concurre al hospital de alta complejidad a realizar controles.</p>	<p>Realiza dos comidas diarias por día.Consume ocasionalmete pan, harinas, pastas y carnes. Dos dias por semana consume frutas y verduras.Diariamente consume leche y derivados e infusiones.Nunca consume grasas, aceites y bebidas alcoholicas. Realiza dos veces por semana actividad fisica y duerme 7 horas diarias.</p>	<p>No tiene enfermedades relacionadas con su trabajo. En este último año ha sufrido transtornos vinculados a que le cuesta dormir o duerme mal, tiene sensación continua de cansancio, sufre dolores de cabeza, le cuesta concentrarse, se nota tenso o irritable, bajo estado de ánimo.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
2 - Encuestado	<p>En el ultimo año no realizó ninguna consulta por molestias, problema de salud o enfermedad.No considera que ninguna consulta este relacionada con problemas derivados del trabajo.Reliza controles médicos cada 3 meses.Trasplantada, se encuentra bajo tratamiento con medicación de alto y bajo costo, controles de salud. No recibe cobertura de PROFE.Si requiere atención de su salud concurre al hospital de alta complejidad.Tiene médico de referencia(servicio médico de trasplante del hospital)</p>	<p>Realiza cuatro comidas diaras. Consume diariamente: pan, pastas, harinas, cereales, frutas, verduras, leche y sus derivados, grasas, aceites, azúcar, infusiones. Consume frecuentemente carnes. No consume bebidas alcohólicas, gaseosas.Realiza actividad física tres veces por semana.Duerme 7 a 8 horas por día.</p>	<p>No presentan enfermedades derivadas de su trabajo. En este último tiempo no ha sufrido ningún tipo de estos transtornos.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
<p>3- Encuestado</p>	<p>En el ultimo año consultó dos veces por semana al médico por molestia de salud. No considera que ninguna consulta médica este relacionada con problemas de salud derivados del trabajo. Fue diagnosticada con otro problema de salud, a parte de ser trasplantada. Se encuentra bajo tratamiento con medicación y controles médicos. Cobertura de IOMA. Concorre al hospital de alta complejidad atender y controlar su salud. Tiene médico de referencia(servicio de trasplante cardiaco del hospital de alta complejidad).</p>	<p>Realiza dos comidas diaras.Consume diariamente: pan, pastas, harinas, cereales, frutas, carnes, verduras, grasas, aceites, azúcar. No consume bebidas alcohólicas, gaseosas.Ocasionalmente consume leche y sus derivados.Realiza actividad física menos de una vez por semana. No considera que tiene enfermedades derivadas de su trabajo.</p>	<p>En este último año ha sufrido trastornos vinculados a : le cuesta dormir o duerme mal, tiene sensación continua de cansancio, le cuesta concentrarse , mantener atención, se olvida de las cosas con facilidad, tiene problemas en los ojos, bajo estado de ánimo.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
4- Encuestado	<p>Tuvo que consultar al médico dos veces en el último año por molestia o problemas de salud. Ninguna consulta estuvo relacionada con problemas de salud derivados del trabajo. Paciente trasplantado del corazón que se encuentra bajo tratamiento con medicación y realiza controles médicos. No tiene cobertura de la obra social. Toma medicación de alto y bajo costo. Atiende y controla su salud en el hospital de alta complejidad. Tiene médicos de referencia (servicio de trasplante cardíaco del hospital).</p>	<p>Realiza cuatro comidas diarias. Consume diariamente: frutas, carnes, verduras, grasas, aceites, azúcar, leche y derivados. No consume bebidas alcohólicas, gaseosas. Ocasionalmente consume pan, pastas, harinas, cereales y infusiones. Realiza actividad física tres veces por semana y duerme 7 horas por día.</p>	<p>No tiene enfermedades relacionadas con su trabajo. En este último año ha sufrido trastornos vinculados a que le cuesta dormir o duerme mal, tiene sensación continua de cansancio, y sufre dolores de cabeza.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
5- Encuestado	<p>En el ultimo año consultó tres veces por semana al médico por molestia de salud. No considera que ninguna consulta médica este relacionada con problemas de salud derivados del trabajo. Fue diagnosticado con otro problema de salud, a parte de ser trasplantado.se enecunra bajo tratamiento con medicación de alto y bajo costo, controles médicos.Concurre al hospital de alta complejidad o al hospital interzonal de La Plata por atención y control médico.</p>	<p>Realiza cuatro comidas diaras.Consume diariamente: frutas, verduras, pan, pastas, harina, cereales, leche y derivados. No consume grasas, aceites, azúcar, bebidas alcohólicas, gaseosas y infusiones. Dos días por semana consume carnes. Realiza actividad física tres veces por semana. Duerme 7 horas por día.</p>	<p>No relaciona ninguna enfermedad derivada de su trabajo. En este ultimo tiempo ha sufrido trastornos vinculados a tener sensación continua de cansancio, y problemas en los ojos.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
6- Encuestado	<p>En el último año consultó al médico más de tres veces por semana por molestia o problema de salud. Ninguna consulta estuvo relacionada con problemas de salud derivado del trabajo. Realiza controles de salud tres veces por semana. Presenta enfermedades diagnósticas previas al trasplante. Se encuentra bajo tratamiento con medicación y gomas. Trasplantada y se encuentra bajo tratamiento con medicación de alto y bajo costo (post-trasplante). En caso de requerir atención de su salud concurre al hospital de alta complejidad en red.</p>	<p>Realiza dos comidas diarias. Consume diariamente: frutas, verduras, leche y derivados y infusiones. No consume pan, pastas, harinas y cereales, bebidas alcohólicas, gaseosas. Dos días por semana consume carne. Realiza actividad física dos veces por semana. Duerme por día 8 horas.</p>	<p>No tiene enfermedades relacionadas con su trabajo. En este último año ha sufrido trastornos vinculados a problemas en los ojos, bajo estado de ánimo, se nota tenso o irritable, y sufre dolores de cabeza.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
7- Encuestado	<p>En el último año consultó al médico más de tres veces por semana por molestia o problema de salud. Ninguna consulta estuvo relacionada con problemas de salud derivado del trabajo. Realiza controles de salud tres veces por semana. No Presenta enfermedades diagnosticadas previas al trasplante. Concorre al control post-trasplante y se encuentra bajo tratamiento con medicación de bajo y alto costo de por vida. Concorre atender su salud al hospital de alta complejidad en red con el servicio de trasplante cardíaco.</p>	<p>Realiza dos comidas diarias. Consume diariamente infusiones, grasas, aceites y azúcar. Ocasionalmente consume pan, harinas y cereales. Dos veces por semana consume carnes, frutas y verduras. No consume bebidas alcohólicas y gaseosas. Realiza actividad física tres veces por semana. Duerme 7 horas por día.</p>	8

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
8- Encuestado	<p>Durante este último año tuvo que consultar al médico por molestia, problema o enfermedad más de tres veces. Realizó más de tres consultas por problemas de salud derivados del trabajo. Realiza controles de salud una vez por mes.No tuvo un problema de salud diagnóstico antes del trasplante. Paciente trasplantado del corazón bajo tratamiento de medicación de alto y bajo costo de por vida. Cobertura total de la obra social. Recurre al hospital de alta complejidad para atender y tratar su salud.</p>	<p>Realiza 4 comidas diarias. Consume diariamente carnes, leche y derivados, infusiones. Dos días por semana consume pan, pastas, harina y cereales.No consume nunca frutas y verduras, grasas, aceites , azúcar, bebidas alcohólicas y gaseosas. Realiza tres veces por semana actividad física. Duerme 8 horas por día.</p>	<p>Tiene enfermedades que considera que pueden estar relacionada con su trabajo: padece stress y cansancio. En este último año ha sufrido trastornos vinculados a que le cuesta dormir o duerme mal, tiene sensación continua de cansancio, se nota tenso o irritable y tiene bajo estado de ánimo.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
9-Encuestado	<p>Durante este último año consultó más de tres veces por molestias o problemas de salud.No considera que ninguna consulta estuvo vinculada a problemas de salud derivados del trabajo. Realiza cada 15 días controles de salud.Tiene enfermedades diagnosticadas previas al trasplante. Se encuentra bajo tratamiento con medicación post-trasplante de por vida y medicado con gotas por su patología de base. Recurre atender y controlar su salud al hospital de alta complejidad.</p>	<p>Realiza 2 comidas diarias. Consume diariamente frutas y verduras, infusiones y dos días por semana consume pan, harinas, pastas, cereales. No consume nunca leche y derivados, grasas, aceites, azúcar, bebidas alcohólicas y gaseosas. Realiza actividad física más de tres veces por semana. Duerme 6 horas por día.</p>	<p>No considera que padece enfermedades relacionadas con su trabajo. En este último año ha sufrido trastornos vinculados a la visión con sus ojos.</p>

ENCUESTADO	ATENCION A LA SALUD	HABITOS	AUTOPERCEPCION DE LA SALUD
<p>10-Encuestado</p>	<p>Durante este último año consultó dos veces al médico por molestia o problema de salud. Considera que las consultas están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo. Realiza controles médicos una vez al mes. Padece problemas de salud diagnósticos antes del trasplante. Paciente trasplantado del corazón bajo tratamiento con medicación de alto y bajo costo de por vida. Recurre al Hospital de Alta Complejidad en Red a controlar su salud o al Hospital Evita de Lanus cercano a su domicilio.</p>	<p>Realiza 4 comidas diarias. Consume diariamente frutas y verduras. Ocasionalmente consume carnes, leche y derivados, infusiones. No consume nunca pan, pastas, harinas, cereales, bebidas alcohólicas y gaseosas. No realiza actividad física. Duerme 8 horas por día.</p>	<p>No tiene diagnóstica ninguna enfermedad derivada de su trabajo. En este último año ha sufrido trastornos vinculados con la sensación de cansancio, dolores de cabeza, mareos, se olvida las cosas con facilidad y bajo estado de ánimo.</p>

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N-1

Hombre: 38 años de edad

Lugar: Hospital El Cruce – Florencio Varela

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?

- c) ¿Cuál fue su lugar de nacimiento:
Chaco - Santa Silvina
- d) ¿En qué localidad vive?
Rafael Castillo – La Matanza
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
Hace 2 años y 6 meses
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrió a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- Primario incompleto ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado?
3- Primario completo
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2 -Bachiller Pedagógicos
3--Técnico Industrial
4--Otros. Cuales? **Oficio de albañil y pintura (aprendió de otras personas)**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Casado
2- Soltero
3- Unido
4- Viudo
5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

- a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)
De más de una Cuáles? _____
1. De una sola Cuál? **PROFE-En proceso de darle de baja.**
2. De una y co-seguro Cuál? _____
3. De un Prepago Cuál? _____
4. De ninguna

- b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B **3- R** 4- M 5- NS
¿Por qué? **Entregan la medicación y otros recursos de manera regular, no hay continuidad**
- d) ¿Conoce los servicios de su Coseguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**
¿Por qué?
- f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?
1- Florencio Varela 2- Berazategui 3- La Plata 4- Quilmes 5- Otra, cuál?

Delegacion de San Justo – La Matanza

3- Vivienda

- a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Urbana 2- Suburbana 3- Rural
- b) Su vivienda es:
1- Propia 2- Alquilada 3- Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia 5- Ocupada de hecho
- c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **Nunca lo realizo**
- d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?
1- Material 2- Madera 3- Chapa 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles?
- e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?
1- **Cerámica/mosaico** 2- Cemento/ladrillo 3- Tierra 4- Otros
¿Cuáles? _____
- f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO
- g) El baño se encuentra ubicado:
1- **En el interior de la vivienda** 2- Externo a la vivienda
- h) ¿Cómo obtiene el agua?
1- Por red publica o agua corriente 2- Por perforación con bomba a motor
- i) Su vivienda cuenta con:
1- Red publica (cloacas) 2- Cámara séptica y pozo ciego 3- Solamente a pozo ciego
- j) Con que servicios cuenta su vivienda?
1- Luz eléctrica **Si** No
2- Gas natural **Si** **No garrafa**
3- Teléfono **celular Si** No

4- Accesibilidad al hospital

- a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? Cuadras ó **80 Km.**
- b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **1 hs**
- c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- si** 2- no
- d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?
1- Automóvil 2- Moto 3- Bicicleta **4- Colectivo** 5- Tren 6- Taxi/Remixes 7 -Otro
¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

- a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **8 años de edad**
- b) ¿Cuál es su oficio? **Albañil - Pintor**
- c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **San Justo – La Matanza en el Barrio La Ferrere – Rafael Castillo**
- d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Vendedor de ropa nueva y usada en la feria municipal de La Ferrer**
- e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? Si **No** Por qué? **Por el horario**
- f) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? **Si** No Cual? **Pintor – Carpintería - Plomería**

- g) ¿Ud. realiza changas? **1. Si** 2. No
 h) ¿Qué tipo de changas? **Vendedor de ropa nueva y usada - Jardinero**
 l) ¿Cuántas horas trabaja por día? **3 a 5 hs diarias porque trabaja como jardinero**
 j) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si **No**
 Cual/es?

6-Programas sociales

- a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? **1-Si** 2-No
 b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No
 c) ¿Tiene algún trámite iniciado? 1- Si. ¿Cuál? **2-No**
 d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? **1- Si** ¿Cuál? 2-No
 e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? **1-Si** 2-No
 f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?

Detallar:

Pensión y tarjeta alimentaria – Pase de transporte – subsidio por única vez en Desarrollo Social de Nación y mercadería por 3 meses y en Desarrollo Social de San Justo de La Ferrer. Programa sociales: Cobertura del trasplante por el CUCAIBA y la medicación de inmunosupresores post trasplante, medicación de alto costo. Cobertura del Profe, ambulancia de traslado al hospital, medicación de bajo costo.

Desarrollo social de Nación: Equipamiento y mobiliario para el hogar: heladera, cocina, cama, muebles, mesa, frazadas.

El Municipio de la Matanza, le entrego una vivienda del Plan municipal durante el proceso de trasplante.

g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio: **Tarjeta alimentaria-certificado y pensión por discapacidad, pase de transporte**

h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **Cobertura del CUCAIBA – medicación-Profe (en algunos casos)**

i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación?

Medicamentos-subsidio por única vez- equipamiento e inmobiliarios para el hogar.

j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales? **Si**

En caso de haber realizado la visita. Detalle los acontecimientos sucedidos: **Fueron a ver la vivienda, acordaron traer el equipamiento adecuado para el hogar. Conocieron las condiciones habitacionales y el barrio y sus necesidades, tanto el Municipio como Desarrollo Social de la Nación**

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

- a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales? 1- Si **2-No**
 b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** ¿Cuáles? **Le pidieron mucha documentación, concurreó varias veces al Instituto de Previsión social de Nación para hacerse la pensión y el certificado de**

discapacidad. El mismo se lo entregaron rápidamente al igual que la tarjeta alimentaria y la mercadería.

También tramito el subsidio por única vez en desarrollo social de Nación

c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
vivienda – subsidio por única vez – equipamiento del hogar – certificado de discapacidad-cobertura del trasplante y la medicación

d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? **1-Si (escasa)** 2- No

e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?

1- **Encuesta Social**

2- **informe social**

3- **Visita domiciliaria**

4- **Entrevista de admisión al programa**

5- **5-Observación de documentación**

¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?

1-Si **2.No**

¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**

En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales?¿Cuáles

- **Programa de mejoramiento habitacional-Municipio de La Matanza.**
- **Subsidio por única vez de Desarrollo Social de la Nación**
- **Mercadería y bolsones-Tarjeta alimentaria del Municipio**
- **Equipamiento para el hogar, mobiliario y recursos de Desarrollo Social de Nación**
- **Programa de discapacidad del Municipio. Certificado de discapacidad y pase de transporte.**

8- Atención de la Salud del Trasplantado

a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad

1- **Una**

2- Dos

3- Tres

4- Más de tres

5- Ninguna

b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?

1- Una

2- Dos

3- Tres

4- **Más de tres**

5- **Ninguna**

c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?

1- Una vez al año

2- Dos veces por año

3- **Cada dos meses**

4- Una vez por mes

5- No

d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado?

1- Si 2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema enfermedad diagnosticada	Tratado (Si - No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si - No)	Coseguro (Si - No)
Mal de Chagas previo al trasplante. Tratada en tiempo y forma.	SI	Medicación de por vida de alto y bajo costo y controles médicos.	SI (Regular)	NO

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No
¿Cuál?

Inmunosupresores - Frecuencia: todos los días.

Medicación de bajo costo – Frecuencia: todos los días

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?

1- Ud. mismo **2- Un familiar** 3-Otros ¿Quién?

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

- 1- Centro de salud/Salita ¿Cuál? _____
Por que? _____
- 2- **Hospital** ¿Cuál? El Cruce _____
¿Por qué? **Por la alta Complejidad**
- 3- Clínica ¿Cuál? _____
¿Por qué? _____
- 4- Consultorio particular ¿Cuál? _____
Por que? _____
- 5- Otros: ¿Cuál? _____ Por
¿Que? _____

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si**
2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **2 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)
Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N

- | | | | | | |
|---|----|----------|----------|---|----------|
| 7- Bebidas gaseosas | D | F | PF | O | N |
| 8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.) | D | F | | | PF |
| | O | N | | | |
| 9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.) | D | | | | F |
| | PF | O | N | | |

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
 ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- Tres veces por semana
- 3- Dos veces por semana**
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **7 hs**

10-Autopercepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**
 ¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones)indique los números elegidos

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?
 1.- Si **2.- No**

Trastornos:

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio
- 3) Sufre dolores de cabeza
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) Tiene problemas en los ojos
- 10) Bajo estado de ánimo
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N-2

Mujer: 39 años de edad

Lugar: **Hospital El Cruce – Florencio Varela**

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?
- c) Cuál fue su lugar de nacimiento:
Lanús – Bs As
- d) ¿En qué localidad vive?
Quilmes
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
Hace 39 años
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrí a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- Primario incompleto ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado?
3- Primario completo
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
7- Universitario completo Lic. en Terapia Ocupacional
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2 -Bachiller Pedagógicos
3 -Técnico Industrial
4 -Otros. Cuáles?Especialización de post-grado
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Casado
2- Soltero
3- Unido
4- Viudo
5- Separado
6- **Divorciado**

2- Obra Social

- a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)
De más de una ¿Cuáles? _____
1. **De una sola** ¿Cuál? **Profe**
2. De una y co-seguro ¿Cuál? _____
3. De un Prepago ¿Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R
- b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? 1- Si 2- Parcialmente **3- No, recientemente afiliado**
- c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**
¿Por qué? **No la conoce, no hizo uso aun de los servicios**
- d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No tiene**
- e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**
¿Por qué? **No tiene co-seguro.**
- f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?
1- Florencio Varela 2- Berazategui 3- La Plata **4-Quilmes** 5- Otra, cuál?

3- Vivienda

- a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Urbana **2- Suburbana** 3- Rural
- b) Su vivienda es:
1-Propia **2-Alquilada** 3-Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia 5-Ocupada de hecho
- c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **El Año pasado**
- d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?
1- Material 2- Madera 3- Chapa 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles?
- e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?
1- **Cerámica/mosaico** 2- Cemento/ladrillo 3- Tierra 4-Otros
Cuáles? _____
- f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO
- g) El baño se encuentra ubicado:
1-En el interior de la vivienda 2-Externo a la vivienda
- h) ¿Cómo obtiene el agua?
1-Por red publica o agua corriente 2-Por perforación con bomba a motor
- i) Su vivienda cuenta con:
1-Red publica (cloacas) 2-Cámara séptica y pozo ciego 3-Solamente a pozo ciego
- j) Con que servicios cuenta su vivienda?
1-Luz eléctrica **Si** No
2-Gas natural **Si** No
3-Teléfono (**celular**) **Si** No

4- Accesibilidad al hospital

- a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? Cuadras ó **5 Km.**
b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **45 min**
c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- Si** 2- no
d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?
1- Automóvil 2- Moto 3-Bicicleta **4-Colectivo** 5- Tren 6- Taxi/Remisse 7 -Otro
¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

- a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **17 años de edad**
b) ¿Cuál es su oficio? **Lic .en Terapia Ocupacional**
c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **Fundación FRIDIM (en condiciones de formalidad laboral)**
d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Estimulación temprana – terapeuta ocupacional**
e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? **Si** No Por qué? **Hace lo que le gusta**
f) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? Si **No** ¿Cual?
Por qué?
g) ¿Ud. realiza changas? 1. Si **2. No**
h) ¿Qué tipo de changas?
i) ¿Cuántas horas trabaja por día? **4 o 5 hs diarias**
j) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? **Si** No
¿Cual/es? **Estimulación temprana, seguimiento de bebes prematuros en el Hospital Italiano**

6-Programas Sociales

- a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? **1-Si** 2-No
b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No
c) ¿Tiene algún trámite iniciado? **1- Si.** – No ¿Cuál? **Afiliación a Profe**
d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? **1- Si** -No ¿Cuál? **Provincial y Nacional.**
e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**
f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?
1-Detallar
Pensión – Pase de transporte – Certificado de discapacidad y medicación del CUCAIBA.
g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio? **Pensión – Pase de transporte – Certificado de discapacidad.**
h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial?_
CUCAIBA – Cobertura del trasplante y medicación.
i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Ninguno**
j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?
1-Si **2- No**
En caso de haber realizado la visita. Detalle los acontecimientos sucedidos:
No recibió visita domiciliaria. Se inscribió en el listado de viviendas municipales hace 2 años

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

- a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales? **1- Si**
2-No
- b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** -No ¿Cuáles? **Pensión tardo mucho tiempo.**
- c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Pensión – Cert.de discapacidad – Medicación – Pase provincial y nacional de transporte con acompañante-Cobertura del trasplante.
- d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**
- e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- Encuesta Social 2- informe social 3-Visita domiciliaria
5- Entrevista de admisión al programa 6-Observación de documentación .
- f) ¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
1-Si **2.No**
- g) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**
En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales? ¿Cuáles
Programa de pensiones – Pases de transporte – Certificado de discapacidad-Cobertura del CUCAIBA-Medicación.

8- Atención de la Salud del Trasplantado

- a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- Más de tres**
 - 5- Ninguna**
- b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- Mas de tres
 - 5- Ninguna**
- c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?
- 1- Una vez al año
 - 2- Dos veces por año
 - 3- Cada dos meses**
 - 4- Una vez por mes
 - 5- Ninguna
 - 6- Cada 3 meses**
- d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? 1- Si
2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro(Si –No)
Previo al trasplante ninguna. Actualmente trasplantada y concurre al control post- trasplante.	SI	Medicación de por vida y control post-trasplante.	NO (escasa cobertura)	NO

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No
¿Cuál?

Inmunosupresores – Frecuencia: Diaria. Todos los días cada 12 hs.
Medicación de bajo y alto costo

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?
1- Ud. mismo 2- Un familia 3-Otros ¿Quién?

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?
Por que? _____

2- Hospital ¿Cuál? El Cruce _____
Por qué? **Por la alta Complejidad**

3- Clínica ¿Cuál?
Por qué?

4- Consultorio particular ¿Cuál?
Por que? _____

5- Otros: ¿Cuál?
Por que? _____

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si** 2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **4 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)
Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N

- | | | | | | |
|---|----|----------|----------|---|----------|
| 7- Bebidas gaseosas | D | F | PF | O | N |
| 8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.) | D | F | | | PF |
| | O | N | | | |
| 9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.) | D | | | | F |
| | PF | O | N | | |

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
 ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- Tres veces por semana**
- 3- Dos veces por semana
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **7 u 8 hs**

10-Auto percepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**
 ¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones) indique los números elegidos

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- Si **2.- No**

¿Porqué?_

No le genera desgaste físico y posturas viciosas y rígidas

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio
- 3) Sufre dolores de cabeza
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) Tiene problemas en los ojos
- 10) Bajo estado de ánimo
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno**

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N-3

Mujer: 51 años de edad.

Lugar: **Hospital El Cruce – Florencio Varela**

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?
- c) Cuál fue su lugar de nacimiento:
Formosa
- d) ¿En qué localidad vive?
Florencio Varela
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
Hace 34 años
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrió a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- Primario incompleto ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado? **Hasta 4 grado**
3- Primario completo
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2-Bachiller Pedagógicos.
3-Técnico Industrial
4-Otros. ¿Cuáles?
5-**Ninguno**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Casado
2- Soltero
3- Unido
4- Viudo
5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

- a) ¿Usted es titular de obra social? **NO** (Marcar con un color la respuesta correcta)
De más de una ¿Cuáles? _____
1. **De una sola** ¿Cuál? **IOMA (titular el marido)**
2. De una y co-seguro ¿Cuál? _____
3. De un Prepago ¿Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R
- b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? **1- Si** 2- Parcialmente 3- No
- c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R **4- M** 5- NS
¿Por qué? **Porque tiene mucha burocracia con los tramites de la medicación, tarda mucho la entrega.**
- d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M 5- NS
¿Por qué? **No tiene co-seguro**
- f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?
1- Florencio Varela 2- Berazategui 3- La Plata 4- Quilmes 5- Otra, cuál?

3- Vivienda

- a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Urbana 2- Suburbana 3- Rural
- b) Su vivienda es:
1-Propia 2-Alquilada 3-Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia **5-Ocupada de hecho** (sin papeles el terreno era de una persona que falleció en el año 81, se encuentra tramitando la regularización en el Municipio de F.Varela)
- c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **No sabe**
- d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?
1- Material 2- Madera 3- Chapa 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles?
- e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?
1- **Cerámica/mosaico** 2- **Cemento/ladrillo** 3- Tierra 4- Otros
¿Cuáles? _____
- f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO
- g) El baño se encuentra ubicado:
1-En el interior de la vivienda 2-Externo a la vivienda
- h) ¿Cómo obtiene el agua?
1-Por red pública o agua corriente 2-Por perforación con bomba a motor
- i) Su vivienda cuenta con:
1-Red pública (cloacas) 2-**Cámara séptica y pozo ciego** 3-Solamente a pozo ciego
- j) Con que servicios cuenta su vivienda?
1-Luz eléctrica **Si** No
2-Gas natural **Si** No
3-Teléfono (celular) Si **No**

4- Accesibilidad al hospital

- a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? Cuadras ó **4 Km.**
b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **30 min**
c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- Si** 2- no
d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?
1- Automóvil 2- Moto 3-Bicicleta **4-Colectivo** 5- Tren 6- Taxi/Remisse 7 -Otro
¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

- a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **30 años de edad**
b) ¿Cuál es su oficio? **Empleada doméstica (en condiciones de informalidad laboral)**
c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **En Capital, en casas de familias.**
d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Ama de casa**
e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? **Si -No** Por qué? **Hace lo que le gusta**
f) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? Si **No** ¿Cual?
¿Por qué?
g) ¿Ud. realiza changas? **1. Si** 2. No
h) ¿Qué tipo de changas? **Empleada doméstica y cuidadora de personas de la tercera edad**
l) ¿Cuántas horas trabaja por día? **12 hs diarias**
j) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si **No**
¿Cual/es?

6-Programas Sociales

- a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? **1-Si** -2 No **Pensión Nacional**
b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No
c) ¿Tiene algún trámite iniciado? **1- Si** -2-No
¿Cuál? **Jubilación de Ama de casa**
d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? 1- Si ¿Cuál? **2-No**
e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**
f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?
Detallar: **Pensión y certificado de discapacidad-cobertura de IOMA-Subsidio de cobertura del trasplante-medicación)**
g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio: **Pensión-certificado de discapacidad y Materiales para terminar de arreglar la vivienda**
h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial?_
CUCAIBA – IOMA- Cobertura del trasplante y medicación
i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Ninguno**
j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?
1-Si - 2 No
En caso de haber realizado la visita. Detalle los acontecimientos sucedidos:
Fueron a ver qué tipo de materiales necesitaba para mejorar la vivienda y terminar de construir el baño y la habitación.

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

- a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales? 1- Si
2-No
- b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** ¿Cuáles? **Tardo tiempo la entrega de la medicación y los materiales para mejorar la vivienda** 2-No
- c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Ninguna
- d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si 2- **No (si hubo fue escasa)**
- e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- **Encuesta Social**
2- **2- informe social**
3- Visita domiciliaria
4- **Entrevista de admisión al programa**
5- **-Observación de documentación**
¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
1- **Si** - 2. **No**
- f) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**
En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales? ¿Cuáles
IOMA – CUCAIBA-Desarrollo Social y Municipio de Florencio Varela. Programa del área de Pensiones y Discapacidad— Gestión de Proyecto habitacional Municipal.

8- Atención de la Salud delTrasplantado

- a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad
1- Una
2- Dos veces por semana
3- Tres
4- Más de tres
5- Ninguna
6- Todos los días
- b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?
1- Una
2- Dos
3- Tres
4- Más de tres
5- Ninguna
- c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?
1- Una vez al año
2- Dos veces por año
3- Cada dos meses
4- Una vez por mes
5- No
6- Dos veces por semana
7- Semanalmente

d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? **1- Si**

2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro (Si –No)
Diabetes	Si	Medicación de alto y bajo costo	Si	NO
Trasplantada del corazón	Si	Controles médicos		

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No

¿Cuál?

El último tiempo los dejo de tomar porque no contaba con los medicamentos, venían con retraso de la obra social.

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?

1- Ud. mismo **2- Un familiar (esposo)** 3-Otros ¿Quién?

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?
Por que? _____

2- Hospital ¿Cuál? El Cruce _____
¿Por qué? **Por la alta Complejidad**

3- Clínica ¿Cuál?
¿Por qué?

4- Consultorio particular ¿Cuál?
Por que? _____

5- Otros: ¿Cuál?
Por que? _____

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si** 2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **2 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)

Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N
7- Bebidas gaseosas	D	F	PF	O	N
8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.)	D	F	PF	O	N

9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.)

D F PF O **N**

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- Tres veces por semana
- 3- Dos veces por semana
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana**
- 6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **5 hs**

10-Auto percepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**
¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones)indique los números elegidos

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- SI **2.- No**

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio
- 3) Sufre dolores de cabeza
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) Tiene problemas en los ojos
- 10) Bajo estado de ánimo
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N-4

Hombre: 43 años de edad.

Lugar: Hospital El Cruce – Florencio Varela

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?
- c) Cuál fue su lugar de nacimiento:
Rafael Calzada
- d) ¿En qué localidad vive?
Longhamps
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
37 años
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
- 1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrió a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
 - 2- Primario incompleto ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado? _____
 - 3- Primario completo
 - 4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
 - 5- Secundario completo**
 - 6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
 - 7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
- 1- Bachiller Contable
 - 2- Bachiller Pedagógicos
 - 3- Técnico Industrial
 - 4- Otros. ¿Cuáles? **Técnico Mecánico**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
- 1- Casado**
 - 2- Soltero
 - 3- Unido
 - 4- Viudo
 - 5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

- a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)
De más de una Cuáles? _____
1. De una sola Cuál? _____
2. De una y co-seguro Cuál? _____
3. De un Prepago Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R
- b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**
¿Por qué? **No tiene obra social**
- d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**
¿Por qué? **No tiene co-seguro**
- f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?
1- Florencio Varela 2- Berazategui **3- La Plata** 4- Quilmes 5- Otra.
¿Cuál? CUCAIBA

3- Vivienda

- a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Urbana 2- Suburbana 3- Rural
- b) Su vivienda es:
1- Propia 2- Alquilada 3- Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia 5- Ocupada de hecho
- c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **2012**
- d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?
1- Material 2- Madera 3- Chapa 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles? _____
- e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?
1- Cerámica/mosaico 2- Cemento/ladrillo 3- Tierra 4- Otros
Cuáles? _____
- f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO
- g) El baño se encuentra ubicado:
1- En el interior de la vivienda 2- Externo a la vivienda
- h) ¿Cómo obtiene el agua?
1- Por red pública o agua corriente **2- Por perforación con bomba a motor**
- i) Su vivienda cuenta con:
1- Red pública (cloacas) 2- Cámara séptica y pozo ciego **3- Solamente a pozo ciego**
- j) Con qué servicios cuenta su vivienda?
1- Luz eléctrica **Si** No
2- Gas natural **Si** No
3- Teléfono **Si** No

3- Accesibilidad al hospital

- a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? ___ Cuadras ó **25 Km.**
b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **40 min.**
c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- Si** 2- No
d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?
1- Automóvil 2- Moto 3- Bicicleta 4- Colectivo 5- Tren 6- Taxi/Remisse 7- Otro ¿Cuál?

5- Historia Laboral

- a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **16 años de edad**
b) ¿Cuál es su oficio? **Técnico de Impresoras**
c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **Monotributista- Casas o negocios particulares.**
d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Técnico de Impresoras**
e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? **Si** No ¿Por qué? **Le gusta**
f) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? Si - **No** ¿Cual?
¿Por qué? **No le interesa**
g) ¿Ud. realiza changas? 1. Si **2. No**
h) ¿Qué tipo de changas?
i) ¿Cuántas horas trabaja por día? **7 horas**
j) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si **No**
¿Cual/es? _____

6- Programas Sociales

- a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? 1-Si **2-No**
b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No
c) ¿Tiene algún trámite iniciado? **1- Si.** 2-No
¿Cuál? **Pedido de medicación**
d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? 1- Si ¿Cuál?_ **2-No**
e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**
f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?
Detallar:

**Certificado de discapacidad – Estacionamiento libre y gratuito-
Pedido de medicación-**

- g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio? **Solo el certificado de discapacidad-**
h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **Pedido de medicación –cobertura del trasplante-estacionamiento libre y gratuito (CUCAIBA)**
i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **A veces Medicación**
j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?
1-Si **2- No**

En caso de haber realizado la visita. Detalle los acontecimientos sucedidos.

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

- a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales? 1- Si
2-No
- b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** 2-No ¿Cuáles? **Tardo mucho tiempo la pensión y los medicamentos**
- c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Medicación post-trasplante-cobertura del trasplante –certificado de discapacidad- estacionamiento libre y gratuito.
- d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**
- e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- Encuesta Social
2- Informe social
3- Visita domiciliaria
4- Entrevista de admisión al programa
5- Observación de documentación
- f) ¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
1-Si **2.No**
- g) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**
En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales?
Programa Provincial de Cobertura del Trasplante-CUCAIBA.
Programa de medicación post-trasplante -CUCAIBA– Programa de medicación por tratamiento prolongado de Desarrollo Social Nación –Programa del área de discapacidad del Municipio

8- Atención de la Salud del Trasplantado

- a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad
1- Una
2- Dos
3- Tres
4- Mas de tres
5- Ninguna
- b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?
1- Una
2- Dos
3- Tres
4- Mas de tres
5- Ninguna
- c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?
1- Una vez al año
2- Dos veces por año
3- Cada dos meses
4- Una vez por mes
5- No
- d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? 1- Si
2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro(Si –No)
Paciente trasplantado	Si	Medicación y controles de salud post-trasplante	NO	NO

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No

¿Cuál? **Inmunosupresores – Frecuencia: 2 veces por día**

Medicación Cardiológica - Frecuencia 2 veces por día

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?

1- Ud. mismo 2- Un familia 3-Otros ¿Quién?

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?

¿Por qué? _____

2- Hospital ¿Cuál? **El Cruce. Alta Complejidad**

3- _____

4- Clínica ¿Cuál?

¿Por qué?

5- Consultorio particular ¿Cuál?

Por que? _____

6- Otros: ¿Cuál?

Por que? _____

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si** 2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **4 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)

Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N
7- Bebidas gaseosas	D	F	PF	O	N
8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.)	D	F	PF	O	N
	O	N			
9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.)	D	F			F
	PF	O	N		

c) ¿Fuma? 1- Si

2- No

¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

1- Mas de tres veces por semana

2- Tres veces por semana

3- Dos veces por semana

4- Una vez por semana

5- Menos de una vez por semana

6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **7 hs**

10-Auto percepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**

¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones) indique los números elegidos

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- Si

2.- No

¿Por qué?

Trabajar es bueno y genera conciencia

Trastornos

1) Le cuesta dormir o duerme mal

2) Tiene sensación continua de cansancio

3) Sufre dolores de cabeza

4) Sufre mareos

5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención

6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad

7) Se nota tenso o irritable

8) Sufre alteraciones de apetito

9) Tiene problemas en los ojos

10) Bajo estado de ánimo

11) Otros ¿Cuál? _____

12) Ninguno

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N-5

Hombre: 59 años de edad

Lugar: **Hospital El Cruce - Florencio Varela**

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?

- c) ¿Cuál fue su lugar de nacimiento:
Chaco
- d) ¿En qué localidad vive?
Miramar
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
45 años
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrió a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- Primario incompleto ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado? _____
3- Primario completo
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2- Bachiller Pedagógicos
3- Técnico Industrial
4- Otros. ¿Cuáles? **Perito Mercantil**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Casado
2- Soltero
3- Unido
4- Viudo
5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

- a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)
De más de una Cuáles? _____
1. **De una sola** Cuál?
2. De una y co-seguro Cuál? _____
3. De un Prepago Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R
- b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? **1- Si** 2- Parcialmente 3- No
- c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R **4- M** 5- NS
¿Por qué? **Porque no cubre nada de la medicación y tardan mucho los trámites**
- d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**
¿Por qué? **No tiene co-seguro**
- f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?
1- Florencio Varela 2- Berazategui **3- La Plata** 4- Quilmes 5- Otra, cuál?

3- Vivienda

- a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Urbana **2- Suburbana** 3- Rural
- b) Su vivienda es:
1- Propia 2- Alquilada 3- Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia 5- Ocupada de hecho
- c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **Hace 20 años**
- d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?
1- Material 2- Madera 3- Chapa 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles? _____
- e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?
1- Cerámica/mosaico 2- Cemento/ladrillo 3- Tierra 4- Otros
Cuáles? _____
- f) ¿La vivienda tiene baño? **Si** NO
- g) El baño se encuentra ubicado:
1- En el interior de la vivienda 2- Externo a la vivienda
- h) ¿Cómo obtiene el agua?
1- Por red pública o agua corriente 2- Por perforación con bomba a motor
- i) Su vivienda cuenta con:
1- Red pública (cloacas) 2- Cámara séptica y pozo ciego **3- Solamente a pozo ciego**
- j) Con que servicios cuenta su vivienda?
1- Luz eléctrica **Si** No
2- Gas natural Si **No (Garrafa)**
3- Teléfono (celular) **Si** No

4- Accesibilidad al hospital

- a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? ___ Cuadras ó **550 Km.**
- b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **6 horas**
- c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- Si** 2- No
- d) En caso de hacerlo, indique ¿cuál/es utiliza habitualmente?

1- Automóvil 2- Moto 3-Bicicleta **4-Colectivo** 5- Tren 6- Taxi/Remisse 7 -Otro
¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

- a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **18 años de edad.**
b) ¿Cuál es su oficio? **Albañil**
c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **De forma particular, en condiciones de informalidad, ingresos inestables, changas como albañil.**
d) ¿Ud. esta conforme con su tarea? **Si** No ¿Por qué? **Le gusta dedicarse a su oficio.**
e) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? **Si** No ¿? **Trabajo administrativo-Comerciante.** ¿Por qué? **Por su estado de salud**
f) ¿Ud. realiza changas? 1. Si 2. No
g) ¿Qué tipo de changas? **Albañil en casas de familia. Trabaja a demanda.**
h) ¿Cuántas horas trabaja por día? **5 horas por dia-varía según el trabajo y la demanda.**
i) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si - **No**
Cual/es? _____

6-Programas Sociales

- a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? **1-Si** 2-No
b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No
c) ¿Tiene algún trámite iniciado? **1- Si.** ¿Cuál? **Por medicación**
2-No
d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? 1- Si ¿Cuál?_ **2-No**
e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**
f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?
Detallar:
Pasajes-Cobertura del Trasplante -CUCAIBA
g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio? **Pasajes-Certificado y Pensión por discapacidad-**
h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **Medicación-cobertura del trasplante. CUCAIBA. Tuvo mayor capacidad de resolución-Profe solo a veces entregaba la medicación.**
i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Medicación**
j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?
1-Si **2- No**
En caso de haber realizado la visita. Detalle los acontecimientos sucedidos.
No recibió ninguna visita .La vivienda está condiciones óptimas y cubre las necesidades mínimas e indispensables para el paciente y su grupo familiar.

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

- a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales? 1- Si **2-No**
b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** ¿Cuáles? **Atraso en la medicación por Profe y atraso en los pasajes municipales** 2-No

- c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Medicación por CUCAIBA-Cobertura post-trasplante-certificado y pensión de discapacidad .
- d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**
- e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
**1- Encuesta Social 2- informe social 3-Visita domiciliaria
 4- Entrevista de admisión al programa 5-Observación de documentación**
- f) ¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
 1-Si **2.No**
- g) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**
 En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales?
CUCAIBA–Programa de cobertura del trasplante y medicación post-trasplante. PROFE, en algunos casos-Programa de discapacidad y pensiones de Desarrollo Social Municipal –Desarrollo Social de Nación Programa de medicación (solo algunas una veces)

8- Atención de la Salud del Trasplantado

- a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- Mas de tres**
 - 5- Ninguna
- b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- Mas de tres**
 - 5- Ninguna**
- c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?
- 1- Una vez al año
 - 2- Dos veces por año
 - 3- Cada dos meses
 - 4- Una vez por mes**
 - 5- No
- d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? 1- Si
2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Co-seguro (Si – No)
Diabetes	SI	Si está en tratamiento	SI	NO
Trasplantado del corazón	SI	Si está en tratamiento	Profe (escasa) CUCAIBA	

- e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No
 ¿Cuál? **Inmunosupresores – Frecuencia: 2 veces por día**
Medicación Cardíaca – Frecuencia: 2 veces por día
Diabetes Frecuencia: 3 veces por día
- f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?
1- Ud. mismo 2- Un familia **3-Otros** ¿Quién?
- g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?
 1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?
 ¿Por que? _____
2- Hospital ¿Cuál?
El Cruce y Interzonal de Agudos Mar del Plata
3- ¿Por qué? Por la alta Complejidad y por control mèdico.
 4- Clínica ¿Cuál?
 5- Consultorio particular ¿Cuál?
 Por que? _____
 6- Otros: ¿Cuál?
 ¿Por que? _____
- h) ¿Tiene médico de cabecera? 1- **Si** 2-No

9- Hábitos

- a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **4 comidas diarias**
- b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?
 Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)
 Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	pan	F	PF	O	N
2- Carnes	D		F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D		F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D		F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D		F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D		F	PF	O	N

- | | | | | | |
|---|----|----------|----------|---|----------|
| 7- Bebidas gaseosas | D | F | PF | O | N |
| 8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.) | D | F | | | PF |
| | O | N | | | |
| 9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.) | D | | | | F |
| | PF | O | N | | |

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
 ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- Tres veces por semana**
- 3- Dos veces por semana
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **7 hs**

10-Auto percepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**
 ¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones) indique los números elegidos.

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- SI **2.- No**

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio**
- 3) Sufre dolores de cabeza
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) Tiene problemas en los ojos**
- 10) Bajo estado de ánimo
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N° 6

Mujer: 47 años de edad

Lugar: Hospital El Cruce – Florencio Varela

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?

- c) ¿Cuál fue su lugar de nacimiento:
Santiago del Estero
- d) ¿En qué localidad vive?
Berazategui
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
40 años
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrió a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- **Primario incompleto** ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado? **7° Grado incompleto**
3- Primario completo
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2- Bachiller Pedagógicos
3- Técnico Industrial
4- Otros. Cuales? **Ninguno**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Casado
2- **Soltero**
3- Unido
4- Viudo
5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)

De más de una Cuáles? _____

1. **De una sola** Cuál? **Profe**
2. De una y co-seguro Cuál? _____
3. De un Pre-pago Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R

b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**

c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R **4- M** 5- NS

¿Por qué? **No le entrega la medicación o tarda demasiado**

d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**

e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B **3- R** **4- M** 5- NS

Actualmente, se desafiló hace 2 días y cuenta con la baja de PROFE.

f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?

- 1- Florencio Varela **2- Berazategui** 3- La Plata 4- Quilmes
- 5- Otra, cuál?

3- Vivienda

a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)

1- Urbana 2- Suburbana 3- Rural

b) Su vivienda es:

1- Propia 2- Alquilada 3- Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia 5- Ocupada de hecho

c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **2014**

d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?

1- Material 2- Madera 3- Chapa **4- Mixta** 5- Otros- ¿Cuáles? **Machimbre,**

Madera

e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

1- Cerámica/mosaico 2- Cemento/ladrillo 3- Tierra 4- Otros

Cuáles? _____

f) ¿La vivienda tiene baño? **Si** NO

g) El baño se encuentra ubicado:

1- En el interior de la vivienda 2- Externo a la vivienda

h) ¿Cómo obtiene el agua?

1- Por red pública o agua corriente 2- Por perforación con bomba a motor

i) Su vivienda cuenta con:

1- Red publica (cloacas) 2- Cámara séptica y pozo ciego **3- Solamente a pozo ciego**

j) Con que servicios cuenta su vivienda?

1- Luz eléctrica	Si	No
2- Gas natural	Si	No
3- Teléfono	Si	No

4- Accesibilidad al hospital

a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital?

120 Cuadras ó Km.

b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital?

30 minutos.

c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- si** 2- no

d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?

1- Automóvil 2- Moto 3-Bicicleta **4-Colectivo** 5- Tren 6- Taxi/Remise 7 -Otro ¿Cuál?

5- Historia Laboral

a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **17 años de edad**

b) ¿Cuál es su oficio? **Empleada doméstica**

c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **En casas de familias de manera particular.**

d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Empleada doméstica/ Pensionada**

e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? Si **No** Por que? **Quiere trabajar en un emprendimiento.**

f) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? **Si** No Cual? **Emprendimiento de**

panadería

Por que? **Le gusta**

g) ¿Ud realiza changas? 1. Si **2. No**

h) ¿Qué tipo de changas?

i) ¿Cuántas horas trabaja por día? **Entre 6 y 7 horas-ademanda**

j) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si **No**

Cual/es?

6-Programas Sociales

a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? **1-Si** 2-No

b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No

c) ¿Tiene algún trámite iniciado? 1- Si. ¿Cuál? **2-No**

d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? **1- Si** ¿Cuál? _ _2-No

e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? **1-Si** 2-No

f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?

Certificado de discapacidad, pensión y pase de transporte- tarjeta alimentaria-medicación- cobertura del subsidio de trasplante.

g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio? **Tarjeta alimentaria- Pensión-**

Certificado de discapacidad –pase de transporte

h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **Profe (aveces le daba la medicación) -Cobertura del Trasplante CUCAIBA-Medicación**

i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Medicación**

j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?

1-Si - 2- No

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales?1- Si **2-No**

b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** ¿Cuáles? **No tenía resuelto el tema de la escritura de su vivienda porque estaba en trámite con el municipio y no le brindaron asesoramiento, ni ayuda Y la mandaron de un**

- lado a otro, mucha burocracia**
- c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Pase de transporte – Pensión – Certificado de discapacidad y tarjeta alimentaria-cobertura del subsidio de trasplante.
- d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**
- e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- Encuesta Social 2- informe social 3-Visita domiciliaria 4- Entrevista de admisión al programa 6-Observación de documentación
- f) ¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados? 1-Si **2.No**
- g) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**
 En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales?
Programa de Pensiones -Programa de discapacidad-Programa de cobertura para el subsidio de trasplante CUCAIBA-Programa de Medicación -Programa alimentario(tarjeta alimentaria)

8- Atención de la Salud del Trasplantado

- a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- **Mas de tres**
 - 5- Ninguna
- b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- Mas de tres
 - 5- **Ninguna**
- c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?
- 1- Una vez al año
 - 2- Dos veces por año
 - 3- Cada dos meses
 - 4- Una vez por mes
 - 5- No
 - 6- **Tres veces por semana**
- d)¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? **1- Si**
 2- No
- Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro(Si –No)
Paciente trasplantado	SI	Medicación	SI	NO
Diabetes	SI	Medicación	irregular	
Problemas visuales	SI	Gotas		
Gastritis	SI	Medicación		

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No
¿Cuál?

Inmunosupresores – Frecuencia : 2 veces por día

Medicación para la gastritis- Frecuencia:

Ranitidina – Magnesio – Otorrastatina – Luconvina

Medicación por los ojos- gotas- Frecuencia: 1 vez por día

Medicación para la diabetes

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?

1- Ud. mismo 2- Un familia 3-Otros ¿Quién?

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?
Por que? _____

2- **Hospital** ¿Cuál? **El Cruce**

3- Por que? **Por la alta Complejidad**

4- Clínica ¿Cuál?

Por que?

5- Consultorio particular ¿Cuál?
Por que? _____

6- Otros: ¿Cuál?
Por que? _____

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si** 2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **2 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)
Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N
7- Bebidas gaseosas	D	F	PF	O	N
8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.)	D	F		F	PF
	O	N			
9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.)	D			F	
	PF	O	N		

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- Tres veces por semana
- 3- **Dos veces por semana (camina)**
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **8 hs**

10-Auto percepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**
¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones) indique los números elegidos

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- Si **2.- No**

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio
- 3) **Sufre dolores de cabeza**
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) **Se nota tenso o irritable (aveces)**
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) **Tiene problemas en los ojos**
- 10) **Bajo estado de ánimo (aveces)**
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N°7

Hombre: 49 años de edad.

Lugar: Hospital El Cruce – Florencio Varela

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?

- c) ¿Cuál fue su lugar de nacimiento:
Chaco - La Breña
- d) ¿En qué localidad vive?
La Capilla – Florencio Varela
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
Desde 1986
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrí a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- **Primario incompleto** ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado? **Tiene solo primer grado**
3- Primario completo
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2- Bachiller Pedagógicos
3- Técnico Industrial
4 -Otros. Cuales?
5 - Ninguno
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Casado
2- **Soltero**
3- Unido
4- Viudo
5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)

De más de una Cuáles? _____

1. **De una sola** Cuál? **PROFE**
2. De una y coseguro Cuál? _____
3. De un Prepago Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R

b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**

c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**

¿Por qué?

El paciente manifiesta que no sabe leer, y que no se ha interesado en averiguar sobre los servicios de PROFE.

d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**

e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M 5- **NS**

¿Por qué?

f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?

1- Florencio Varela 2- Berazategui 3- La Plata 4- Quilmes 5- Otra, cuál?

3- Vivienda

a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)

1- Urbana **2- Suburbana** 3- Rural

b) Su vivienda es:

1-Propia 2-Alquilada **3-Cedida** 4.- Ocupada con relación de dependencia 5-Ocupada de hecho

c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **1990**

d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?

1- Material 2- Madera **3- Chapa** 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles?

e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

1- Cerámica/mosaico 2- Cemento/ladrillo **3- Tierra** 4-Otros

Cuáles? _____

f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO

g) El baño se encuentra ubicado:

1-En el interior de la vivienda 2-Externo a la vivienda

h) ¿Cómo obtiene el agua?

1-Por red publica o agua corriente **2-Por perforación con bomba a motor**

i) Su vivienda cuenta con:

1-Red publica (cloacas) 2-Cámara séptica y pozo ciego **3-Solamente a pozo ciego**

j) Con que servicios cuenta su vivienda?

1-Luz eléctrica **Si** No

2-Gas natural Si **No (tiene solo gÁrrafa)**

3-Teléfono **(celular) Si** No

4- Accesibilidad al hospital

a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? Cuadras ó **30 Km.**

b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital?

30 minutos.

c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- si** 2- no

d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?

1- Automóvil 2- Moto **3-Bicicleta** 4-Colectivo 5- Tren

6- Taxi/Remisse 7 -Otro ¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **9 años de edad**

b) ¿Cuál es su oficio? **Trabajo Rural se dedica a la cosecha de algodón**

c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **Jardinero en casas de familia**

d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Jardinero**

e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? Si **No** Por que? **Porque tiene ingresos inestables.**

f) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? **Si** No Cual? **Ayudante de Albañil**

Por que? **Le gusta pero los doctores no se lo permiten por el polvo porque afecta a su salud.**

g) ¿Ud realiza changas? **1. Si** 2. No

h) ¿Qué tipo de changas? **Jardineria**

i) ¿Cuántas horas trabaja por día? **8 hs diarias**

j) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si **No**

Cual/es?

6-Programas Sociales

a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? **1-Si** 2-No

b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No

c) ¿Tiene algún trámite iniciado? 1- Si. ¿Cuál? **2-No**

d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? **1- Si** ¿Cuál? **Provincial** 2-No

e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**

f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?

Pensión y certificado de discapacidad- pase de transportarte- cobertura del subsidio de trasplante-medicación.

g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio?

Materiales para arreglar la vivienda-certificado y pensión por discapacidad-pase de transporte

h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **Cobertura del trasplante y medicación**

i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Subsidio económico por única vez.**

j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?

1-Si 2- No

En caso de haber realizado la visita. Detalle los acontecimientos sucedidos: **El paciente recibió una visita domiciliaria por parte de la trabajadora social del municipio, para evaluar el pedido de materiales para terminar de mejorar su vivienda por su actual estado de salud**

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales? 1- Si **2-No**

b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** 2-No ¿Cuáles? **Muchos trámites – Burocracia**

- c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Pensión – Cert.de discapacidad – Cobertura del trasplante – Medicación – Materiales para la vivienda – Subsidio económico por única vez.
- d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**
- e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- Encuesta Social 2- informe social 3- Visita domiciliaria 4- Entrevista de admisión al programa 5-Observación de documentación
- f) ¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
 1-Si **2.No**
- g) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**
 En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales? ¿Cuáles
El Municipio le entrego materiales para terminar de construir la vivienda (arena, cal) antes del trasplante.
Desarrollo social de Nación: le entrego un subsidio de \$3000 antes del trasplante

8- Atención de la Salud de los Paciente Trasplantado

- a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad
 1- Una
 2- Dos
 3- Tres
 4- **Mas de tres**
 5- Ninguna
- b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?
 1- Una
 2- Dos
 3- Tres
 4- Mas de tres
 5- **Ninguna**
- c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?
 1- Una vez al año
 2- Dos veces por año
 3- **Cada dos meses (control del corazón)**
 4- Una vez por mes
 5- No
- d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? 1- Si
2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro(Si –No)
No tiene solo viene a control post-trasplante	Si	Medicación de por vida y control	Si Profe	NO

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No
 ¿Cuál? **Inmunosupresores – Frecuencia : todos los días cada 12 hs**
Medicación de bajo costo

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?
 1- Ud. mismo **2- Un familiar. Suesposa** 3-Otros ¿Quién?

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

- 1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?
Por que? _____
- 2- **Hospital** ¿Cuál? **El Cruce**
- 3- Por que? **Por la alta Complejidad**
- 4- Clínica ¿Cuál?
Por que? _____
- 5- Consultorio particular ¿Cuál?
Por que? _____
- 6- Otros: ¿Cuál?
Por que? _____

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si** 2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **2 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)

Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N
7- Bebidas gaseosas	D	F	PF	O	N
8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.)	D	F	PF	O	N
9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.)	D	F	PF	O	N

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
 ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- **Tres veces por semana**
- 3- Dos veces por semana
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **7 hs**

10-Auto percepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**
¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones) indique los números elegidos **Ninguna**

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- SI **2.- No**

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio
- 3) Sufre dolores de cabeza
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) Tiene problemas en los ojos
- 10) Bajo estado de ánimo
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) **Ninguno**

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestada N-8

Mujer: 48 años de edad

Lugar: Hospital El Cruce - Florencio Varela

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?

- c) ¿Cuál fue su lugar de nacimiento:
Chaco
- d) ¿En qué localidad vive?
José C. Paz
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
19 años
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrió a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- **Primario incompleto** ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado? _____
3- **Primario completo**
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2- Bachiller Pedagógicos
3- Técnico Industrial
4- Otros. Cuales? _____
5- **Ninguno**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Casado
2- **Soltero**
3- Unido
4- Viudo
5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)

De más de una Cuáles? _____

1. **De una sola** Cuál? **Principal Plan**
2. De una y coseguro Cuál? _____
3. De un Prepago Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R

b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? **1- Si** 2- Parcialmente 3- No

c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB **2- B** 3- R 4- M 5- NS

¿Por qué? **Le cubrieron la internación y el trasplante; tanto el pre- como el post-trasplante**

d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**

e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**

¿Por qué? _____

f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?

- 1- Florencio Varela 2- Berazategui 3- La Plata 4- Quilmes
5- Otra, cuál? **San Miguel**

3- Vivienda

a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)

1- Urbana 2- Suburbana 3- Rural

b) Su vivienda es:

1-Propia 2-Alquilada 3-Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia 5-Ocupada de hecho

c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **2010**

d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?

1- Material 2- Madera 3- Chapa 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles? _____

e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

1- Cerámica/mosaico 2- Cemento/ladrillo 3- Tierra 4-Otros

Cuáles? _____

f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO

g) El baño se encuentra ubicado:

1-En el interior de la vivienda 2-Externo a la vivienda

h) ¿Cómo obtiene el agua?

1-Por red publica o agua corriente **2-Por perforación con bomba a motor**

i) Su vivienda cuenta con:

1-Red publica (cloacas) 2-Cámara séptica y pozo ciego 3-Solamente a pozo ciego

j) Con que servicios cuenta su vivienda?

1-Luz eléctrica **Si** No
2-Gas natural **Si** **No (Gárrafa)**
3-Teléfono **Si** No

4- Accesibilidad al hospital

a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? _____ Cuadras ó **35 Km.**

b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **35 Minutos**

c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- si** 2- no

d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?

1- Automóvil 2- Moto 3-Bicicleta **4-Colectivo** **5- Tren** 6- Taxi/Remisse 7 -Otro
¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **14 años de edad**

b) ¿Cuál es su oficio? **Colectivero/Herrero**

c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **Empresa de Colectivos**

d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Colectivero**

e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? **Si** No Por que? **Le gustaba**

f) ¿Ud realiza changas? 1. Si **2. No**

g) ¿Qué tipo de changas? _____

h) ¿Cuántas horas trabaja por día? **8 a 9 hs por día**

i) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si **No**
Cual/es? _____

6-Programas Sociales

a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? 1-Si **2-No**

b) ¿Tiene certificado de discapacidad? 1-Si **2-No**

c) ¿Tiene algún trámite iniciado? 1- Si. ¿Cuál?__ **2-No**

d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? 1- Si ¿Cuál?_ **2-No**

e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**

f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales? **Solo la cobertura del trasplante y la medicación por la obra social.**

g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio? **Ninguno**

h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **La cobertura del trasplante y la medicación por la obra social.**

i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Ninguno**

j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?
1-Si ¿Antes del trasplante? o después? **2- No**

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales?1- Si **2-No**

b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** ¿Cuáles? **Tardan mucho tiempo los recursos** 2-No

c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente? **Cobertura pre y post trasplante – medicación (0.S)**

d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**

e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- **Encuesta Social** 2- informe social **3-Visita domiciliaria**
4- Entrevista de admisión al programa **5-Observación de documentación**

f) ¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
1-Si **2.No**

g) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? **1- Si** 2-No

En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales? _____ y ¿Cuáles?

8- Atención de la Salud de los Paciente Trasplantado

a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad

- 1- Una
- 2- Dos
- 3- Tres
- 4- **Mas de tres**
- 5- Ninguna

b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?

- 1- Una
- 2- Dos
- 3- Tres
- 4- **Mas de tres (antes de ser trasplantado**
- 5- **, después no)**
- 6- Ninguna

c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?

- 1- Una vez al año
- 2- Dos veces por año
- 3- Cada dos meses
- 4- **Una vez por mes**
- 5- No

d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? 1- Si

2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro(Si –No)
Paciente trasplantado Del corazón	Si	Medicación	Si	NO

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No

¿Cuál? **Inmunosupresores – Frecuencia : 2 veces por día**

Medicación Cardíaca - Frecuencia 2 veces por día.

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?

1- Ud. mismo 2- Un familia **3-Otros** ¿Quién? **Pareja**

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

- 1- Centro de salud/Salita ¿Cuál? _____ Por que? _____
- 2- **Hospital** ¿Cuál? **El Cruce**
- 3- Por que? **Por la alta Complejidad**
- 4- Clínica ¿Cuál? _____ Por que? _____

- 5- Consultorio particular _____ ¿Cuál?
 Por que? _____
- 6- Otros: _____ ¿Cuál?
 Por que? _____
- h) ¿Tiene médico de cabecera? 1- Si 2-No

9- Hábitos

- a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **4 comidas diarias**
- b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?
 Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)
 Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N
7- Bebidas gaseosas	D	F	PF	O	N
8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.)	D	F			PF
	O	N			
9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.)	D				F
	PF	O	N		

- c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
 ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

- d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- **Tres veces por semana**
- 3- Dos veces por semana
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- Ninguna

- e) ¿Cuántas horas duerme por día? **7 u 8 hs**

10-Autopercepción de salud

- a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? **1-Si** 2- No
 ¿Cuáles? **Stress, Cansancio**
-

- b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones) indique los números elegidos.

- c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- Si 2.- No

¿Porqué? **Se vive cansado, esto antes del trasplante**

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio
- 3) Sufre dolores de cabeza
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) Tiene problemas en los ojos
- 10) Bajo estado de ánimo
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuestado N°9

Hombre: 47 años de edad.

Lugar: Hospital El Cruce – Florencio Varela

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?
- c) ¿Cuál fue su lugar de nacimiento:
Roque Perez – Bs As
- d) ¿En qué localidad vive?
Agustín Ferrari - Merlo
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
4 meses
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrí a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
2- Primario incompleto ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado? _____
3- **Primario completo**
4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
5- Secundario completo
6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó?
7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Bachiller Contable
2- Bachiller Pedagógicos
3- Técnico Industrial
4- Otros. Cuales?
5- **Ninguno**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- **Casado (para la ley)**
2- Soltero
3- Unido
4- Viudo
5- **Separado y/o Divorciado (separado de hecho)**

2- Obra Social

- a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)
De más de una Cuáles? _____
1. De una sola Cuál? _____
2. De una y co-seguro Cuál? _____
3. De un Pre-pago Cuál? _____
4. **De ninguna**
5. N/S N/R
- b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? 1- Si 2- Parcialmente 3- No
- c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M 5- NS
¿Por qué?
- d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente 3- No
- e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M 5- NS
¿Por qué? _
- f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?
1- Florencio Varela 2- Berazategui 3- La Plata 4- Quilmes 5- Otra, cuál? **La Plata**

3- Vivienda

- a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Urbana **2- Suburbana** 3- Rural
- b) Su vivienda es:
1- Propia 2- Alquilada **3- Cedida** 4.- Ocupada con relación de dependencia 5- Ocupada de hecho
- c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **2014**
- d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?
1- Material **2- Madera** 3- Chapa 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles? _____
- e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?
1- Cerámica/mosaico **2- Cemento**/ladrillo 3- Tierra 4- Otros
Cuáles? _____
- f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO
- g) El baño se encuentra ubicado:
1- En el interior de la vivienda 2- Externo a la vivienda
- h) ¿Cómo obtiene el agua?
1- Por red pública o agua corriente 2- Por perforación con bomba a motor
- i) Su vivienda cuenta con:
1- Red pública (cloacas) 2- Cámara séptica y pozo ciego 3- Solamente a pozo ciego
- j) Con que servicios cuenta su vivienda?
1- Luz eléctrica **Si** No
2- Gas natural Si **No**
3- Teléfono (**celular**) **Si** No

4- Accesibilidad al hospital

- a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? ___ Cuadras ó **55 Km.**
- b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **4hs**
- c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- SI** 2- No
- d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?

1- Automóvil 2- Moto 3-Bicicleta **4-Colectivo** **5- Tren**
6- Taxi/Remisse 7 -Otro ¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

- a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **Aprox. A los 11 años de edad.**
b) ¿Cuál es su oficio? **Apicultor - Remisero**
c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **Actualmente desocupado, hace 5 meses**
d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Changas (remisero, jardinero)**
e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? **Si** No Por que? **Le gusta y lo distrae**
f) ¿Ud realiza changas? **1. Si** 2. No
g) ¿Qué tipo de changas? **Remisero - Jardinero**
h) ¿Cuántas horas trabaja por día? **3 horas**
i) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? **Si** No
Cual/es? **Aprendió de familiares (tío)**

6-Programas Sociales

- a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? 1-Si **2-No**
b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No
c) ¿Tiene algún trámite iniciado? **1- Si.** 2-No ¿Cuál? **Por medicación.**
d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? 1- Si ¿Cuál? **2-No**
e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**
f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales?
Cobertura del subsidio de trasplante-medicación-certificado de discapacidad .
g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio? **Certificado de Discapacidad**
h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **Cobertura del trasplante y la medicación**
i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Ninguno**
j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?
1-Si **2- No**

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

- a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales?
1- Si **2-No**
b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** 2-No ¿Cuáles? **Tiempo de espera en los medicamentos.**
c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Medicamentos, certificado de discapacidad y cobertura del trasplante.
d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**
e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- Encuesta Social 2- informe social 3-Visita domiciliaria
4- Entrevista de admisión al programa 5-Observación de documentación
f) ¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
1-Si **2.No**

- g) ¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**
 En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales? . **Programa de Pensiones- Programa de Discapacidad -CUCAIBA Cobertura del trasplante-medicación.**

8- Atención de la Salud del Trasplantado

- a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- **Mas de tres**
 - 5- Ninguna
- b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?
- 1- Una
 - 2- Dos
 - 3- Tres
 - 4- Mas de tres
 - 5- **Ninguna**
- c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?
- 1- Una vez al año
 - 2- Dos veces por año
 - 3- Cada dos meses
 - 4- Una vez por mes
 - 5- No
 - 6- **Cada 15 días**
- d) ¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? **1- Si**
 2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro(Si –No)
Paciente trasplantado	Si	Medicación	SI	NO
Presión Ocular	Si	Gotas	NO	NO
Mal funcionamiento de los riñones	Si	Medicación	NO	NO

- e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No
 ¿Cuál?

Inmunosupresores – Frecuencia : Todos los días
Medicación del Plan Remedios - Frecuencia cada 12 hs
Total 10 medicamentos por día
Medicación por los riñones, de bajo costo.
Frecuencia: Diariamente cada 12 hs

Medicación por los ojos- gotas- Frecuencia: cada 4 hs

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?

- 1- Ud. mismo 2- Un familia **3-Otros** ¿Quién? **Pareja**

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

- 1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?
Por que? _____
- 2- **Hospital** ¿Cuál? **El Cruce.**
- 3- Por que? **Por la alta Complejidad.**
- 4- Clínica ¿Cuál?
Por que? _____
- 5- Consultorio particular ¿Cuál?
Por que? _____
- 6- Otros: ¿Cuál?
Por que? _____

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si** 2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **2 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)
Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N
7- Bebidas gaseosas	D	F	PF	O	N
8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.)	D	F		F	PF
	O	N			
9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.)				D	F
	PF	O	N		

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**

¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- **Mas de tres veces por semana**
- 2- Tres veces por semana
- 3- Dos veces por semana
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- Ninguna

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **5 a 6 hs por día.**

10-Autopercepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**

¿Cuáles?

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones)indique los números elegidos

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- SI

2.- No

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) Tiene sensación continua de cansancio
- 3) Sufre dolores de cabeza
- 4) Sufre mareos
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) **Tiene problemas en los ojos**
- 10) Bajo estado de ánimo
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno

ENCUESTA SOCIO-SANANITARIA

Encuesta N°10

Hombre: 56 años de edad

Lugar: Hospital El Cruce – Florencio Varela

1- Datos personales

- a) ¿Cuál es su nacionalidad? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Argentino Nativo 2- Argentino nacionalizado 3- Extranjero
- b) En el caso de ser Extranjero o nacionalizado ¿Cuántos años lleva de residencia en el país?
- c) Cuál fue su lugar de nacimiento:
Santiago del Estero.
- d) ¿En qué localidad vive?
Lomas de Zamora
- e) ¿Cuánto hace que reside en la zona?
Hace 36 años
- f) ¿Qué estudios realizó? (Marcar con un color la respuesta correcta)
- 1- Sin instrucción (Analfabeto – no concurrí a escuela primaria – incluye nunca asistió a jardín e inicial)
 - 2- **Primario incompleto** ¿Cuántos ciclos tiene alcanzado?
 - 3- Primario completo
 - 4- Secundario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
 - 5- Secundario completo
 - 6- Superior – universitario incompleto ¿Cuántos años cursó y aprobó? _____
 - 7- Superior – universitario completo
- g) ¿Que títulos ha obtenido? (Marcar con un color la respuesta correcta)
- 1- Bachiller Contable
 - 2- Bachiller Pedagógicos
 - 3- Técnico Industrial
 - 4 -Otros. Cuales?.
 - 5 **Ninguno**
- h) ¿Cuál es su estado civil actual? (Marcar con un color la respuesta correcta)
- 1- Casado
 - 2- **Soltero**
 - 3- Unido
 - 4- Viudo
 - 5- Separado y/o Divorciado

2- Obra Social

- a) ¿Usted es titular de obra social? (Marcar con un color la respuesta correcta)
De más de una Cuáles? _____
1. **De una sola** Cuál? **PROFE**
2. De una y coseguro Cuál? _____
3. De un Prepago Cuál? _____
4. De ninguna
5. N/S N/R
- b) ¿Conoce los servicios de su Obra Social? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- c) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB **2- B** 3- R 4- M 5- NS
¿Por qué? **Le entrego un Stemp(equipamiento médico) hace 3 años.**
- d) ¿Conoce los servicios de su Co-seguro? 1- Si 2- Parcialmente **3- No**
- e) ¿Cómo calificaría el servicio que le ofrece? 1- MB 2- B 3- R 4- M **5- NS**
¿Por qué?
- f) ¿A qué delegación concurre habitualmente a realizar los trámites?
1- **Florencio Varela** 2- Berazategui 3- La Plata 4- Quilmes 5- Otra, cuál?
También, a Lomas de Zamora

3- Vivienda

- a) ¿Cuál es la ubicación de su vivienda? (Marcar con un color la respuesta correcta)
1- Urbana 2- Suburbana 3- Rural
- b) Su vivienda es:
1- Propia 2- Alquilada 3- Cedida 4.- Ocupada con relación de dependencia 5- Ocupada de hecho
- c) ¿En qué año realizó el último cambio de domicilio? **Nunca lo realizo**
- d) ¿Cuál es el material predominante de construcción de su vivienda?
1- Material 2- Madera **3- Chapa** 4- Mixta 5- Otros- ¿Cuáles?
- e) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?
1- Cerámica/mosaico 2- **Cemento/ladrillo** 3- Tierra 4- Otros
Cuáles? _____
- f) ¿La vivienda tiene baño? **SI** NO
- g) El baño se encuentra ubicado:
1- En el interior de la vivienda **2- Externo a la vivienda**
- h) ¿Cómo obtiene el agua?
1- Por red pública o agua corriente 2- Por perforación con bomba a motor
- i) Su vivienda cuenta con:
1- Red pública (cloacas) 2- Cámara séptica y pozo ciego
3- Solamente a pozo ciego
- j) Con que servicios cuenta su vivienda?
1- Luz eléctrica **Si** No
2- Gas natural **Si** **No (gáarrafa)**
3- Teléfono **Si** No

4- Accesibilidad al hospital

- a) ¿Qué distancia debe recorrer desde su hogar hasta el hospital? Cuadras ó **80 Km.**
b) ¿Cuánto tiempo emplea en llegar desde su hogar hasta el hospital? **2 hs**
c) Usa algún medio de transporte para llegar al hospital? **1- si** 2- no
d) En caso de hacerlo, indique cuál/es utiliza habitualmente?
1- Automóvil 2- Moto 3-Bicicleta **4-Colectivo** 5- Tren 6- Taxi/Remisse 7 -Otro
¿Cuál? _____

5- Historia Laboral

- a) ¿A qué edad empezó a trabajar? **18 años de edad**
b) ¿Cuál es su oficio? **Pintor**
c) ¿Dónde desempeña su tarea habitualmente? **En la calle**
d) ¿Qué tarea realiza actualmente? **Junta cartones y bolsas de naylon**
e) ¿Ud. esta conforme con su tarea? Si **No** Por que? **Por el horario**
f) ¿Le interesa trabajar en otro puesto de trabajo? Si **No** Cual? **Frigorífico**
Por que? **Le gusta.**
g) ¿Ud realiza changas? **1. Si** 2. No
h) ¿Qué tipo de changas? **Cartonero.**
i) ¿Cuántas horas trabaja por día? **10 o 12 hs diarias**
j) ¿Ud. ha realizado algún tipo de capacitación? Si **No**
Cual/es?

6-Programas Sociales

- a) ¿Ud. tiene pensión por discapacidad? **1-Si** 2-No
b) ¿Tiene certificado de discapacidad? **1-Si** 2-No
c) ¿Tiene algún trámite iniciado? 1- Si. ¿Cuál? **2-No**
d) ¿Ud. tiene el pase de transporte? 1- Si ¿Cuál? **2-No**
e) ¿Cuenta con la tarjeta alimentaria? 1-Si **2-No**
f) ¿Qué otros beneficios tiene de los programas sociales? **Pensión y certificado de discapacidad. Cobertura del subsidio del trasplante-medicación.**
g) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de Desarrollo Social de su Municipio: **Certificado y Pensión por discapacidad.**
h) ¿Qué tipo de beneficios le otorgo a Ud. los programas sociales de gestión provincial? **Cobertura del trasplante-Medicación (CUCAIBA-PROFE)**
i) ¿Qué beneficio le otorgo Desarrollo Social de Nación? **Ninguno**
j) ¿Ud. recibió alguna visita domiciliaria por el equipo de profesionales de su municipio para relevar sus condiciones habitacionales y sociales?
1-Si 2- No

En caso de haber realizado la visita. Detalle los acontecimientos sucedidos: **Fue la trabajadora social del municipio de Lomas de Zamora, porque querían mejorar la vivienda.**

7-Accesibilidad a los Programas Sociales.

- a) ¿Ud. accedió fácilmente a los beneficios de los programas sociales?1- Si **2-No**
b) ¿Ud. tuvo obstáculos? **1-Si** ¿Cuáles? **Mucha tiempo para conseguir la**

medicación en PROFE. 2-No

- c) ¿Qué tipo de necesidades sociales fueron satisfechas favorablemente?
Cobertura del trasplante-medicación-pensión y certificado de discapacidad.
- d) ¿Hubo articulación entre la gestión de los diferentes programas sociales para la resolución de sus necesidades? 1-Si **2- No**
- e) ¿Que técnicas implementó el equipo profesionales para que los pacientes puedan acceder a los beneficios de los diferentes programas?
1- Encuesta Social 2- informe social.3-**Visitas domiciliarias** 4- Entrevista de admisión al programa **5-Observación de documentación.**

¿Existe un programa social destinado a los pacientes trasplantados?
1-Si **2.No**

¿La accesibilidad a los beneficios y necesidades sociales fueron resueltas desde un solo programa? 1- Si **2-No**

En caso negativo. Responder. ¿Cuántos fueron los programas que dieron respuesta a los beneficios y necesidades sociales? ¿Cuáles

PROFE – CUCAIBA- Programa de medicación y cobertura del trasplante-pensión y certificado de discapacidad de Desarrollo Social Municipal.

8- Atención de la Salud delTrasplantado

a) Durante el último año ¿Cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad

- 1- Una
- 2- **Dos**
- 3- Tres
- 4- Mas de tres
- 5- Ninguna

b) ¿Cuántas de estas consultas considera que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?

- 1- Una
- 2- Dos
- 3- Tres
- 4- **Mas de tres**
- 5- Ninguna

c) ¿Se realiza controles de salud periódicos?

- 1- Una vez al año
- 2- Dos veces por año
- 3- **Cada dos meses**
- 4- **Una vez por mes**
- 5- No

d)¿Tiene en este momento algún problema de salud diagnosticado? **1- Si**
Bronquios 2- No

Completar el siguiente cuadro

Problema o enfermedad diagnosticada	Tratado (Si – No)	Tipo de tratamiento	Cobertura de la O.S. (Si – No)	Coseguro(Si –No)
Trasplantada	SI	Medicación	SI	NO
Problemas en los bronquios	SI	Medicación Controles médicos		
		Controles médicos durante su internación y de antes		

e) ¿Toma algún tipo de medicamento? **1-Si** 2- No
¿Cuál?

Medicación Cardíaca - Frecuencia: 1 vez por día

Medicación para los Bronquios – Frecuencia: 2 veces por día

f) ¿Quién realiza los trámites por la cobertura de su tratamiento?
1- Ud. mismo **2- Un familiar (esposo)** 3-Otros ¿Quién?

g) En caso de requerir atención de su salud ¿A dónde concurre?

1- Centro de salud/Salita ¿Cuál?
Por que?_____

2- Por que? **Por la alta Complejidad**

3- Clínica ¿Cuál?
Por que?

4- Consultorio particular ¿Cuál?
Por que?_____

5- Otros: **Hospital Evita**

h) ¿Tiene médico de cabecera? **1- Si Médico cardiólogo -Hospital Evita**
2-No

9- Hábitos

a) ¿Cuántas comidas realiza diariamente? **2 comidas diarias**

b) ¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos...?

Diariamente (D) 3-5 Días por semana (F) 1-2 días por semana (PF)
Ocasional (O) Nunca(N)

1- Pan, pastas, harinas, cereales	D	F	PF	O	N
2- Carnes	D	F	PF	O	N
3- Frutas y verduras	D	F	PF	O	N
4- Leche y derivados	D	F	PF	O	N
5- Grasas, aceites, azúcar	D	F	PF	O	N
6- Infusiones (te, café, mate)	D	F	PF	O	N
7- Bebidas gaseosas	D	F	PF	O	N
8- Bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, etc.)	D	F	PF	O	N
9- Bebidas alcohólicas destiladas (ron, ginebra, licores, etc.)	D	F	PF	O	N

c) ¿Fuma? 1- Si **2- No**
¿Cuántos cigarrillos por día? _____

d) ¿Hace actividad física de más de 30 minutos de duración?

- 1- Mas de tres veces por semana
- 2- Tres veces por semana
- 3- Dos veces por semana
- 4- Una vez por semana
- 5- Menos de una vez por semana
- 6- **Ninguna**

e) ¿Cuántas horas duerme por día? **8 hs**

10-Auto percepción de salud

a) ¿Tiene enfermedades que pueda relacionar con su trabajo? 1-Si **2- No**
¿Cuáles? _____

b) En este último año, ha sufrido alguno de estos trastornos? (seleccione de la lista las siguientes opciones) indique los números elegidos

c) ¿Cree que la actividad que Ud. realiza es perjudicial para la salud?

1.- SI 2.- No

¿Porqué? **.Mucha fuerza física utilizaba y venía muy tarde. Trabajaba todo el día.**

Trastornos

- 1) Le cuesta dormir o duerme mal
- 2) **Tiene sensación continua de cansancio**
- 3) **Sufre dolores de cabeza**
- 4) **Sufre mareos**
- 5) Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- 6) **Le cuesta acomodarse a las cosas, se olvida las cosas con facilidad**
- 7) Se nota tenso o irritable
- 8) Sufre alteraciones de apetito
- 9) Tiene problemas en los ojos
- 10) **Bajo estado de ánimo**
- 11) Otros ¿Cuál? _____
- 12) Ninguno

Bibliografía. (Citada y consultada)

1. Revista Argentina de Trasplante. Resúmenes XXII Congreso de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Trasplante. XII Congreso Argentino de trasplante. V Congreso Argentino de Enfermería en trasplante.
2. Michael Foucault. Capítulo 5. Derecho de Muerte y Poder sobre la Vida del libro: "La voluntad de Saber". Volumen 1 de la Historia de la Sexualidad
3. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Calle Juárez 87, Tlalpan centro, tlalpan 14000, México. Eduardo L. Menéndez. Modelos de atención de los padecimientos de: exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.
4. Eduardo L. Menéndez. Artículo: "Desapariciones, Resignificación o Nuevos Desarrollos de los Lazos y Rituales Sociales". Relaciones 107. Verano 2006. Vol. XVII.
5. Comisión de Trabajo Social y Trasplante. Equipo de Trabajadores Sociales de diferentes hospitales y centros de trasplante. Ponencia presentada en el XI Congreso Argentino de Trasplante-Buenos Aires diciembre de 2011"Aspectos Cualitativos en la Valoración Social en Proceso de Trasplante Adherencia al Tratamiento"
6. Ley N° 26.928. Sistema de Protección Integral para Personas trasplantadas. Sancionada: Diciembre 4 de 2013. Promulgada de hecho: Enero 10 de 2014.
7. Artículo de la Asociación de Deportistas Trasplantados de Santa Fe. "El Estado

no debe tratar a los trasplantados como ciudadanos de segunda”.

8. Artículo de una Investigación realizada por un Equipo de Trabajadores Sociales del CUCAIBA.” Cobertura Social para Trasplantados Subsidiados por CUCAIBA en la Red Estatal.”

9. Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Desarrollos en Psicología Social a partir del pensamiento de Enrique Pichon –Riviere.

10. Ana Josefina Arias. Pobreza y modelos de intervención. Aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción.

11. El pequeño, gestión ilustrado servicios de salud, Autor Dr. Carlos Alberto Díaz, ediciones Isalud, año 2006.

12. Plan estratégico 2013-2017 Hospital El Cruce “Dr. Néstor Carlos Kirchner”, Año 2013

13. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. (Stolkiner y Otros, 2000).

14. Intersectorialidad y Sistemas de Salud. La Experiencia Cubana. Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. Castell Florit Pastor. La Habana, ENSAP, 2003.