



Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Trabajo Social

## Tesina de grado

**Título: La intervención del Trabajo Social a personas con VIH-SIDA desde el nivel de Atención Primaria de la Salud, en la ciudad de Comodoro Rivadavia 2017-2018**

Autora: Julio María Belén

DN 31.382.618

Director: Lic. Viviers Gerardo

Codirectora: Lic. Velázquez Valeria

Comodoro Rivadavia – Chubut

Noviembre de 2021

## Resumen

La presente investigación pretende dar conocer y comprender las experiencias de las personas que conviven con VIH-SIDA, las respuestas del Estado en la aplicación de políticas públicas, sanitarias y asistenciales.

La investigación se situó en el Programa de Atención a Personas con Necesidades Especiales (PAAPNE) coordinado por la Dirección Trabajo Social dependiente de la Secretaria de Salud Municipal, 2017- 2018, este Organismo de salud pública ofrece el servicio de Atención Primaria de la Salud APS. En este escenario se despliega la intervención de la profesión el Trabajo Social entre ellas se destaca la atención directa a personas con VIH-SIDA, como también el abordaje interdisciplinario, formulación, ejecución y coordinación de proyectos, programas.

El método de estudio utilizado es de tipo cualitativo de triangulación, descriptivo a partir del análisis de prácticas y vivencias expresadas por funcionarios, profesionales del trabajo social y personas que conviven con VIH-SIDA.

Las políticas de salud en VIH/SIDA requieren el apoyo de políticas económicas que faciliten a la población más vulnerable superar las condiciones de inequidad social; se requiere también un sistema de salud que garantice los Derechos Humanos y el pleno acceso a los servicios de los que más lo necesitan, los recursos del sector público asumen un rol crítico en la contribución en la vida de las personas más vulnerables que conviven con VIH/SIDA, una forma de brindar el acceso al tratamiento y la atención integral.

**Palabras claves:** Trabajo Social, Estado, salud, enfermedad, infección, atención primaria de la salud, políticas públicas, políticas asistenciales, VIH-SIDA.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a todas aquellas personas que motivaron y acompañaron a iniciar y culminar la carrera de la Licenciatura en Trabajo Social.

El proceso no fue fácil, el desarraigo y adaptación en una ciudad que no conocía, extrañar a mi familia amistades y mi pueblo fue un desafío. Nunca estuve sola mis tíos Nelly y Armando y familia me acobijaron con mucho cariño este fue momento crucial para iniciar mis estudios universitarios.

También quiero agradecer a la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, profesores/as y compañeros/as y las amistades que logre conformar en este ámbito.

A mi Director Licenciado Viviers Gerardo y Codirectora Licenciada Velázquez Valeria quienes dedicaron de su tiempo para acompañarme en este proceso de análisis e investigación.

A las personas que me brindaron su tiempo para realización de entrevista, también a los que ofrecieron sus aportes en relación al tema seleccionado.

A mis padres y hermanos que desde la distancia creyeron en mí.

Agradezco especialmente a mi esposo Tito y mis hijos, Juan y Luciano, ellos fueron el impulso y motivación para culminar esta etapa.

Pido a Dios que me acompañe en cada decisión con humildad y claridad en cada accionar en mi profesión.

## **Dedicatoria**

A mi esposo e hijos

A mi tía Nelly, tío Armando y flia.

Mi madre del corazón Yolanda

Mis padres y hermanos

Especialmente a todas la personas que se encuentran atravesando la infección del VIH y la enfermedad de SIDA.

# Índice

Introducción.....	06
<b>1. Capítulo I: Políticas de prevención y asistenciales desde la Secretaria de Salud dirigidas a la problemática social VIH-SIDA en la ciudad de Comodoro Rivadavia.....</b>	<b>12</b>
1.1 Características sociales de la ciudad de Comodoro Rivadavia.....	12
1.2 La infección del VIH y la enfermedad del SIDA en la ciudad de Comodoro Rivadavia.....	16
1.3 El sistema de salud pública en la ciudad Comodoro Rivadavia.....	18
1.4 Historia y estructura de la Secretaria de Salud Municipal.....	23
1.5 Acciones de la Secretaria Salud Municipal dirigidas a la problemática social del VIH-SIDA.....	27
1.6 Dirección de Trabajo Social y atención a personas con VIH-SIDA.....	30
<b>2. Capítulo II: Acciones del Programa de Atención a Personas con Necesidades Especiales (PAAPNE) y experiencias de personas con VIH-SIDA.....</b>	<b>35</b>
2.1 Historia y características del Programa de Atención a Personas con Necesidades Especiales (PAAPNE).....	35
2.2 Convivir con VIH-SIDA: relatos de personas con VIH-SIDA destinatarios del programa PAAPNE.....	42
2.3 Cumelem un espacio de contención.....	46
2.4 Realidad social de la infección del VIH y la enfermedad del SIDA.....	48
2.5 Estigma y discriminación en relación al VIH-SIDA.....	53
<b>3. Capítulo III: La intervención del Trabajo Social en los escenarios de la salud pública y la atención a personas con VIH /SIDA.....</b>	<b>57</b>

3.1 El rol del Trabajo Social en el ámbito de salud pública y ejecución de políticas públicas.....	57
3.2 Trabajo social y la atención directa a personas con VIH-SIDA.....	60
3.3 Propuesta de intervención.....	64
<b>Conclusiones.....</b>	<b>68</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>72</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>76</b>

## Introducción

El trabajo de investigación científica que presentamos es el resultado de un proceso de análisis y reflexión motivado por el interés de comprender los procesos históricos, legislaciones, políticas públicas, preventivas y asistenciales destinada a las personas afectadas por la infección del Virus del Insuficiencia Humana (VIH) y la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Resulta necesario conocer la complejidad de esta problemática social que puede afectar a todo los estratos sociales sin distinguir género, religión, edad.

El Programa de Asistencia Alimentaria a Personas con Necesidades Especiales (PAAPNE) está coordinado y a cargo por profesionales del Trabajo del Social que cotidianamente realizan seguimiento y atención de 137 personas con VIH/SIDA en condición de vulnerabilidad social.

Este trabajo tiene como fin dar a conocer la realidad social e individual obtenido de los relatos de personas destinatarios del programa PAAPNE en el periodo 2017-2018 con el propósito de transmitir sus experiencias con el VIH-SIDA en el transcurso de su vida familiar, laboral e institucional.

Se entiende que la profesión del Trabajo Social se constituye como posibilitador en la reflexión respecto de lo existente y lo necesario en el ámbito de la salud, y básicamente, entendiendo a la salud como un derecho humano esencial de las personas, como resultado de las relaciones sociales y del devenir histórico, político y social. La Licenciada Sueldo Carla realizara una contribución y experiencias en relación a la intervención del Trabajo Social en el ámbito de salud y el abordaje directo a personas con VH-SIDA desde el programa PAAPNE.

El Secretario de Salud, proporcionará un aporte sobre las políticas públicas y sociales direccionadas a personas con VIH-SIDA como así también las estrategias de promoción y prevención que se desarrollan en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Los avances y retrocesos en materia de derechos sexuales permiten afirmar que la epidemia y la lucha contra el VIH/ SIDA fueron paradójicamente un factor crucial para que la ampliación y reconocimiento desde la perspectiva de los Derechos Humanos formen parte en la agenda del Estado. La epidemia del SIDA contribuyó a dar visibilidad, financiamiento, reconocimiento público, legal y político a un movimiento de reivindicaciones en torno a la sexualidad y la diversidad sexual que históricamente había estado excluido de la legislación y las políticas públicas.

Es pertinente mencionar que esta investigación deviene de un problema social que acontece desde los primeros casos en la década del 80, provocados por la transmisión del VIH-SIDA, se dispersó a nivel mundial para convertirse en pandemia,. Este problema social afecto a muchas personas y familias sin distinción de clases sociales, religión, sexo y edades. Como consecuencia a esto las personas padecieron y padecen discriminación y estigma social produciendo la violación de Derechos Humanos. Para el Estado tuvo que aplicar políticas públicas<sup>1</sup>, legislativas y sanitarias.

En todos estos años no hubo interés de efectivizar vacunas o cura, solo accesibilidad a tratamientos farmacológicos supervisados por médicos con especialidad en infectología para evitar la enfermedad mortal del SIDA.

En relación a la transmisión del virus VIH, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2018) refiere que existen factores asociados a la transmisión: inicio de temprana edad en la vida sexual, ausencias de educación sexual y reproductiva, falta de responsabilidad y cuidados para una sexualidad placentera, segura y otro factor seria el compartir jeringas durante consumo de drogas.

El Programa PAAPNE inicia en la ciudad de Comodoro Rivadavia el año 2002, surge con la necesidad de crear una política asistencial y alimentaria dirigida a personas con VIH-SIDA en situación de vulnerabilidad, desde su creación el Estado Municipal no concreto este programa en una política pública con formalidad. En el periodo 2017-2018 este programa reúne 137 personas que conviven con VIH-SIDA en situación de vulnerabilidad, reciben el beneficio de tarjeta social y 2 kg de leche.(Sueldo 2020)

Convivir con VIH-SIDA impacta directamente en el orden biológico, psicológico, individual, familiar y social de las personas afectadas por el virus. El estigma y la discriminación están vigentes en el imaginario social, impactando en cuanto a las posibilidades de desarrollo en la sociedad. Este tipo de accionar conducen a la violación de los derechos humanos como la educación, vivienda y el trabajo dignidad intimidad e igualdad.

---

<sup>1</sup> Las políticas públicas suelen ser presentadas como sociales, en la mayor parte del mundo capitalista contemporáneo, incluyen a todas aquellas intervenciones públicas que regulan las formas en que la población se reproduce y socializa (sobrevive físicamente y se inserta en el mundo del trabajo y en los espacios socioculturales), y que, además, protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos o neutralizan los efectos “no deseados” de los mismos. Suelen entenderse así los ámbitos del empleo, la educación, la salud, los sistemas de seguridad social y la asistencia social (entendida esta última como conjunto de intervenciones en las problemáticas que afectan a la población más vulnerable). (Andrenacci, Repetto:2006)

Para comprender las diversas modalidades de respuesta del Estado y sus Organismos de salud pública frente a la problemática del VIH-SIDA y el accionar hacia las personas que conviven con el virus, se tuvieron en cuenta los siguientes antecedentes.

Núñez (2015) en su tesis “El enfoque de derechos en salud y la respuesta al VIH y SIDA en la Argentina”, tuvo como objetivo analizar el marco normativo sanitario aplicado en la epidemia del VIH y SIDA. Se basó en el estudio de tipo descriptivo y transversal, procediendo a hacer un análisis de tipo cualitativo de leyes nacionales vinculadas a la prevención del VIH y a la atención de personas infectadas e indagación de cumplimiento con los lineamientos de las directrices internacionales, como resultado describe la necesidad de entender que la aplicación de estas normas debe orientarse al enfoque integral de la salud, las poblaciones con vulnerabilidades incrementadas, a las marginadas y a las prácticas discriminatorias basadas en el género, la condición social y económica de las personas afectadas por el VIH-SIDA.

Los autores Barrón López, Ibarlucía y Jones (2017) en su investigación sobre ¿Qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el SIDA? Un estudio sobre significados asociados al VIH y al SIDA en la población general en la Argentina, se planteó un estudio exploratorio con un enfoque epistemológico interpretativo y una estrategia metodológica cualitativa, la investigación se realizó en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), y las ciudades de Salta (de la región Noroeste) y San Juan (de la región Cuyo), en una población de 28 varones, 3 mujeres y 2 mujeres trans, entre 18 a 55 años, 60 entrevistas.

Adaszko, Kaynar, Laplacette , Levite y Vignau (2015) “Respuesta del Estado al VIH-SIDA, ITS y hepatitis virales en la Argentina” como objetivo llevar un trabajo articulado para obtener información para la acción, ya sea para fortalecer lo que se realizaba o para generar nuevas prácticas sanitarias direccionada a la Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. Se realizaron entrevistas a los jefes de programas de VIH-SIDA de las 24 jurisdicciones provinciales, 10 regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y 18 jefes de programas municipales, relevamiento de datos de los 191 hospitales (de los cuales 13 fueron maternidades, se realizó un análisis cualitativo de las preguntas abiertas. El resultado de esta investigación sirvió para generar discusión del protocolo, herramientas de relevamiento con los jefes de programas, actores locales como respuesta al VIH-SIDA, además permitió consensuar y

priorizar agendas conjuntas de trabajo como base para la Planificación Estratégica 2013-2017 de la DSyETS, que cuenta a su vez con un Plan de Monitoreo y Evaluación.

Durante el 2008, en el marco de un proyecto del Fondo de Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria se habían realizado el estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Esta investigación posibilitó caracterizar la situación general de las personas con VIH en nuestro país. (Adissi, 2017: 22)

Autores como Caraballeda (2012), Labra (2011), Gagliolo (2018) ayudaron a entender por sus escritos e investigaciones sobre la intervención del Trabajo Social en los escenarios de la salud pública y la atención en personas con VIH-SIDA, realiza un análisis sobre los inicios de la pandemia.

Las preguntas que guían la investigación son:

- ¿Cómo se implementan las políticas públicas de prevención y asistencial destinadas al VH-SIDA en la Ciudad de Comodoro Rivadavia?
- ¿Qué acciones desempeña la Secretaria de Salud en relación al VIH- SIDA en la ciudad de Comodoro Rivadavia durante 2017 -2018?
- ¿Cuáles son las experiencias de las personas con VIH/SIDA destinatarios del Programa PAAPNE?
- ¿Cómo es el rol del Trabajo Social en el ámbito de salud y la intervención con personas con VIH-SIDA?

Como objetivo general se propone en conocer las políticas de salud pública destinadas al VIH-SIDA a partir del estudio del Programa PAAPNE ejecutado por la Dirección de Trabajo Social de la Secretaria de Salud municipal de la ciudad de Comodoro Rivadavia en el periodo 2017-2018.

A continuación se desglosan los objetivos específicos

- Describir las políticas públicas de salud y asistenciales dirigidas la infección del VIH y la enfermedad el SIDA en la ciudad de Comodoro Rivadavia.
- Identificar acciones de la Secretaria de Salud en relación al VIH-SIDA en la Ciudad de Comodoro Rivadavia.
- Comprender las experiencias y relatos de vida de personas con VIH-SIDA, destinatarias del Programa Municipal PAAPNE.

- Analizar las prácticas de la intervención del Trabajo Social desde la atención a personas con VIH-SIDA.

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se escogió la metodología cualitativa de tipo descriptivo basada en la triangulación es decir análisis de datos y estudios estadísticos, entrevistas individuales entre otros. Como guía se tuvo presente el reglamento de Tesis de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de la Patagonia san Juan Bosco.

La investigación cualitativa es un proceso interpretativo de la indagación basado en distintas tradiciones metodológicas: la bibliografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural. (Vasilachis de Gialdano. 2006: 24)

En relación con el abordaje de investigación, se utilizaron diferentes técnicas de análisis. En una primera fase, nos centramos en la recolección de datos e instrumentos de documentación y revisión bibliográfica de publicaciones estadísticas, legislaciones y reglamentaciones específicas en materia de derechos humanos para una aproximación al problema. En una segunda fase, en la lectura y análisis de libros, textos, tesis, revistas académicas, consultas en páginas web, participación de jornadas, charlas en relación a la infección el VIH y la enfermedad del SIDA y utilización de cuaderno de campo.

Para lograr una aproximación con referentes institucionales que trabajan directamente con la problemática y poder conocer la realidad social de las personas afectadas por la infección del VIH y la enfermedad de SIDA, se presentó formalmente una nota para conocimiento y autorización dirigida a quien está a cargo de la Secretaria de Salud Municipal acorde a la ley Nacional de SIDA N°23.798/90) para así obtener información y llegar a la realización de entrevistas.

Una vez obtenida la autorización se realizaron 4 entrevistas en profundidad con modalidad de grabación y observación participante a actores involucrados. En primer lugar al Dr. Catalá Carlos, Secretario de Salud de la Municipalidad de Comodoro Rivadavia y en segundo lugar a la Licenciada en Trabajo Social Sueldo Carla, la cual desempeña su cargo en dicha institución como Directora de la Dirección de Trabajo Social. De la misma manera se recogieron testimonios de destinatarios del Programa municipal PAAPNE se seleccionó a 2 personas diagnosticadas VIH/SIDA en diferentes, años y contexto social, con el propósito de conocer, experiencias de su vida familiar,

laboral, socioeconómica e institucional e indagar las relaciones sociales del día a día con respecto al estigma y discriminación social. Las desventajas y limitaciones que ello implica en este tiempo de pandemia COVID-19 al constituirse como un grupo de riesgo. Estos testimonios fueron realizados bajo el anonimato, omitiendo sus nombres para resguardar la confidencialidad.

Una vez clasificado el material bibliográfico y transcrito todas las entrevistas, se realizara la fase de análisis y redacción de la investigación dividiéndola en 3 capítulos consecutivos:

Capitulo I Contempla las descripciones en relación a políticas de prevención y asistenciales desde la Secretaria de Salud dirigidas a la problemática social VIH-SIDA en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Capitulo II: Dá a conocer Acciones del Programa de Atención a Personas con Necesidades Especiales (PAAPNE) y experiencias de personas con VIH-SIDA.

Capitulo III: Refleja el rol del Trabajo Social en el ámbito de salud y la intervención directa con personas con VIH /SIDA

## **CAPITULO I: POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIALES DESDE LA SECRETARIA DE SALUD DIRIGIDAS A LA PROBLEMÁTICA SOCIAL VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE COMODORO RIVADAVIA.**

*La política social está en la “cabeza de las personas” y no se reduce a la lista de beneficios que se pueden obtener del Estado. El elemento subjetivo de pertenecer a una comunidad supone mecanismos de reconocimiento e integración que apelan a valores compartidos, construidos y reconocidos socialmente; ellos son aún más relevantes en contextos de gran diversidad y desigualdad. (Bourdieu: 1997)*

### **1.1 Características sociales de la ciudad de Comodoro Rivadavia**

La ciudad de Comodoro Rivadavia fundada en 1901 es una de las ciudades perteneciente al departamento Escalante, localizada en la provincia de Chubut posee una superficie de 566,81Km.<sup>2</sup> Por decreto del gobierno nacional cobra importancia con el hallazgo del petróleo en el año 1907 . El boom petrolero se fue dando en etapas. Un primer momento, con la creación de YPF bajo la administración radical. Un segundo momento (1945 -1955) con la primera administración de Perón, y de 1958 a 1964 con el gobierno de Frondizzi.

De acuerdo al Censo (2010) la población de la ciudad de Comodoro Rivadavia en el año 2001 era de 137.061 habitantes y asciende en el 2010 a 177.038 habitantes. En el año 2017 según datos Dirección de Investigación Territorial MCR (2019) hay un crecimiento poblacional de un total un total de 242.351.

Para los autores Freddo y Usach,(2015) la ciudad de Comodoro Rivadavia se encuentra emplazada al Sureste de la Provincia del Chubut. Su estructura urbana está configurada por 54 barrios, catastralmente definidos; los que se encuentran divididos por el característico “Cerro Chenque” que separa en dos la ciudad: zona Norte y zona Sur. Ambas, conectadas entre sí por la ruta nacional N°3 que atraviesa toda la ciudad. hEn general, estos barrios incorporados al catastro municipal, cuentan con infraestructuras sanitarias, parcelamiento, equipamiento institucional comunitario (asociación vecinal, programas sociales, espacios de recreación, servicios de higiene

urbana, etc.), están destinados esencialmente al uso residencial y se emplazan en ellos emprendimiento de vivienda social financiados por fondos públicos. La zona Norte de la ciudad presenta una morfología difusa en comparación con la mayor compacidad de la zona sur, en razón de que ha sido en el norte donde la explotación petrolera impulsó el despliegue de campamentos que constituyen en la génesis de los actuales barrios del área. Mientras que al sur del cerro Chenque se emplaza el casco central, denominado barrió centro, que constituye el núcleo comercial y de servicios más importante de la ciudad. En él se localizan las instituciones públicas y concentra el mayor número de infraestructuras educativas, de salud, servicios públicos y equipamiento comunitario. Es asimismo el nodo de conexión del transporte público que vincula la zona norte y la sur

Retomando a Cicciari (2016), la ciudad de Comodoro Rivadavia, posee un déficit vinculado al acceso a una vivienda digna, que afecta al 16,2% de los hogares particulares de la localidad, por lo que se debe considerar situaciones tales como: a) hogares en cuyas viviendas conviven tres o más personas por cuarto habitable, hacinamiento, b) hogares que habitan en casillas, ranchos o viviendas construidas con materiales inadecuados o sin revoque en las paredes, vivienda precaria. Pero, como en los casos anteriores, en esta dimensión de carencias también se registran diferenciales de acuerdo a la desigualdad social.

En relación a las características estructurales de los hogares, se observa que en cuanto al estrato económico-ocupacional, los hogares más afectados son los que pertenecen a la clase obrera integrada y a la clase trabajadora marginal (16,7% y 48,8% respectivamente) mientras que en cuanto al nivel socioeconómico los más afectados son los que pertenecen al nivel bajo y muy bajo (22,5% y 51,4% respectivamente)

Para la autora Cicciari (2016), en cuanto a la condición socio-residencial, los más afectados son los hogares de nivel socioeconómico medio y medio bajo y los de nivel bajo/vulnerable (20,8% y 32,3% respectivamente). En cuanto a las características del hogar, los más afectados por esta carencia de acceso a la vivienda digna son nuevamente los hogares cuyas jefas son mujeres (26,3%), no han terminado el secundario (26,6%), tienen presencia de niños en el hogar de 0 a 17 años (23,9%) y la situación de empleo del jefe es de desempleo (76,2%), subempleo (45,9%) o precariedad (34,7% %).

Las dimensiones de derechos vinculadas a acceso a una alimentación adecuada, acceso a la salud y acceso a servicios básicos tienen menor incidencia (ocupando el

cuarto, quinto y sexto lugar respectivamente). Sin embargo, también presentan diferenciales que dan cuenta de aspectos de la desigualdad social de la sociedad comodorense.

Por último Cicciari (2016) explica que Comodoro Rivadavia presenta el siguiente ranking de déficits en el espacio de derechos analizado: 1) Acceso a servicios educativos: 32,4%, 2) Acceso a una vivienda digna: 16,2%, 3) Acceso al empleo y la seguridad social: 12,5%, 4) Acceso a una alimentación adecuada: 11,1%, 5) Acceso a cobertura de salud: 7,8% y 6) Acceso a conexión de servicios básicos: 1,2%; presentando un perfil más parecido a la dinámica de la CABA en lo referente a servicios de salud y conexión a servicios básicos y al total del país en las restantes dimensiones de derechos.

Los fenómenos de crecimiento disperso no resultan novedosos para el caso de ciudades que, como Comodoro Rivadavia en la Patagonia Argentina, han crecido históricamente a partir de la localización y consolidación de los asentamientos de trabajadores en torno a las extensas áreas de explotación petrolera a importantes distancias del casco central. En efecto, en esta ciudad el territorio urbano se presenta disperso, fragmentado, atravesado por numerosos conflictos urbanísticos, sociales, económicos y ambientales; cuya impronta ha venido marcada por el devenir de la actividad extractiva.

Tomando los aportes de los autores Freddo y Usach (2016) mencionan que la ciudad de Comodoro Rivadavia es definida como una ciudad que se constituyó por inmigrantes provenientes de distintos puntos del país y del extranjero, motivados para accesibilidad en el trabajo y la explotación de hidrocarburo.

El crecimiento disperso se debe fundamentalmente a la ocupación de espacios caracterizados por viviendas precarias, generalmente carentes de infraestructura adecuada, en condiciones de vida desfavorables. la expansión de las periferias por la ampliación de barrios preexistentes mediante asentamientos espontáneos sobre las llamadas “extensiones” de algunos barrios; la ocupación de suelo periurbano antes inhabitado, que forma nuevos asentamientos informales no reconocidos por el catastro municipal y la ocupación de ciertos intersticios dentro de la trama urbana carentes de condiciones adecuadas de habitabilidad (asentamientos sobre el basural municipal, sobre la línea de playas o en la ladera de los cerros).

El crecimiento de los últimos años se ha visto ciertamente favorecido por el auge de la actividad petrolera y la reestructuración urbana en curso parece fuertemente ligada

a asentamientos informales en los sectores más vulnerables de la ciudad y su entorno. El impulso económico no ha mejorado sustancialmente la brecha entre ricos y pobres, que sigue siendo importante, y las condiciones de acceso a la vivienda y al suelo se hacen más dificultosas, en tanto los precios del mercado inmobiliario evolucionan a la par de la renta petrolera, mientras que el ingreso de gran parte de la población y de los hogares siguen un ritmo mucho más lento.

El impacto del crecimiento poblacional derivado por diferentes ofertas laborales relacionadas con el petróleo y el comercio entre otros, inspiró el desarrollo y planificación de políticas públicas y expansión urbana de la ciudad, como: construcción de viviendas, ampliación de servicios públicos, infraestructuras sanitarias, educativa, comercial, creación de Centros de Promoción Barriales (CPB). En relación a lo sanitario se consideró importante brindar servicios de salud con accesibilidad y alta complejidad desde el ámbito público y privado. Como política a destacar desde el Estado municipal y provincial es la creación de Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS) en diferentes barrios de la ciudad.

Entonces a diferencia de otras ciudades Comodoro Rivadavia ofrece un alto costo de vida y alto valor en la canasta básica producto de los salarios que provienen de la producción petrolera, esto provoca desiguales de clases sociales en relación a otros salarios que provienen de la administración pública, educación y comercio entre otros.

Podemos deducir que en la ciudad existe la clase obrera integrada que pertenece a los diferentes sectores con salario formal producto de las políticas económicas y laborales que propusieron accesibilidad al empleo formal, esta clase fue parte de políticas de planes y programas sociales por las condiciones de pobreza. Esta clase se convierte en clase marginal dado que pertenece a los sectores con empleo formal que se encuentra por debajo de la línea de la pobreza sin poder cubrir la totalidad de las necesidades básicas como consecuencia de la crisis económica, tasa de inflación y la caída del salario real.

En el periodo 2017-2018, en la ciudad de Comodoro Rivadavia el programa PAAPNE cuenta con 137 personas con VIH-SIDA, en condiciones de vulnerabilidad, perciben una pensión nacional por invalidez y tarjeta social, el alto costo de vida en la ciudad convierte en sus ingresos mensuales, insuficiente para cubrir las necesidades básicas ubicando a esta población por debajo de la línea e la pobreza.

## **1.2 La infección del VIH y la enfermedad del SIDA en la ciudad de Comodoro Rivadavia**

El VIH, es un virus. Todos los virus son microorganismos que no tienen capacidad para multiplicarse por sí mismos, sino que para hacerlo tienen que introducirse en las células. Cada virus tiene la capacidad de invadir cierto tipo de células, pero a diferencia de todos los demás, el VIH tiene la peculiaridad de invadir las células de defensa del organismo, destruyéndolas progresivamente. (Ministerio de la salud de la Nación Argentina 2013:10)

Existen tres formas a través de las cuales el VIH puede transmitirse:

-A través de un contacto sanguíneo por compartir agujas, jeringas, canutos, o el resto del equipo para el uso de sustancias inyectables. Existe también la probabilidad de transmisión al compartir cepillos de dientes, hojas de afeitar, etc. e incluso otros instrumentos usados para perforar la piel (agujas de acupuntura, de tatuajes, piercings, etc.) que no hayan sido previamente desinfectados o esterilizados

-Mantener relaciones sexuales, vaginales, anales, orales sin preservativos, por el contacto directo de las mucosas sexuales vaginales, con fluidos sexuales (secreciones vaginales, semen o fluidos presemiales), o sangre, y durante el sexo oral, si no se usa alguna protección (preservativo o campo de látex).

-Si una mujer embarazada tiene VIH, el virus puede pasar al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. (Ministerio de la salud de la Nación Argentina 2013:12)

La evolución de la infección por VIH es diferente en cada persona, pero en general, si no se realiza tratamiento, el desarrollo de la misma puede describirse en tres fases. En la primera fase, justo después de la infección, el virus se multiplica en el cuerpo muy rápidamente pero las defensas están todavía suficientemente fuertes para enfrentarlo. Algunas veces en esta etapa llamada infección aguda por VIH o primoinfección, las personas desarrollan una serie de síntomas similares a los de un cuadro gripal (dolor de cabeza, cansancio, fiebre, inflamación de ganglios del cuello, tos, entre otros). Durante los primeros días que se produce la infección el virus no se puede detectar a través de los anticuerpos (prueba de Elisa); es el llamado período ventana. Es decir que, aun saliendo negativa la prueba de detección de los anticuerpos, existe la infección y se puede transmitirla. En la segunda fase, el VIH ataca y destruye

algunas de las células defensivas. Sin embargo, el organismo es capaz de ir reponiendo las células destruidas, manteniendo un cierto control del virus. Los anticuerpos ya son detectables en la sangre. En esta fase, el virus está aparentemente inactivo y quizá pasen entre 8 y 10 años sin que aparezcan síntomas. En la tercera fase, el virus se multiplica rápidamente y aparecen las enfermedades oportunistas, que son aquellas que se aprovechan del mal funcionamiento del sistema inmunológico y que, en condiciones normales, el cuerpo superaría sin problemas. Esta fase, sintomática, es la que se llama SIDA. Aún en esta fase, la terapia antirretroviral suele resultar efectiva frente al virus y permitir que se reconstituyan tus defensas. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2013:15)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) hace referencia al conjunto de enfermedades que pueden llegar a afectar a una persona con CD4 (células del sistema inmunológico) bajos. Se considera que la infección llega a la etapa llamada sida cuando las defensas están tan debilitadas que no pueden protegerte adecuadamente: aparecen entonces enfermedades que no padecerías si tuvieras las defensas bien. Son las llamadas enfermedades oportunistas. Cuando estas enfermedades se presentan, el sistema de defensas del cuerpo humano está muy dañado, por lo que habitualmente el estado general de la persona se deteriora. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2013:11)

Para el Ministerio de Salud de la provincia del Chubut (2018) la situación de Comodoro Rivadavia frente al HIV-SIDA, da cuenta de que la epidemia inicia en el año 1987 con la aparición de los dos primeros casos en el sexo masculino y desde allí pese a los grandes esfuerzos, con el paso de los años se puede observar que los casos se fueron acrecentando.

En el caso de la provincia del Chubut, especialmente Comodoro Rivadavia, las estadísticas muestran un total de 23 casos en el periodo 2017. Datos registrados en el sistema de salud pública, sin tener en cuenta los datos estadísticos en el sistema de salud privada.

Las personas diagnosticadas por VIH-SIDA sin cobertura de obra social pueden acceder a los servicios de atención médica y medicación desde la Dirección de patologías prevalentes en el Hospital Regional Dr. Manuel Sanguinetti.

En el periodo 2016-2019 las políticas públicas destinadas a esta población vulnerable no fueron óptimas desde el gobierno nacional ya que no se proveía a la provincia de la totalidad de medicación, aspecto fundamental para garantizar el

tratamiento retroviral de las personas con VIH-SIDA. Otra falencia a mencionar también, es la denegación del beneficio de la Pensión Nacional por Invalidez, lo cual constituía un ingreso económico mensual para esta población.

En su aporte, el Secretario de salud afirma que:

*“por esta situación estas personas tuvieron que sobrellevar políticas y decisiones de la gestión nacional anterior, además de sacar el beneficio de la pensión nacional, vino de la mano sacar medicación o tardanza de otorgamiento de medicación por lo que el Ministerio de salud de la Provincia tuvo que afrontar asignación una partida de presupuesto de algo que tiene que garantizarse gratis desde Nación, si bien hay situaciones que no comparte con la provincia con el diagnóstico sanitario y con la asignación de recurso para la ciudad de Comodoro Rivadavia tendría una excelente relación. (Catalá, 2020)*

Una de las políticas sociales dirigidas a las personas con VIH-SIDA consistía en el otorgamiento del beneficio de la Pensión Nacional por Invalidez, ayuda social que dejó de garantizarse desde el Gobierno durante la gestión del Presidente Mauricio Macri (2016-2019)

*“Orientábamos que tramiten la pensión no contributiva en la oficina de pensiones nacionales con la Lic. Mansilla Norma, en la gestión del presidente Macri muchas personas quedaron sin la pensión y otras sin poder tramitarla por que cerraron todas las oficinas de Pensiones Nacionales ahora el trámite se realiza en el ANSES pero te rechazan todo” (entrevista N° 3. 2020)*

Las medidas tomadas en esta gestión se le podría llamar “deuda social, entendiéndose como tal “al conjunto de privaciones de tipo económicas, sociales, políticas, psicosociales y culturales que recortan, frustran o limitan de manera injusta las capacidades y necesidades esenciales para el desarrollo humano autónomo, la cohesión social y la integración ciudadana de las personas. Las deudas sociales implican la violación de derechos consagrados por diversos instrumentos internacionales de derechos humanos y por las constituciones nacionales” (Cicciari, 2016:1)

### **1.3 El sistema de salud pública en la ciudad Comodoro de Rivadavia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es la organización con máxima autoridad asociada con temas de salud a nivel internacional, define a la salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades, a fin de permitir a las personas llevar una vida social y económicamente productiva. (OMS, 1948)

Gozar de un buen estado salud no tan solo significa tener ausencia de enfermedades sino un proceso variable, y la consideración de las influencias del contexto en que las personas viven y se desarrollan.

Las personas necesitan aspectos físicos, sociales y psicológicos en la vida, de ello dependerá el bienestar. La enfermedad significa debilidad o pérdida de fuerza, especialmente debido al padecimiento y deterioro de enfermedades o la vejez.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y accesibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en especial los grupos en situación de vulnerabilidad. Para alcanzar la salud universal, sea por vía del aseguramiento ,énfasis en la demanda y en la cobertura prestacional o por vía de ampliación de la oferta “universalidad del acceso”, se requiere de más inversión pública y un gasto más eficiente; fortalecer la rectoría del Estado; transformar los sistemas de salud en la lógica de RIIS ( Redes Integrales e Integradas de Salud) y la estrategia de APS, disminuyendo la segmentación, la fragmentación y el hospital lo centrismo; y, actuar efectivamente sobre los determinantes sociales de la salud.

En todas las provincias, el sistema público de salud está integrado por centros de salud y hospitales de diferentes complejidades, que generalmente están regionalizados por criterios geográficos, conformando redes formales de servicios y en algunos casos sistemas de referencia y contra referencia, usualmente enunciados solamente como procesos meramente administrativos. En general existen zonas de salud que respetan estructuralmente los departamentos. Cada zona tiene áreas programáticas con cabeceras en hospitales bien referenciados, del que dependen los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud). Los Hospitales tienen directores asociados que tienen la función de jefes de Área programática y son responsables de la coordinación de los CAPS del área del Hospital. (Ríos Ferreira, 2014: 26)

Los modelos de atención son “**integrales**”, cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación, paliativo y rehabilitación, son desarrolladas por el sistema de salud, a través de actividades sobre el ambiente, los determinantes sociales, las poblaciones y las personas, están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad a las personas, considerando su

integridad física, psíquica y social, así como los aspectos propios de la diversidad cultural, de género y de etnia, a lo largo de todo el ciclo vital. Estos modelos están “centrados en las personas”, cuando las actividades desarrolladas por el sistema de salud tienen como eje a las personas y entiende a la salud como un derecho humano esencial y universal. (Artaza Barrios, 2017:13)

Para analizar e intervenir en los escenarios de la salud creemos necesario retomar los aportes realizados en la Conferencia Mundial en Río de Janeiro, Brasil, 2011, en relación los Determinantes Sociales de la Salud, definiendo a los determinantes sociales de la salud como las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud.

Para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018), en la Guía metodológica análisis de situación de salud en municipios saludables se clasifican de la siguiente manera:

**Modos de vida:** Llamamos modos de vida a las pautas sociales vinculadas a la producción, al consumo, a la cultura y a la política, que configuran ciertas formas de desarrollo de las condiciones de vida de un grupo de individuos o una determinada población. Los estilos de vida se relacionan estrechamente con la esfera motivacional y conductual de las personas.

**Socioeconómicos:** Las posibilidades de acceso y permanencia en el sistema educativo, como también las condiciones de empleo y el nivel de ingresos, están asociados fuertemente a indicadores de salud-enfermedad, y las poblaciones en condiciones de pobreza están en una situación de mayor vulnerabilidad. En este sentido, en relación con la situación socioeconómica local, y en el marco del análisis de situación de salud, se hacen necesario georreferenciar los barrios vulnerables y asentamientos, reconociéndolos como población de máximo riesgo.

**Salud ambiental:** Existe una muy estrecha relación entre las condiciones deficientes del ambiente y la ocurrencia de enfermedades. En este sentido, el saneamiento básico ambiental comprende: acceso al agua segura, disposición sanitaria de excretas y gestión de residuos sólidos urbano, el acceso al agua segura para consumo es una necesidad y derecho humano tal como está establecido en múltiples tratados internacionales. Una inadecuada disposición de excretas (heces y orina) humanas y animales, puede representar una fuente de contaminación de las aguas, como también lo son las aguas residuales de origen doméstico e industrial, descargas industriales y aguas negras o servidas. La mala gestión puede constituir un factor de riesgo para la salud, entre otros

motivos, por favorecer la propagación de fauna transmisora de enfermedades (moscas, cucarachas, mosquitos, roedores).

**Sistema y servicios de salud:** Para la garantía del derecho a la salud de las personas y comunidades, resulta esencial que los servicios de salud cumplan con los requisitos de accesibilidad y calidad de la atención sanitaria. Desde la mirada de la promoción de la salud, se postula la reorientación del sector salud con miras a reducir las inequidades sanitarias, de modo que las acciones preventivas promocionales ganen lugar junto a la función de prestación de servicios de atención. Por las características de fragmentación y segmentación del sistema de salud de nuestro país, es fundamental la coordinación de acciones. El trabajo conjunto entre las jurisdicciones y la comunidad debe apuntar a mejorar esta situación.

En el sistema de salud público de la ciudad de Comodoro Rivadavia bajo administración del Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut, ejecutado por el Área Programática zona sur, ubicada al lado de las instalaciones del Hospital Regional Dr. Manuel Sanguinetti y en conjunto abarcan la atención y servicios a los Departamentos: Escalante, Sarmiento, Senguer. De estos dependen 17 centros atención primaria de la salud primaria de la Salud distribuidos en diferentes barrios de la ciudad.

El Hospital Regional Dr. Manuel Sanguinetti, ubicado en el centro de la ciudad sobre ruta nacional N° 3 o avenida Hipólito Yrigoyen 1050, fue fundado en 1986 y actualmente es un icono de la ciudad, localidades, comunas y departamentos, que prestando un servicio fundamental para toda la población.

Dentro de los servicios de salud bajo la administración del Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut, se encuentra el Hospital Alvear creado en 1924, el cual se encuentra ubicado en el km 4 de la zona norte de la ciudad de Comodoro Rivadavia. Mayormente se accede para la atención los adultos mayores ya que se encuentra la oficina de PAMI quien provee medicación y autorización para diferentes tipos de atención.

Por otra parte, se puede citar al Hospital Militar fundado en 1980 y reacondicionado en 1982 durante la guerra de Malvinas para atender a los soldados en guerra dependiente de la Dirección General de Salud de Buenos Aires. Se encuentra ubicado en el km8 de la zona norte de la ciudad de Comodoro Rivadavia. El mismo, cuenta con los siguientes servicios: clínica médica, clínica quirúrgica, 15 camas de internación, laboratorio, odontología (operatoria dental, periodoncia, prótesis e

implantes, cardiología, ecocardiograma, ECG y ergometrías, diabetología, psiquiatría, psicología, ginecología, neurología, electroencefalografía, traumatología, kinesiología, diagnóstico por imágenes, ecografía y radiología, podología y vacunatorio .

La Argentina es un país Federal con autonomía de los sistemas de salud provinciales, donde los gobiernos locales son los responsables de la formulación e implementación de la Política de Atención Primaria de la Salud de sus habitantes brindando servicios directos de asistencia a la población. La política de APS<sup>2</sup> busca que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia con acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas. (Ríos Ferreira. 2014:13)

En relación APS en la ciudad de Comodoro Rivadavia, la misma está bajo la responsabilidad y el trabajo los CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud), distribuidos en diferentes barrios de la ciudad, de los cuales 17 dependen del área programática zona sur y 14 de la Municipalidad de Comodoro Rivadavia.

A continuación, se detalla los Centros de Atención Primaria de la Salud que se encuentran bajo la administración provincial y prestan servicios en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

-CAPS B° Don Bosco, CAPS B° Prospero Palazzo, CAPS B° Laprida, CAPS B° Restinga Alí, CAPS B° Caleta Córdova, CAPS B° Ciudadela, CAPS B° Astra, CAPS Diadema

-CIT (Centro Integral de Tratamiento) Zona Sur

-CAPS B° 30 de Octubre, CAPS B° Jorge Newbery, CAPS B° Máximo Abasolo, CAPS B° José Fuchs, CAPS B° Pietrobelli, CAPS B° Quirno Costa, CAPS B° San Cayetano

-CESIA (Centro Especializado Integral de Adolescencia)

-CIT (Centro Integral de Tratamiento) Zona Norte

Resulta primordial el rol del Estado y los Organismos de Salud en la protección del derecho a la salud, como así también en establecer normas de equidad

---

<sup>2</sup> Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Por “esencial” se entiende a lo “primordial”, lo más importante que debe estar accesible para todos de manera integral (en la múltiple significación de integralidad: 1) fomento, prevención, curación, rehabilitación, paliativo y cuidados de largo plazo; 2) en todo el ciclo vital; 3) en el continuo de atención y cuidados; y 4) en la diversidad de ser familias y comunidad) sin discriminación alguna para la obtención del mayor nivel de calidad de vida posible. Por tanto es una estrategia que atraviesa no sólo todo el sector salud sino que a “todas las políticas”.

para su distribución y acceso en toda la comunidad, se necesita de la construcción de todas las acciones intersectoriales constituidas como un recurso fundamental para abordar los problemas de salud y aplicar políticas públicas para garantizar el bienestar de las personas en cada contexto determinado. El contexto socioeconómico, cultural, ambiental pueden impactar en la salud de las personas, se requiere una visión interdisciplinaria y la perspectiva y abordaje de la intervención del Trabajo Social.

#### **1.4 Historia y estructura de la Secretaria de Salud Municipal**

En diciembre 2015, a partir la iniciativa de la gestión que tenía al mando como Intendente al Sr. Néstor Di Pierro y Viceintendente el Sr. Carlos Linares, respaldan la propuesta del Subsecretario de Salud el Pediatra Carlos Catalá por lo que oficialmente pasa de ser Subsecretaria a Secretaria de Salud dejando de depender de la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia. Dicha secretaria con sede en el centro de la ciudad (calle Sarmiento 680) se distingue como una gestión basada en la articulación multidisciplinar e intersectorial de promoción, prevención y gestión de salud garantizando en su población el derecho a la salud.

*“A partir de una propuesta de trabajo con experiencias y conocimiento de trabajo en terreno, aumentar el rango era una decisión y acuerdo de los funcionarios de turno fue algo como gobernador Martin Buzzi; hubo muchos problemas de salud en la provincia y en la ciudad, muchos paros” (Catalá 2020)*

El Secretario de Salud, señala que

*“el obtener el rango de Secretaría permitió lograr accesibilidad, llegar al Ministro de Salud provincial y Ministerio de Salud de Nación. Estas herramientas de decisión política para poder articular directamente con funcionarios de mayor rango y otros sectores de la Salud, las clínicas privadas a los sanatorios, prepagas y obras sociales depende del rango”. (Catalá 2020)*

Además, en la entrevista mantenida con el Secretario de Salud refiere que

*“el servicio más importante es el de tratar de voltear todas las barreras posibles que tiene que ver con las inequidad de salud, el acceso a la salud, no el sistema sanitario sino el producto, porque como estrategia usamos el tráiler sanitario para a ir al lugares donde la gente no tiene acceso o con barrera geográfica, de traslado porque no hay colectivos, porque son asentamientos, porque hay personas con una incapacidad disminuida por la educación que no tuvo, entonces nosotros pudimos bajar el discurso con algo más popular, porque por otro*

*lado lo que tiene que ver con los productos sanitarios por ahí entras en el sistema de salud.[...]*” (Catalá 2020)

Retomando el Proyecto “Salud en tu Casa” (2016) presentado por la Secretaría de Salud en el Senado de la Nación en la comisión de asuntos administrativos municipales, se describe un plan estratégico de salud, que tiene como misión producir servicios de salud de calidad para toda la población de Comodoro Rivadavia articulando con todos los niveles de la salud pública y privada.

Asimismo, se ha propuesto como visión a cinco años lograr una organización con recursos humanos, acordes en cantidad, calidad y perfil adecuado capaz de ofrecer a los usuarios del sistema público de salud, la mejor calidad en las prestaciones logrando un aumento de los registros estadísticos positivos.

En relación al personal, se plantea como objetivo primordial el mejoramiento del recurso humano tanto en su capacitación como en su relación laboral.

En relación a la estructura y operatividad, se lleva adelante un modelo de gestión participativo con el objetivo de mejorar la capacidad de gestión, coordinación y toma de decisión de cada uno de los responsables de proyectos y la coordinación con su equipo de trabajo. Se llevan adelante gestiones con organismos nacionales, provinciales y regionales, tanto público, como privados, tendientes a incorporar recursos humanos, económicos y materiales para ser utilizados en los diferentes programas.

Por todo ello, los objetivos fundamentales de la gestión son: reforzar el acceso al sistema de salud atacando las inequidades existentes en las poblaciones más vulnerables, articular con todos los organismos que permitan desarrollar políticas de salud y políticas sociales como una unidad, implementar todas las políticas emanadas desde el Ministerio de Salud de la Nación, capacitar al recurso humano y adecuar su perfil a las realidades sociales reforzando aquellas actividades que promuevan el compromiso y la responsabilidad con su tarea como servidor público.

Los objetivos planteados y pensados por la Secretaria de Salud en 2016, en una realidad en constante cambio en la ciudad de Comodoro Rivadavia, de alguna forma se concretaron con estrategias y accesibilidad de servicios de salud dirigidos a la comunidad en general y desde lo institucional, estuvo representada por el crecimiento de la estructura de subsecretaria a Secretaria.

Una debilidad es la escasa capacitación orientado al personal de salud, según lo relatado por Catalá 2020. Como organismo de salud tuvo que ponerse al frente por el

impacto de una pandemia a nivel mundial covid-19, que vino transformar nuestras vidas.

La Secretaria de Salud depende formalmente del Municipio de Comodoro Rivadavia. La estructura organizativa y edilicia cuenta con una sede central y 14 Centros de Atención Primaria de la Salud, distribuidos en diferentes barrios de la ciudad, como se describió anteriormente.

En la sede central funciona la oficina del Secretario y Subsecretario junto a tres Direcciones Generales, según Resolución 1248-06 e información sustraída del proyecto presentado en 2016 por la Secretaria de Salud que a continuación se detallara.

- Dirección general de despacho administrativo.

-Dirección general Clínica Médica: de esta dirección dependen los profesionales en medicina, medicina general, ginecología, pediatría, Lic. en kinesiología, Lic. en obstetricia, Lic. en Psicología, Lic. en enfermería, auxiliar en enfermería, Lic. en fonoaudiología, Lic. en Nutrición, odontología, Lic. en Trabajo Social, Técnicos de trabajadores de salud en terreno, personal administrativo y de maestranza.

De esta se desprenden solo 2 Direcciones:

-Dirección de Trabajo Social: Lic. en Trabajo Social, Técnicos de trabajadores de la salud en terreno, psicólogos sociales y personal administrativo.

-Dirección de Enfermería: Lic. en Enfermería, Auxiliares en Enfermería y personal administrativo.

- Dirección General de Servicios Técnicos y Complementarios:

-Dirección de Farmacia: Farmacéuticos, personal administrativo.

-Dirección de Laboratorio: Profesionales bioquímicos, Técnicos en extracción, enfermería y personal administrativo.

-Dirección Carnets Sanitarios: personal administrativo y personal atención al público

-Área de estadísticas.

-Servicios y atención que brinda la Secretaria de Salud en Sede zona céntrica de la ciudad:

-Farmacia, Recepción y entrega de medicamentos, leche, anticonceptivos y pañales para discapacitados.

-Plan materno, de riesgo social y programas especiales.

-Laboratorio: determinaciones hematológicas, química clínica, orina completa, inmuno serológicas, bacteriología y parasitología. Consultorios: uno de clínica médica y aprobación para Carnets sanitarios para nueve rubros de actividades.

- Consultorio de atención ginecología y obstetricia: realización de ecografías a embarazadas, ecografías trasvaginales.
  - Atención de psicología
  - Consultorio para realización de estudio de ecografía abdominal
  - Atención de trabajo social
  - Vacunatorio: prácticas de enfermería: percentilos, toma de tensión arterial, inyectables, vacunas, detección de glucosa en sangre, curaciones, resucitación cardiopulmonar y primeros auxilios.
  - Emisión de pases libres para transporte urbano para personas con discapacidad
  - Emisión de carnet sanitario y grupo sanguíneo para carnet de conducir.
  - Ejecución y planificación de actividades de los diferentes Programas nacionales a cargo: Remediar, Plan Nacer, Plan Sumar, leche, Salud Sexual y Reproductiva, municipios y comunidades Saludables, Municipios en Acción
  - Programación de charlas de salud en CAPS, escuelas, clubes, comunidad y trabajos comunitarios en red.
  - Atención de oftalmología y entrega de anteojos recetados
  - Realización de estudios electrocardiogramas
  - Subsidios en general y los programas: Desnutrición y Alimentos de Apoyo a Personas con Necesidades Especiales (P.A.A.P.N.E).
  - Laboratorio de análisis clínicos de la Subsecretaria de Salud.
  - Informe social a pacientes oncológicos del Centro de Atención Bionuclear-C.A.B.I.N.
- Los Centros de Atención Primaria de Salud brindan servicios de promoción y prevención de la salud por profesionales de enfermería, pediatría, clínica médica y general, ginecología, odontología, nutrición, kinesiología, obstetricia, trabajo social, fonoaudiología y psicología.
- Otros de los servicios brindados en el vacunatorio además de la colocación de vacunas correspondiente al calendario nacional y otorgamiento de medicación gratuita.

Los CAPS bajo la administración municipal están localizados y distribuidos en diferentes barrios de la ciudad:

- Zona Sur: CAPS B° La Floresta “Evita”, CAPS B° Las Flores, CAPS B° San Martin, CAPS B° Moure, CAPS B° Isidro Quiroga, CAPS B° Stella Maris, CAPS B° Fracción 14

- Zona Norte: CAPS B° Rene Favaloro km 14, CAPS B° Standart Norte, CAPS B° Rodríguez Peña, CAPS B° Castelli, CAPS B° Pte. Ortiz km5, CAPS B° Marcelino

Reyes km3. (Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut Anuario salud Publica 2018)

A parte de los servicios de atención primaria que presta la Secretaria de Salud, ha permitido aplicar estrategias de atención en tráileres móvil sanitario, con el objetivo de brindar atención de diferentes especialidades, extracción de sangre para detectar infecciones de transmisión sexual ITS y vacunatorio ubicándolo en los barrios sin accesibilidad a los CAPS. En cada fecha alusiva se articula y planifican con otras instituciones y se realizan campañas de promoción y prevención de la salud, también se instala en la zona céntrica o lugar estratégico para accesibilidad de la población en general.

### **1.5 Acciones de la Secretaria de Salud Municipal dirigidas a la problemática social del VIH-SIDA**

En cuanto a la línea histórica sobre la aparición de la infección por VIH, es posterior a la construcción de la drogadicción como problema social. Estos datos influyeron de manera relevante para caracterizar a la infección como un producto de conductas no deseadas y ratificar el contenido moralista de los discursos que rodearon la aparición del SIDA. En este aspecto, la infección por VIH es una forma de integración de angustias, ansiedades, incertidumbres, prejuicios y conceptualizaciones que en un primer momento coincidieron en el carácter "moral" del problema y su prevalencia en los discursos sociales actuales. Desde esta perspectiva, la infección por VIH se construye como problema social, reforzando la clasificación y rotulación de determinados grupos sociales. Esta construcción se propone en términos de peligrosidad, es decir, a partir de un conjunto de atributos que se les imponen a ciertos sectores de la población, pero a su vez implica el surgimiento de imágenes culturales y estereotipo (Carballeda, 2012:162)

Se entiende por problema social a “expresiones de la tensión entre necesidades y derechos sociales y ciudadanos que generan distintas formas de padecimiento expresándose en forma probabilística en todos los sectores sociales” (Carballeda 2006:2)

Cuando el autor Carballeda (2012) hace referencia al VIH como construcción de un problema social, se entiende que esta aludiendo que desde la década del 80, la transmisión del VIH afecta principalmente a las personas y la sociedad, por lo tanto ha

requerido la intervención del Estado como, aplicación de leyes y políticas sanitarias desde el sistema de salud público, accesibilidad para tratamientos retrovirales y espacios de inclusión para generar herramientas de empoderamiento y autonomía en las personas que conviven con VIH-SIDA, como una condición de otros que nos involucra a todos los estratos sociales sin distinción alguna.

En relación al autor Carballada (2006) consideramos que la tensión se produce cuando los derechos sociales no se cumplen, las necesidades de las personas, familias, instituciones, comunidades son expresiones que demandan la intervención urgente del Estado, obligado a atender las necesidades con políticas públicas seguras, integrales, inclusivas, que permita autonomía y el pleno desarrollo y garantía de los Derechos Humanos

Para el Secretario de Salud Municipal

*“Abordar el problema social del VIH-SIDA, mucho tiene que ver la voluntad los gestos y la empatía, no tan solo de estar parada con un panfleto, no es hacer promoción y prevención, es tratar de llegar tener vínculo con las personas que escuchen y entiendan. Muchas de las actividades de promoción y prevención realizadas en el marco del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables al cual adhirió el municipio de esta ciudad, profesionales médicos, trabajadoras sociales, obstétricas, psicología, articulan y planifican con las instituciones para dar charlas interdisciplinarias, muchas de estas actividades se llevan a cabo en los colegios, en clubes, asociaciones vecinales” (Catala: 2020).*

Para el Secretario de Salud las acciones para abordar la problemática del VIH/SIDA es mediante:

*“Los tráileres son otras estrategias con la presencia del único laboratorio móvil con el objetivo de que las personas accedan a los análisis para detección de ITS. La decisión de no realizar un solo análisis porque hay otras estrategias provinciales y nacionales que iniciaron como el testeo rápido de VIH y hepatitis C que en realidad en otros lugares los médicos no solicitan, no miran la realidad de lo que pasa y no piden o sugieren los análisis VIH, sífilis con todo lo que pasa con las embarazadas con los bebés. También se realiza difusión en los medios de comunicación. El tema está que las personas pierden el miedo a la enfermedad y se deja de usar el preservativo y ha surgido la sífilis como una patología que los médicos la dejaron de pensar de buscar, hago referencia que la franja etaria de los que inician la actividad sexual no es la franja de caso de sífilis sino que se da más adelante es como empezamos ya después nos relajamos, tiene que ver como uno es monoparental, pero hay relaciones informales o algunas que son formales sin*

*embargo hay contagio, uno no sabe lo que hace el otro y hace que las relaciones que son más estables se usa un método de anticoncepción pero eso no garantiza el contagio de las enfermedades”. (Catalá: 2020)*

Ante lo mencionado por Catalá (2020), se infiere que cada acción dirigida a la problemática del VIH-SIDA tiene relación con la responsabilidad y obligaciones como parte del Estado, los servicios de salud y el personal deberían estar capacitados desde lo integral y tener sensibilidad para abordar esta temática que afecta desde la década del 80 a toda la sociedad.

Las acciones dirigidas a la problemática del VIH-SIDA son:

- Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH y acompañamiento a personas con VIH/SIDA: Laboratorio de análisis en el marco de la campaña “Elegí Saber”, provisión de preservativos en cada Centro de Salud y en Sede. Campañas de promoción y prevención en tráiler en determinados barrios de la ciudad disponibilidad de laboratorio móvil para extracción y detección de infecciones de transmisión sexual, charlas por profesionales de la Salud.
- Acceso al diagnóstico con asesoramiento al VIH: Laboratorio Municipal, consejerías por profesionales de la salud, devolución en casos positivos por equipos interdisciplinario de salud, asesoramiento derivación a la Dirección de Patologías epidemiología prevalentes Hospital Regional para inicio de tratamiento médico y farmacológico.

La Directora de Laboratorio de la Secretaria de Salud, Bioquímica Karamarko Silvana (2020) revela que hasta el 30 de setiembre de 2019 se procesaron 3.818 muestras mediante ensayo inmunoenzimático para la detección simultánea de antígeno p-24 de VIH-1 y anticuerpo anti VIH-1 y anti -2.VIH. De las muestras obtenidas se detectaron nueve (9) casos nuevos, los cuales fueron confirmados con carga viral.

Explica que las muestras reactivas se derivan al Laboratorio de Patologías Prevalentes y Bacteriología de la ciudad de Trelew; para determinar la carga viral y recuento de CD 4. De estos nueve casos, cuatro (4) son mujeres y cinco (5) hombres

<b>Año</b>	<b>Muestras procesadas</b>	<b>Reactivas</b>
2015	1749	8
2016	1770	8
2017	2405	7
2018	3581	13

2019*	3818	9
-------	------	---

Fuente: Bioquímica Karamarko Silvana, Dirección de Laboratorio Secretaria de Salud MCR, 2020.

*“Se intentó, que desde el Hospital Regional nos dieran la medicación de los pacientes que están bajo nuestro programa porque tenemos la posibilidad de saber que paciente está bajo adherencia del tratamiento para facilitar la accesibilidad y la integralidad. Hemos trabajado con otras organizaciones no gubernamentales en champañas de promoción y prevención, los 1° de diciembre de cada año se trabaja en conjunto con la Cruz Roja, Hospital Regional, Dirección de patologías y prevalentes, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, ejército entre otros. Un desafío es que los profesionales médicos reciban capacitación acerca del tratamiento para poder descomprimir un poco la atención en el Hospital Regional porque son tan solo 2 profesionales de infectología para cubrir la atención de los departamentos, Escalante, Sarmiento y Rio Senguer. De esta forma se podrá realizar el tratamiento médico y farmacológico pero que cada tanto vaya al Hospital para la atención de un infectólogo”.* (Catala: 2020)

Retomando lo mencionado por el Secretario de Salud consideramos que sería óptimo, continuar trabajando más en conjunto con el Hospital Regional, lugar donde se recepciona la medicación y también donde se brinda la atención de infectología a pacientes con VIH-SIDA, estrategia que permitiría una garantizar un tratamiento y seguimiento. Pero el centralizar todo desde la Secretaria de Salud o Estado Municipal desobligaría la corresponsabilidad que le atribuye en este caso al Estado Provincial.

La Secretaria de Salud, como estrategia de atención integral e interdisciplinaria en VIH-SIDA, en cada devolución de los resultados positivos se ejecuta a través de un protocolo interno institucional que en primer instancia el bioquímico informa al equipo interdisciplinario compuesto por 3 profesionales, personal médico, psicólogo y trabajador social, con el objetivo brindar información, asesoramiento para adherencia al tratamiento médico y farmacológico o las necesidades que surjan en el momento de las personas.

## **1.6 Dirección de Trabajo social y atención a personas con VIH-SIDA**

El espíritu de la Dirección de Trabajo Social estriba en un eje constructivo, sumado a un fuerte análisis reflexivo respecto de la historicidad del área. Ello permite establecer líneas de trabajo que abonan la generación de una propuesta superadora en pos de jerarquizar el quehacer profesional. Teniendo como un eje central la realización y

ejecución de proyectos y programas desde una mirada hacia la integralidad, la articulación, la corresponsabilidad entre las diferentes direcciones interinstitucionales, instituciones públicas, sector privado, programas gubernamentales y/u ONG's para consensuar criterios, sumar o generar acciones de promoción y prevención de la salud.(Informe Dirección Trabajo Social 2017)

Para (Sueldo 2020), las intervenciones integrales consisten promover la eficiencia y optimización de recursos, permite prevenir y resolver problemáticas, individuales, familiares, de grupos y comunidades. Basado en Derechos Humanos, de género, de niñez, adolescencia, de jóvenes, de adultos, adultos mayores, etc. garantizando Derechos y articulando con otras Instituciones y espacios comunitarios de la Ciudad.

Por su parte, aporta que cada acción tiene que ver con la realidad y las diferentes demandas que presenta la comunidad y también en relación a los objetivos que presenta la Secretaria de Salud. Las intervenciones de la Dirección de Trabajo Social son derivadas desde: Intendencia, Consejo Deliberante, Secretarías de la Municipalidad Comodoro Rivadavia, instituciones educativas, Poder Judicial como Ministerio Publico fiscal, Ministerio de Defensa Publica, Asesorías, Juzgados de Familias, Juzgado Federal, Hospital Regional, Hospital Alvear, CAPS Municipales y Provinciales, Uniones Vecinales, espacios comunitarios, Caritas diocesana, ONG`S, entre algunos. (Sueldo:2020)

En consonancia con lo planteado por Licenciada Sueldo, la intervención de la profesión del Trabajo Social está vinculada a la complejidad de los diferentes procesos de problemáticas sociales, el quehacer profesional consiste en trabajar con personas, familias, grupos, comunidades, etc. con un amplio conocimiento de enfoque de derechos.

En el ámbito de salud pública necesario un abordaje con perspectiva interinstitucional y articulación institucional, a fin de brindar, en lo posible, una respuesta lo más adecuada, integral e interdisciplinaria.

De acuerdo a lo recabado del Informe anual elaborado por la Dirección de Trabajo Social 2017, se detallará las misiones y funciones:

#### Ejes fortalecimiento Institucional

Afianzar el paradigma de los Derechos Humanos como eje vertebrador de nuestras intervenciones y prácticas.

Fortalecer conocimientos vinculados a la perspectiva de género y diversidades.

## Objetivos Generales

- Fortalecer y reevaluar los programas de la Dirección.
- Visibilizar la intervención (actividades, trabajo en terreno, entre otras).
- Promover la intervención multidisciplinar e intersectorial.
- Abogar por la unión entre el personal de las distintas Direcciones y Sectores de la Secretaría en pos de aumentar la efectividad en torno a la atención de las personas.
- Desarticular prácticas y comportamientos individualistas o tendenciosos entre compañeros.
- Diseñar, planificar y ejecutar acciones conjuntas para la comunidad.

## Objetivos específicos prácticos

- Desnaturalizar preconceptos, estigmas y estereotipos sobre individuos y/o las familias en los equipos intervinientes.
- Generar gestiones expeditivas, proactivas y de corresponsabilidad institucional.
- Fortalecer el Programa Nacional Municipios en Acción y ejecutar los objetivos anuales.
- Fortalecer el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables y ejecutar los objetivos anuales.
- Reevaluar y generar nuevas líneas de intervención con el Programa de Atención Integral de Nutrición Infantil.

En cuanto a las funciones y misiones formulados por la Dirección de Trabajo Social se puede decir que se encuentra relación con respecto a lo planteado por la Ley Federal de Trabajo Social Argentina N° 27072, como por ejemplo: objetivos de la ley art) 3, a), d), ejercicio profesional art) 4, incumbencias profesionales art) 9 y obligaciones profesionales art 11), en síntesis, reivindicación de los Derechos Humanos, diseño, ejecución, coordinación y promoción de políticas públicas, planes, proyectos y programas y el respeto a la diversidad de género. Intervención con familias, instituciones y comunidades, entre otras coincidencias.

Ahora bien, es necesario detallar el personal de la Dirección de Trabajo Social, funciones y condición laboral en sus actividades e intervenciones:

4 licenciados en trabajo social, 2 de ellos en condición de planta permanente y 2 con contrato de trabajo, 1 técnica en salud en terreno en condición planta transitoria y 2 administrativas planta y contrato.

Luego de detallar funciones del personal de la Dirección de Trabajo Social es también importante mencionar que durante 2015-2019 se replantearon ejecutar desafíos para brindar un mejor servicio y atención a las personas con VIH-SIDA:

- Conformación el equipo psicosocial para realización de consejerías y contención en otorgamiento de resultado positivos.
- Conformación la Mesa Interinstitucional de Lucha contra el VIH-SIDA entre Municipalidad Comodoro Rivadavia– Municipalidad Rada Tilly – Hospital Regional Manuel Sanguinetti -APS- Universidad Nacional de Patagonia San Juan Bosco. Articulación con el Servicio de Epidemiología y patologías prevalentes Área programática San Juan Bosco.
- Articulación con Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), La Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina (AMMAR) y Dirección de Diversidad MCR para generar acciones conjuntas. Por último se articuló con ATTTA, AMMAR y Dirección de Diversidad MCR para generar acciones conjuntas. (Sueldo 2020)

La necesidad de mejorar sustancialmente el proceso de construcción de políticas y programas sociales, dirigiéndonos hacia escenarios de mayor complejidad en definiciones y por tanto en objetivos, que incorporen específicamente la variable tiempo, así como procesos formales de diseño, implementación y evaluación, y que incluyan esquemas de participación con sentido de equidad, todo ello con instituciones que den sustentabilidad a este proceso. El objetivo último no sólo es lograr mayor eficiencia en la asignación de recursos, sino también legitimar las políticas sociales y dar más espacio positivo al proceso de desarrollo de lo social como un espacio público en el que todos se sientan participantes. (Cruces, Moreno, Ringold, Rofman 2008: 341)

Entonces podríamos decir que, la Secretaria de Salud de la municipalidad de Comodoro Rivadavia, como nivel de atención primaria de la salud, tiene una visión de salud integral y social, propone intervención y estrategias para prestar un servicio accesible, con campañas de salud integral y con un fuerte trabajo de detección y diagnósticos de problemáticas sociales en el territorio de la ciudad. Como respuesta al VIH-SIDA se podría decir que tiene un rol importante de promoción, prevención planificación para un trabajo intersectorial y transdisciplinario dirigido a la comunidad en general. Este Organismo de Salud tiene la responsabilidad de acompañar a 137 personas con VIH-SIDA pertenecientes al programa PAAPNE.

Si nos centramos al rol del Estado Municipal, Secretaria de Salud y Dirección de Trabajo Social desde el año 2002 es responsable de acompañar a personas con VIH-SIDA en situación de vulnerabilidad, consiste en la atención cotidiana de 137 destinatarios del Programa de asistencia Alimentaria a Personas con Necesidades Especiales PAAPNE en el año 2017. Profesionales y personal de la Dirección de Trabajo Social reciben, orientan y acompañan en las demandas que presentan las personas desde el proceso de la confirmación del diagnóstico hasta la derivación para adherencia al tratamiento e inclusión de los beneficios del programa.

Para entender más afondo la historia y características del programa PAAPNE y experiencias de destinatarios con VIH-SIDA, describiremos a continuación en el Capítulo 2.

## **CAPITULO II: ACCIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON NECESIDADES ESPECALES (PAAPNE) Y EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON VIH-SIDA.**

*“Hay una historia detrás de cada persona. Hay una razón de porque son lo que son. No es tan solo porque ellos lo quieren. Algo en el pasado los ha hecho así y alguna veces es importante cambiarlos.”*

**Sigmund Freud**

### **2.1 Historia y características del programa de atención a personas con necesidades especiales (PAAPNE)**

Siguiendo a los aportes brindados por la Licenciada Sueldo Carla (2020) a cargo de la Dirección de Trabajo Social de la Secretaria Municipal y también por los aporte del Secretario de Salud el Dr. Catalá Carlos (2020) mencionan que el Programa de Asistencia Alimentaria a Personas con Necesidades Especiales (PAAPNE) fue creado aproximadamente en el año 2002 en un contexto social, político y económico producto de la crisis en nuestro país, la crisis repercutía también en la ciudad de Comodoro Rivadavia afectando a la población más vulnerable entre ellos a la personas con VIH-SIDA en todos su derechos y vulnerabilidad.

En el proceso de la investigación se puede dar cuenta que no hay un escrito de los inicios e historia del programa y que tampoco se encuentra inscrito bajo resolución u ordenanza municipal pero se destina un presupuesto económico municipal designado a la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia y administrado por la Secretaria de Salud. Por la demanda de esta población, el estado municipal da como respuesta asistencial primeramente bolsones de alimentos, luego tickets, y hasta el año 2019 la ayuda social de una tarjeta social de \$300 que actualmente se convirtieron en \$1500 mensuales más 1 kg de leche por cada destinatario.

Las políticas públicas devienen de elaboración de proyectos y programas fundamentados de profesionales, funcionarios, ciudadanos que presenten un diagnóstico y estadísticas que revelen la realidad de una necesidad urgente y necesaria para la población, la obligación y compromisos del Estado es garantizar, financiar y concretar las políticas públicas.

En 2002 la crisis en Argentina alcanzó su punto máximo: la caída en el producto, de 11% sólo en ese año, acumuló 20% desde 1998. El descenso en el nivel de actividad tuvo un fuerte impacto en la tasa de desempleo, que trepó hasta un 22%, en tanto el

incremento de precios que siguió a la devaluación produjo un fuerte deterioro en los ingresos reales de la población. Así, la incidencia de la pobreza alcanzó a más de la mitad de la población, mientras que un 30% cayó en la indigencia. La recuperación comenzó en la segunda mitad de 2002. El drenaje de depósitos se detuvo, y también la salida de capitales, lo que permitió una gradual recuperación de las reservas en poder del Banco Central. El superávit externo, que respondía a la abrupta caída en el poder de compra, y la estabilización fiscal permitieron un cambio de tendencia en el nivel de actividad y dieron inicio a una fase expansiva a mediados de 2008. (Cruces, Marin, Moreno, Ringold y Rofman 2008:247)

Entre mediados de 1998 y el año 2002 las ondas expansivas provocadas por las crisis financieras mundiales produjeron una nueva y prolongada recesión. El déficit fiscal y la abultada deuda externa acumulada emergieron una vez más como una seria restricción a las posibilidades de crecimiento de la economía. Al mismo tiempo, la inflexibilidad del modelo de estabilización de precios para adecuar los niveles de competitividad de la economía, sumado a la caída de los precios de los commodities, a principios de 1999, afectó la competitividad internacional y potenció la prolongación del fenómeno recesivo. En este contexto, a partir de 1999, se pusieron en marcha medidas de ajuste fiscal y de refinanciamiento de la deuda externa; todo lo cual terminó agravando la recesión y produciendo un enorme colapso económico, social y político institucional, conduciendo a la salida del régimen de convertibilidad. En el año 2002 se inaugura un nuevo ciclo económico. En el marco de la devaluación y el default internacional que ocasionó la salida de la convertibilidad, se modificó radicalmente el sistema de precios y el comportamiento macroeconómico, generando un incremento sustantivo del tipo de cambio real, lo cual permitió lograr un rápido e importante superávit comercial y fiscal. La crisis se acompañó de un crecimiento del desempleo y una amplia caída de los ingresos reales de los trabajadores, que eran, en abril de 2002 el 22 % inferiores a los del año 2001, y en septiembre de ese año habían caído hasta 29 % respecto al nivel que tenían al comienzo de la década de los noventa, aun sin considerar en este cálculo los ingresos de los beneficiarios de planes de empleo. (Salvia y Gutiérrez 2013:167-168)

Fue así que, el reconocido programa PAAPNE, inicia como una de las políticas de asistencia social. Estas, han presentado una inestabilidad institucional incomparable con cualquier otra política estatal. Bajo la premisa de la importancia de la flexibilidad y adaptabilidad de los programas a las distintas dimensiones de la pobreza, se diseñaron y

ejecutaron innumerables programas sociales ubicados en el ámbito de la asistencia y promoción sociales, a partir de la década de 1990 y hasta la actualidad. (Aquin,2009: 14)

Los programas asistenciales, en particular, satisfacen fundamentalmente objetivos de protección, mediante el alivio de los estados de privación en el corto plazo. Por su parte, las medidas de promoción apuntan a mejorar las capacidades y los ingresos potenciales. Una herramienta que combina ambos objetivos, protección y promoción, son los programas de transferencias condicionadas de ingresos (PTCI). Estos programas son vistos principalmente como mecanismos que permiten proteger económicamente a los hogares más vulnerables contra los efectos de shocks adversos y reducir los niveles de pobreza y desigualdad mediante transferencias monetarias. Por otra parte, las condicionalidades y contraprestaciones asociadas a las transferencias permiten generar en los beneficiarios los incentivos a la acumulación de capital humano, en forma de educación, salud y nutrición, que constituyen una manera de superar los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza, base para la promoción social. De esta manera, combinan la persecución de objetivos de protección social de corto y largo plazo. (Cruces, Moreno, Ringold, Rofman 2008:200).

Los autores describen los diferentes programas creados a partir del año 2000.

- Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJJHD). Dicho programa fue implementado en abril de 2002, cuando Argentina se encontraba en un contexto caracterizado por tasas de desempleo superiores a un 20% y tasas de pobreza cercanas a un 50%. Fue creado no sólo con fines asistenciales, sino principalmente como un instrumento para atender a una situación de emergencia inédita en el país, alcanzando cerca de 2 millones de hogares en 2003, equivalentes a un 20% del total de hogares del país. Como condición para recibir la transferencia, los jefes de hogar debían presentar los certificados de asistencia regular a clase de sus hijos y mantener sus calendarios de vacunación al día (Cruces, Moreno, Ringold, Rofman 2008: 211)
- Programa Familias por la Inclusión Social (denominado también Plan Familias). Con la recuperación económica posterior a la crisis de 2001-2002, el gobierno de nuestro país reformuló la red de programas sociales. A partir de 2004 se desarrolló una estrategia gradual de salida del Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, con base en la condición de empleabilidad y vulnerabilidad social de los beneficiarios, con el objetivo de brindar respuestas adecuadas en términos de

políticas a las diferentes realidades de los beneficiarios, como se señala en el Decreto 1506/04 del Poder Ejecutivo Argentino. Además de implementarse este programa también se creó el Seguro de Capacitación y Empleo, en el ámbito del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Dado que el traspaso del Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados a los otros programas fue voluntario, actualmente coexisten los tres programas. El Plan Familias, por el contrario, está destinado a hogares con problemas estructurales que les impiden salir de la pobreza. Es decir, busca actuar como red de contención y asistencia social.

- El Plan Familias se implementó en 2005 como una transformación del programa de atención a grupos vulnerables-subprograma de ingreso para el desarrollo humano, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo y en funcionamiento desde 2002. (Moreno, Ringold, Rofman 2008: 213). El mismo, apunta a proveer sustento en el largo plazo a aquellos hogares con problemas más estructurales. El programa prevé transferencias de ingresos crecientes de acuerdo con el número de hijos, e incorpora condicionalidades con respecto a la educación de los niños y la salud materno-infantil, pero no exige contraprestaciones laborales. (Cruces, Moreno, Ringold, Rofman 2008:53)
- El Seguro de Capacitación y Empleo, basado en oficinas de empleo a cargo de los municipios que lo implementan, busca atraer a quienes tienen mayor probabilidad de incorporarse al mercado de trabajo. Al mismo tiempo que brinda un beneficio monetario por tiempo determinado, se propone proveer capacitación y facilitar la inserción y la intermediación laboral para los beneficiarios. (Cruces, Moreno, Ringold, Rofman 2008: 53).

Siguiendo los aportes de los autores Cruces, Moreno, Ringold, Rofman (2008) se puede decir que el programa PAAPNE inicia en contexto de crisis económica, social política, etc. A inicios de la creación tenía como objetivo brindar asistencia alimentaria a personas con diagnóstico de VIH positivo, desde el 2015 este objetivo se fue modificando desde otra perspectiva con nuevos replanteamiento como:

- Contención en el otorgamiento de resultados positivos.
- Conseguir que los destinatarios adhieran a la realización del tratamiento.
- Acompañamiento y seguimiento en gestión de turnos en epidemiología y prevalente.
- Acompañamiento individual y familiar.

- Acompañamiento y gestión conjunta de beneficios sociales (pensión nacional, pensión municipal y elemento de asistencia directa).

La intervención del trabajador/a social se refleja en la práctica cotidiana con los destinatarios/as de estos beneficios que acuden periódicamente ante alguna necesidad. Es acá donde el profesional, mediante la escucha activa y elaboración de informes sociales con derivaciones a diferentes áreas, atienden cada demanda.

*“Ahora se acompaña en el tránsito de la enfermedad como patología crónica para que se pueda negativizar y no transmitir el virus y que sean indetectables en sus valoraciones sanguíneas dado la existencia de un tratamiento médico y medicación gratuita. El acompañamiento no es solo alimentario sino habitacional y emocional. Es brindarle atención psicológica si lo necesitan, acompañar desde momento que se da el resultado y en transcurso no tan solo para la persona positiva sino para la familia, parejas amistades y que ellos puedan informarse. Esto muy importante porque convivir con una enfermedad crónica implica una proyección de vida y para esto es fundamental el apoyo de familiares y amistades” (Sueldo: 2020)*

“En el año 2017 el programa contaba con 137 destinatarios con un predominio de la población femenina (61%) que de la masculina (39%) analizando el total de la población. Hasta febrero del año 2020 los destinatarios serían 140, entre ellos hasta el 2018 el 76 % se encontraban bajo tratamiento, (50%) personas tienen seguimiento asiduo, la mayor complejidad que se da es con los pacientes que se encuentran desde sus inicios, ya que el programa tiene más de 18 años. Las personas no se sienten identificadas con un género masculino y /o femenino, entonces que por nacimiento el 56% son las mujeres y las edades las más altas son entre los 30 y los 45 años”. (Sueldo 2020)

Interpretamos que cuando la Licenciada Sueldo (2020) relata que los destinatarios no se identifican por un género se refiere a los aspectos socialmente atribuidos a un individuo, diferenciando lo masculino de lo femenino, en base a sus características biológicas. Las nociones de masculinidad o femineidad son entonces construcciones socioculturales. A partir de un hecho biológico, las personas aprendemos a “ser varón” o “ser mujer” mediante la socialización.

*“la capacitación no te da sensibilidad para trabajar con personas con VIH-SIDA solo se puede instruirse con herramientas y protocolos, pero el trato y explicación es fundamental para el acceso a la medicación y alimentos o bolsón” (Catala: 2020)*

Para Catalá 2020 las capacitaciones no serían significativas para abordar las problemática VIH-SIDA, mientras que para la Ley Federal de Trabajo Social 27072 art. 10<sup>3</sup> si lo es, las instituciones deben garantizar capacitaciones, nuevas reglamentaciones legales, perspectivas integrales de la salud.

En relación a lo mencionado por Catalá (2020) es importante agregar que los profesionales de la salud en la elección a desempeñar su labor en este ámbito de Atención Primaria de la Salud, es necesario en cada uno de ellos aptitud y actitud profesional, en la atención integral e interdisciplinaria en el abordaje y atención a personas con VIH-SIDA, la aptitud en los profesionales serían los conocimientos adquiridos en su formación o especialidad que se aplica antes una situación, consultorios, proyectos o en la práctica, mientras que la actitud acá los profesionales tienen la predisposición de informarse más allá se lo que se sabe, busca criterios de otras profesiones, leyes, capacitaciones y especializaciones para una mejor atención integral y de sensibilización que permitirá la motivación y mejorar el autoestima y autonomía de las personas con VHI-SIDA comprendiendo que las personas son sujetos de derechos.

*“Los requisitos para incorporación al Programa serían un certificado médico que avale el diagnóstico de VIH positivo, este certificado puede ser emitido por un médico de cualquier organismo de salud público o también la presentación de un certificado de laboratorio. Si la persona no cuenta con este requisito desde la Dirección de Trabajo Social consultan en el programa SISA, el programa nacional Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino SISA es el lugar donde se realizan denuncia casos obligatorios de VIH. Otro requisito es que la persona con VIH no cuente con ingresos económicos formales”. (Sueldo: 2020))*

*“Se han podido gestionar muchas cosas en lo que va en la historia el programa, pero depende mucho de cada paciente y en cada uno de los casos porque de eso depende el acompañamiento del trabajo social y si acuerda conjuntamente la corresponsabilidad que le podemos brindar, no le pedimos que se queden tranquilos y que nosotros nos ocuparemos de gestionar los beneficios, todo se construye en conjunto, nosotros abrimos las puertas a demanda de cada uno sin otorgar turnos, gracias a esto gestionamos pensiones municipales y nacionales o gestiones de terrenos, módulos o viviendas lo que permitió fundamentar porque es*

---

<sup>3</sup> c)Capacitarse y actualizarse en el campo disciplinario del trabajo social y de las ciencias sociales cuando ejerzan su profesión en relación de dependencia pública o privada, independientemente de la naturaleza del vínculo laboral-profesional incluyéndose aquí la obligatoriedad para la entidad empleadora, de asignar y/o autorizar hasta catorce (14) días por año destinados a la formación y actualización profesional, académica, de investigación y de sistematización de las prácticas profesionales.

*necesario y un seguimiento institucional. Aunque desde el año 2017 dejaron de otorgarse las pensiones nacionales por invalidez.” (Sueldo, 2020)*

Se pudo constatar una debilidad desde lo institucional en cuanto a la falta de capacitaciones dirigido a profesionales que trabajan directamente con personas con VIH-SIDA. Esta falta es una obligación del Estado ya que debe aplicar capacitaciones para abordar problemáticas que infiere a lo sanitario. Sueldo (2020) explica que se trabaja la temática ITS<sup>4</sup> con diversidad sexual, el abordaje depende con el perfil de cada profesional como desafío y voluntad que se reflejara en la atención integral dirigida a cada persona.

*“Lo que si se tiene en claro es que el programa tiene que crecer. No es solo asistencia alimentaria. La importancia de acompañar al paciente de otra manera que no es solo entregar un resultado, y a partir de eso se maneje como pueda, que se lo pueda pensar o ver como sujeto de derecho, un sujeto que puede tener nuevos proyectos de vida. Creo que es un avance pero todavía falta mucho, esto de poder capacitar y acompañar a las personas. Para el profesional es importante.” (Sueldo2020)*

Siguiendo a Aquin (2009) las políticas públicas son herramientas e instrumento del Estado. Las políticas sociales son vitales y eficaces si son el resultado de la interacción entre la sociedad política y la sociedad civil bajo la dirección de un gobierno decidido a cambiar el rumbo de la historia. Y no se logra esa interacción social simplemente garantizando la supervivencia o la subsistencia de los ciudadanos, sino con una política real de distribución de los ingresos.

---

<sup>4</sup>Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, se transmiten por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos. Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento. Muchas ITS, especialmente clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto. (OMS)

## 2.2 Convivir con VIH-SIDA: relatos de personas con VIH-SIDA destinatarios del programa PAAPNE

La realidad es que aun las personas con VIH-SIDA, serían desfavorecidas social y económicamente, por ser las más susceptibles de padecer situaciones de rechazo y marginación social, además de violación de sus derechos más elementales.

Los relatos de las entrevistas en diferentes contextos, situaciones y experiencias demuestran que afrontar el diagnóstico del VIH, implica afrontar el miedo a situaciones de discriminación, rechazo social, familiar, a la soledad, el suicidio y la muerte.

En la Argentina muchos fueron los avances científicos en relación a los tratamientos médicos y farmacológico, un amplio marco normativo con enfoque de derechos humanos, que permite una perspectiva integral en la lucha contra la discriminación del VIH-SIDA, pero en la actualidad podemos decir que es necesario reforzar muchos aspectos dirigidos a las personas que conviven con el virus. Es por eso que resulta necesario e indispensable diseñar estrategias de salud integrales, sensibilizar, articular entre los profesionales de la salud y brindar un servicio con perspectiva de derechos humanos para romper las barreras contra la discriminación y estigmatización contra el VIH-SIDA.

A continuación se plasmara la importancia que tienen los profesionales de la salud en la información del diagnóstico del VIH-SIDA de acuerdo a lo expuesto en la Ley Nacional de SIDA N° 23.798 (1991):

c) — Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halla enfermada de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla.

*“El 19 de abril 1999, con mi cuñado fuimos a pescar, en un momento yo empiezo a marearme y tenía mucho frio, no tenía fuerza para tener la caña y tampoco podía caminar, estuve 15 días así, sin ir al médico con fiebre vómitos, diarrea”. (Entrevista N° 3:2020)*

*“Vi a una doctora y me consulto si quería que me realice el análisis de VIH y la autorice, tenía que dar mi consentimiento. Hasta ahora es así. El 3 de mayo de 1999 me citaron del área social del Hospital Regional, me presente en el consultorio número 8, me acompañó mi hermana, ella quería entrar conmigo. Al consultorio decidí ingresar solo, ya lo presentía las razones. Me atendió el Dr. Cáceres y me dijo: te dio positivo, sos portador del VIH. No me podía parar estaba*

*duro se vinieron muchas cosas por mi cabeza: lo que paso en mi infancia, todo lo que fue mi vida. Y dije: ¿qué hago ahora con mi vida? Pensé en el suicidio, quedar solo, mi familia no me va a querer y no querrá estar conmigo. Mis amistades*

La aparición de síntomas relacionados con el VIH-SIDA o la falta de prevención como el uso del preservativo en relaciones sexuales ya sea por la confianza o el tiempo en la pareja, o también por un descuido, provoca inseguridades y temores que permite al acceso del test o análisis de sangre. En otras oportunidades profesionales de la salud brindan recomendaciones para accesibilidad en laboratorios del sistema de salud pública de una forma fácil, gratuita y voluntaria en los cuales no exigen derivación de prescripción médica. Mientras que en el sector privado y laboratorios clínicos se solicita prescripción médica. Anualmente Organismos de la Salud en conjunto brindan campañas sanitarias de concientización dirigidas a la población para la efectivización del testeo del VIH-SIDA

*“Me diagnosticaron que tenía VIH el 18 de diciembre del 2019, es muy reciente. Fue en el Hospital Regional porque mi pareja vino sintiéndose mal hace 8 meses, con mucho dolor de panza, bajo mucho de peso, vomitaba mucho. Yo le decía que se realice estudios y no quería. Ambos nos realizamos el análisis, yo confiada que todo iba a salir bien. A las 9 de la mañana me sacaron sangre y las 12 hs. me llamaron del Hospital Regional y me dijeron que me tenía que presentar. Fui ese mismo día y me dieron la noticia. Hable con mi pareja, estaba todo mal porque no caía. El viaje a Trelew, volvió a Comodoro y falleció el 19 de enero. Fue todo rápido. Lo internaron y le dió un paro respiratorio y no lo pudieron salvar. Fue muy difícil todo, no esperaba esta enfermedad y el fallecimiento de mi pareja. Intente hacer mi vida con el pero nunca pensé que me pasaría esto. Mi vida cambio mucho desde que me diagnosticaron” (Entrevista N° 4, 2020)*

La Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y Tuberculosis impulsó, junto a las distintas jurisdicciones del país, una política para facilitar y fortalecer el acceso de las personas al diagnóstico de VIH con asesoramiento. Si bien se produjeron claros avances, todavía el 30% de las personas con VIH desconoce su condición. De los que accedieron al diagnóstico, un 37% entre los varones y un 30% entre las mujeres, lo han hecho en estadios avanzados de la infección. La Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual Hepatitis y Tuberculosis (DSETSHyT), priorizó en este período la promoción del acceso a la prueba, por ejemplo, con la campaña “Elegí Saber”. También cambió los algoritmos de diagnóstico e incorporó el test rápido como prueba de tamizaje en el país. Sin embargo, la incorporación del test rápido como método de

diagnóstico se encuentra demorada en la mayoría de las jurisdicciones. Existen diferencias en la tasa de diagnósticos tardíos de VIH según la región del país. (Adaszko; Dorigo.2018:13)

Si bien el virus del VIH no manifiesta síntomas a la inmediatez, la única forma de saber si se contrajo el virus es mediante la realización del test.

A partir del diagnóstico del VIH, en nuestro país la accesibilidad al tratamiento médico y farmacológico son brindados por los servicios de salud públicos, quienes los ofrecen de forma gratuita. Para esto es fundamental el rol y sensibilidad del personal de la salud desde el momento que se otorga el diagnóstico positivo de VIH a una persona y en los procesos de su vida, es una situación de incertidumbre y miedo que impacta en todos los contextos de la vida, este acompañamiento pretenderá una buena calidad de vida, autonomía, empoderamiento y conseguir en las personas lo indetectable y por lo tanto lo intransmisible. En todos estos años la aplicación del tratamiento farmacológico se ha modificado en cuanto a cantidad de suministro medicamentos a diferencia de muchos años atrás.

El autor Caqueo-Urizar (2012) entiende que calidad de vida es definida como “un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales”.

El trabajar directamente con personas con VIH-SIDA implica tener enfoque e Derechos Humanos tener en cuenta los determinantes sociales y biológicos de la salud, enfermedad y un abordaje de atención integral para poder llegar con empatía y sensibilidad a la persona.

Con respecto a la estrategia de prevención de la transmisión vertical, la cobertura del análisis de VIH de las mujeres durante el embarazo ha sido alta, y hoy es un desafío generalizado la oferta del test a sus parejas sexuales. En relación al diagnóstico de niños y niñas con exposición perinatal al VIH, en los últimos años se registró un aumento en la proporción de niños positivos con diagnóstico dentro de los primeros 60 días de vida. (Adaszko; Dorigo.2018:13)

*“El VIH-SIDA tiene mucha impronta social y comunitaria, si bien hay cuestiones específicas que tienen que ver con la responsabilidad del paciente, el tratamiento médico acompañado de la medicación, pero hay problemas que se resuelve con cuestiones sociales”.* (Catalá 2020)

Para los autores Gogna, Manzelli y Pecheny (2008) en el caso del VIH/SIDA, la adherencia a los tratamientos es crucial para controlar la progresión de la infección, disminuir el debilitamiento de las defensas y la aparición de enfermedades oportunistas, alargando así la vida y permitiendo mantener o mejorar la calidad de vida. En un sentido más amplio, la adherencia implica “hacerse cargo” de la propia vida más allá de los tratamientos y la infección, incluyendo la apuesta personal por los comportamientos de cuidado y de autocuidado en el marco de los proyectos presentes y futuros de cada individuo junto a sus seres queridos.

Las personas con VIH construyen espacios diferenciados para la toma de la medicación antirretroviral en virtud del grado de publicidad de su infección. Para no tomarla en público o frente a personas que lo desconocen, adelantan o retrasan los horarios de toma para hacerlo en sus hogares. Cuando esta opción no está disponible, en general recurren a mentiras o lo hacen a escondidas. Estas situaciones, que refuerzan sensaciones de estigma y vergüenza, se intensifican cuando el secreto sobre el tratamiento incluye al círculo más cercano. Las personas que han revelado su condición serológica a su entorno, contrariamente, dan cuenta de las ayudas de orden práctico (como recordatorios o fiscalización de sus tomas) y del apoyo que experimentan. La participación y el compromiso del entorno para sostener la adherencia ha sido señalada como un facilitador por las personas con VIH. (Jones.2017:7)

*“El virus había avanzado mucho en mi organismo y estaba haciendo desastre. La Dra. Romero me receto medicación porque hay que atacar a este bicho sino te va llevar. En ese momento toda la medicación te entregaban en el Hospital Regional, tomaba 28 pastillas por día, esa época le decían el coctel. Tomaba la medicación y al rato vomitaba todo, me quería morir, mi hermana me dijo nosotros estamos aquí porque tomas tanta medicación vamos a hablar con la Doctora. Hasta que hable con una de mis hermanas, sobrinos y mi cuñado lo que me estaba pasando y me dijeron: ¿qué pensabas que te íbamos dejar solo? Nosotros ya lo sabíamos, solo estábamos esperando que vos lo cuentes. La mochila que estaba cargando se aliviano un 90%. Después los cocteles y el tratamiento se fue alivianando porque eran menos medicación y nuevas medicación”. (Entrevista N° 3:2020)*

En forma complementaria a los tratamientos, las personas con VIH despliegan una serie de prácticas de autocuidado (como una dieta saludable, ejercicio físico y prácticas espirituales), consideradas como un eslabón relevante de su adherencia, a las que recurren tanto para sobrellevar los efectos secundarios de la medicación como para reforzar su efectividad y mantener altas las defensas. Las y los especialistas médicos

juegan un papel menor como fuentes de información para adoptar estos cambios (Jones.2017:8)

Mientras que el rol del trabajo social es desde una mirada integral con enfoque de Derechos Humanos para reivindicar las obligaciones del Estado debiendo garantizar con diferentes estrategias individuales, institucionales y intersectoriales, la participación activa y el compromiso en conjunto para lograr transformar la realidad de las personas con VIH-SIDA en situación vulnerabilidad.

*“Si ya llevo ahora me atiendo con la Dra. Wkeselman Silvia una excelente médica y la medicación me provee la obra social PAMI, te cuento que yo vengo con carga viral no detectable que no se detecta el virus ya hace 10 años, eso que quiere decir que mi cabeza estoy haciendo bien las cosas, con la edad que tengo ya hubiera tirado todo. También tengo diabetes a raíz de una medicación retroviral que desencadeno que dejara de funcionar el páncreas y tengo diabetes” (Entrevista N° 3:2020)*

*“Voy bien con el tratamiento, el porcentaje que tenía bajo mucho todos los meses voy a las consultas con el médico y con la medicación también voy bien. El primer día que tome la medicación me cayó mal, me sentí mal, tenía diarrea constantemente, mucho dolor de cabeza y mareos, fueron 2 semanas hasta que me cambio la medicación. Ahora me siento bien con la medicación”. (Entrevista N° 4, 2020)*

El VIH/SIDA visibilizó la adherencia más allá del mundo médico, entre otros factores, gracias a la movilización individual y colectiva de las personas viviendo con VIH. Pero la adherencia es un desafío para un conjunto amplio de patologías y condiciones crónicas: enfermedades transmisibles como la infección por VIH o la tuberculosis, procesos mentales y neurológicos como la depresión o la epilepsia, la adicción a drogas (ilegales, psicofármacos, alcohol) o el tabaquismo, la hipertensión, el asma e incluso los cuidados paliativos para el cáncer. Como se ve, tal diversidad implica una variedad de políticas y abordajes. (Gogna, Manzelli y Pecheny 2008:212)

### **2.3 CUMELEM un espacio de contención**

Todo lo que se expondrá en relación a CUMELEN es producto de lo manifestado en la entrevista N°3 (2020),CUMELEN: significa “estar bien” del dialectico araucano, este espacio, ONGs para personas con VIH/SIDA, inicia en 2000 hasta el 16 de abril de 2010 en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Durante su existencia se convirtió en un espacio de contención y autoayuda para las persona con VIH-SIDA. Todo inicio con el impulso de personas que convivían con el virus del VIH, quienes presentaron un proyecto dirigido a la Dirección del Hospital Regional a quien estaba a la cabeza frente de la Dirección en ese entonces era el Dr. Vasserman con la colaboración del Dr. Brugna Jorge. El proyecto tuvo acompañamiento desde la parte médica que decidió prestar un espacio físico ubicado en el predio del mismo Hospital Regional.

El mismo, llegó a tener reconocimiento local, provincial y nacional, con un reconocimiento por su labor por parte de la Fundación Huésped.

Muchas fueron las actividades de prevención que se realizaron, entre ellas se destacan las charlas en colegios y Universidad, distribución de folletería y preservativos y las infaltables campañas anuales por el día internacional de la lucha contra el SIDA de cada 1 de diciembre. La presencia de CUMELEN estaba en plazas y calles de la ciudad. Durante todo este tiempo, el grupo estaba constituido aproximadamente de 7 personas, con disminuida participación de mujeres, dado que el contexto social de discriminación no permitía que ellas se atrevan a exponerse, ya que no querían que se las identifiquen por tener a sus hijos en edad escolar. No obstante en ese contexto, referentes aparecían en los medios de comunicación para visualizar la problemática y darla a conocer en la comunidad.

Una de las articulaciones con el Hospital Regional, constaba en derivaciones por profesionales de la salud a pacientes recientemente diagnosticados a CUMELEN, desde el espacio se los contenía a ellos/as y sus familiares.

Una de las tareas realizadas por el espacio era el trabajo con otras instituciones y orientación a la personas con VIH-SIDA para obtención de beneficios sociales. Finalmente CUMELEN cierra su espacio por falta del acompañamiento del Estado quien decide quitar el espacio físico que en algún momento fue cedido.

En consonancia con lo desarrollado, se puede decir que el accionar y decisión del Estado provincial de destituir el espacio físico de CUMELEN es una vulneración y apropiación de los derechos de las personas que son parte y arte de la sociedad.

El Estado tiene la obligación de acompañar a las ONGs, promover la participación y velar por los derechos de la ciudadanía. La continuidad de un espacio como CUMELEN permitiría el acompañamiento, contención de un espacio de autoayuda y de sensibilización a personas que atraviesan la problemática, como así también la contribución y aporte del Estado con disponibilidad de profesionales

especializados para el abordaje de la atención integral de las personas con VIH-SIDA, familiares y también actividades de prevención de la infección y enfermedad.

#### **2.4 Realidad social de la infección del VIH y la enfermedad del SIDA**

En cuanto a las formas de nominar esta realidad social, la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (2016) expuso que el término “SIDA” retrotrae a “los primeros tiempos”, sin terapias exitosas, tiempos de “muerte”, “peste rosa”, “enfermos cadavéricos”, “en camilla” e “internados en un hospital”, mientras que VIH se abre paso en el imaginario contemporáneo como “lo nuevo” y experto. El VIH inaugura una etapa signada por la cronicidad, el anhelo de cura y un miedo más atenuado que se expresa como inquietud y duda antes que como muerte fulminante.

Aún hoy predomina un pensamiento estigmatizante y reduccionista en torno al riesgo de contraer el virus y/o desarrollar la enfermedad. La realidad social del VIH y el SIDA permanece en un estado descolectivizado, como “cuestión de otros”.

En algunas personas entrevistadas se dan procesos de resignificación hacia un reconocimiento del VIH como cuestión colectiva y ciudadana (“de todos”): de ver el VIH como algo extraño y temido a comenzar a verlo como una realidad propia con la que se convive. La esperanza, el acompañamiento, la información solvente facilitan este proceso hacia su aproximación como “una enfermedad crónica más”.

Aun así, cabe resaltar que siguen primando el juicio moral, el extrañamiento y la distancia en tanto se convive con esta realidad como algo ajeno, temido y/o excepcional. (Barrón- López, Ibarlucía y Jones, 2016:5)

Existen barreras para aceptar la realidad del VIH y el SIDA en sus dimensiones sociales y colectivas, es decir, para entenderlo como un fenómeno que debiera interpelar derechos y responsabilidades civiles independientemente de si se vive o no con el virus. Que una realidad obtenga estatus colectivo implica, entre otras cosas, que su reconocimiento antecede la experiencia subjetiva y personal, que involucra a la persona desde un lugar de pertenencia “esto me convoca porque es parte de mi realidad social cotidiana” y, sobre todo, que incorpora un estado de cosas mediante saberes cotidianos que se ponen en acción ordinariamente sin que ello suponga dilemas para vincularse con la realidad en cuestión. (Jones, 2017:38)

Cuando la infección del VIH llega a la vida de las personas esto se convierte en un problema individual, que puede repercutir en lo social debido a que impacta más aun en todos aquellos aspectos de la vida de las personas que son diagnosticadas o conviven con VIH-SIDA. Los proyectos de vida en varios de ellos se quedan interrumpidos.

Es por eso que, la presencia de los efectores de la salud cumplen un rol fundamental en herramientas y apoyo lo que permitiría un mejor desarrollo y calidad de vida.

Al abordar los determinantes sociales de las personas afectadas y sus condiciones de vida comprenden tanto las condiciones materiales, alimentación, vivienda, abrigo, ingreso económico, acceso integral y atención de su salud, educación, trabajo entre otros.

Los beneficios que hoy perciben son insuficientes para cubrir las condiciones, y necesidades básicas, en algunos casos perciben ayuda social de tarjeta social de \$ 1500.- más una Pensión Nacional por invalidez, este último beneficio por decisión nacional en la gestión 2016-2018 dejo de otorgarse.

Si comparamos los ingresos económicos de los beneficios sociales que perciben los destinatarios del programa PAAPNE en relación a los registros al Observatorio de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (2020), en tres años el precio de la canasta básica familiar para 4 integrantes, en Comodoro Rivadavia se elevó a más del doble de su valor, al compararse informes de marzo de 2017 contra la última actualización, divulgada esta semana, desde un monto de 26.565 pesos, subió en 2020 a 57.608 pesos. En esta concepción se tiende a considerar que los 137 destinatarios se encuentran en situación de vulnerabilidad y necesidades básicas insatisfechas.

*“El estado municipal estuvo presente pero el Estado provincial está ausente. Este quien te al mano, solo se trabaja cada 1 de diciembre en campañas de prevención pero no se trabaja con las personas que tiene el diagnostico”.*  
(Entrevista N° 3:2020)

En cuanto a los aportes por la Licenciada Sueldo y el Secretario de Salud e indicadores sociales de los destinatarios del programa PAAPNE se menciona que:

*“Los Derechos y las necesidades básicas están todas vulneradas y si vamos a pensar otra pirámide de necesidades y retomamos a Maslow, el autoestima, el trabajo y el poder conformar una pareja, el poder tener un proyecto de vida, el poder tener desafíos son todas estas cosas que les faltan, si bien cada persona tiene atravesamientos diferentes, hay cuestiones que se repiten.”* (Sueldo 2020)

*“La situación actual y lo que estas personas con VIH-SIDA tuvieron que sobrellevar en relación a las políticas y decisiones de la gestión nacional 2016-2019, además de restringir el beneficio de la pensión nacional por invalidez sumado a la falta de distribución de la mediación algo que debía garantizar el Ministerio de Salud de la Nación, rango que perdió en la misma gestión dejando de ser Ministerio para ser Secretaria a nivel nacional.” (Catalá 2020)*

Otra perspectiva surge de comprender la noción de necesidad como un derecho social no cumplido. De esta forma, quien padece necesidades es un acreedor de la sociedad, no un beneficiario ni un desviado por incapacidad de adaptación o “retraso cultural”, sino que deja de ser un mero receptor o depositario de un ingreso condicionado o de la acción de una política social y se construye como un titular de derechos, partícipe de una comunidad activa y organizada en una sociedad que lo incorpora, lo necesita e intenta hacerlo protagonista en un proceso de movilidad social ascendente y que puede ser construido desde el encuentro de las diferentes formas de intervención social con las propias capacidades y habilidades existentes tanto en lo territorial como en cada situación en particular. (Carballeda, 2010:54)

Para Fundación Huésped (2009)<sup>5</sup>, las personas con VIH-SIDA tienen los mismos derechos que el resto de las personas. Derecho a que se respete su integridad y autonomía; derecho a la salud y a la atención médica integral y oportuna, a la educación, a un trato igualitario, etc. En este sentido todos son iguales ante la ley, y a la vez distintos como seres únicos e irrepetibles.

Siguiendo los aportes del Ministerio de la Salud de la Nación Argentina (2013) las personas que conviven con este virus tienen derechos, a saber:

- Derecho a la autonomía. Nadie puede ser obligado/a a someterse al test del VIH, dado que las personas deben dar tu consentimiento por escrito luego de haber recibido toda la información que creas necesaria.
- Derecho al asesoramiento. Toda persona que decida hacerse el test del VIH tiene derecho a recibir asesoramiento previo y posterior a la prueba. El objetivo de este, es

---

<sup>5</sup> Fundación Huésped es una organización argentina con alcance regional que, desde 1989, trabaja en áreas de salud pública con el objetivo de que el derecho a la salud y el control de enfermedades sean garantizados. Nuestro abordaje integral incluye el desarrollo de investigaciones, soluciones prácticas y comunicación vinculadas a las políticas de salud pública en nuestro país y en la región. Conoce nuestra misión y visión, como misión desarrollar investigaciones científicas y acciones de prevención y promoción de los derechos para garantizar el acceso a la salud y reducir el impacto de las enfermedades con foco en VIH/sida, hepatitis virales, enfermedades prevenibles por vacunas y otras enfermedades transmisibles, así como en salud sexual y reproductiva. Como visión se trabaja por una sociedad libre de estigma y discriminación en la que todas las personas accedan al cuidado de su salud de manera igualitaria y donde las políticas públicas estén basadas en la evidencia científica.

dar orientación y apoyo a la persona que se realiza la prueba para aumentar sus conocimientos sobre el VIH-SIDA, las formas de prevenirlo, el diagnóstico y el tratamiento. El asesoramiento ayuda a que cada persona encuentre la forma de prevención más adecuada a su situación particular. Ante un resultado positivo, permite contener emocionalmente a las personas involucradas y favorecer la adherencia a los tratamientos.

- Derecho a la confidencialidad de los resultados, en el marco de Ley Nacional de SIDA N° 23.798 (1991), establece que los/as médicos/as o cualquier otra persona que por su ocupación se entere de que alguien está infectado con el VIH o enfermo de SIDA tienen prohibido revelar dicha información públicamente.
- Derecho a la atención integral. La ley N° 24.455 (1995), ley N° 24.754 (1996) y el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente establecen la cobertura total del 100% tanto en los aspectos médico-asistenciales, provisión de drogas, elementos diagnósticos, así como en la asistencia psicoterapéutica.
- Derecho a que no se condicione la atención médica o quirúrgica, el ingreso a un trabajo o centro de estudios o cualquier otra institución con la realización del test de VIH. Nadie puede exigir que te hagas el test de VIH como requisito para nada.
- Derechos laborales. las personas con VIH tienen los mismos derechos laborales que el resto de los ciudadanos, a lo que se agrega su derecho a no ser discriminadas por su condición de seropositivas. Asimismo, ninguna persona está obligada a decir que vive con VIH. Por eso, si quisieran obligarte a hacerte un análisis para el VIH, puedes negarte y denunciarlos. Si alguna persona es despedida por esta causa o porque se le debe conceder licencia por enfermedad, tiene derecho a presentar la denuncia ante los organismos correspondientes. Vivir con VIH no es causal de despido.

Para el personal sanitario los principales obstáculos para la adherencia no pueden imputarse a cuestiones ligadas a la voluntad individual de personas en tratamiento sino a condiciones socioeconómicas como la exclusión social y la pobreza. En contextos de alta vulnerabilidad social, la infección por VIH y los tratamientos podrían no ser una prioridad en la vida de las personas, situación que se potencia con barreras específicas, por ejemplo, para la accesibilidad a los servicios de salud. (Jones 2017:9)

*“La desocupación y trabajos esporádicos e informales sumado a la situación de vulnerabilidad es una realidad de algunas personas con VIH, aparejada por la falta de terminación del nivel medio de educación por diferentes motivos y circunstancias*

*de la vida. Sin accesibilidad a una vivienda propia y digna por falta de las políticas habitacionales en la ciudad de Comodoro Rivadavia.” (Entrevista N° 3:2020)*

*“Los únicos ingresos que tenemos es la asignación universal de mi hijo la pensión de mi sobrina por su discapacidad. Aun así no llego con los gastos, tengo que pagar \$7.000.- por una deuda que tengo de la luz, el gas y la comida no llego a fin de mes” (Entrevista N° 4:2020)*

*“No alcanzaba, primero eran tickets muchos años la tarjeta social fue de \$300.- recién en el año 2019 aumentaron a \$1.500.”- (Entrevista N° 31:2020)*

*“Así empecé a tener la ayuda de tickets y leche, me ocupaba de orientar para que mis pares obtengan ese beneficio en la Subsecretaria de Salud. También orientábamos que tramiten la pensión no contributiva en la oficina de pensiones nacionales con la Lic. Mansilla Norma, en la gestión del presidentes Mauricio Macri muchas personas quedaron sin la pensión y otras sin poder tramitarla por que cerraron todas las oficinas de pensiones Nacionales ahora el trámite se realiza en el ANSES pero te rechazan todo” (Entrevista N°3:2020)*

No se conoce con formalidad la situación actual sanitario de los/as destinatarios/as con respecto a adherencia al tratamiento médico y farmacológico, único lugar en el ámbito de salud pública a la que pueden acceder es la Dirección de Patologías Prevalentes del Hospital Regional Dr. Manuel Sanguinetti; estas personas se encuentran en situación de vulnerabilidad y con atravesados por diferentes situaciones y/o Derechos económicos, laborales y habitacionales, sanitarios entre otros, los únicos ingresos económicos de estas personas provienen de beneficios de programas sociales: como el beneficio nacional de la Pensión Nacional por Invalidez, tarjeta social municipal con un monto total de \$ 1500.- y 2 kg de leche. (Programa PAAPNE, 2020)

El Sistema de Salud Público debería promover, sensibilizar, especializar y capacitar a todo el personal de salud y lograr formar equipos interdisciplinarios con el objetivo de emplear estrategias de acción para contener a las personas que conviven con el virus del VIH procurado garantizar la accesibilidad y adherencia al tratamiento, fundamental, de esto dependerá su calidad de vida como también deberían articular con otros organismos para el seguimiento de cada situación en vías de garantizar sus Derechos Humanos como el empleo, vivienda, educación entre otros. Estas políticas públicas direccionadas a las personas que conviven con el virus de VIH son de gran importancia en la vinculación de esta población de riesgo en sus diferentes situaciones.

## 2.5 Estigma y discriminación en relación al VIH-SIDA

Siguiendo los aportes de los autores Capella Castillo , Fajardo Franch y Navarro Pérez (2018). El estigma y la discriminación son acciones negativas que provocaron violación de los derechos en las personas con VIH-SIDA, producto de prejuicios, rechazo, desigualdades, exclusión en lo social. El estigma relacionado con el VIH-SIDA es un fenómeno negativo, este hecho produce la asociación del padecimiento de la infección con ciertos colectivo relacionado al colectivo LGTB (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales), comercio sexual, el consumo de drogas, las prácticas homosexuales transexuales, personas privadas de libertad, estas connotaciones hicieron que la sociedad considere y generalice que el VIH es un castigo por haber hecho algo malo. Los afectados por el VIH/SIDA, padecen graves consecuencias a nivel emocional y anímico, provocado por un sentimiento de culpabilidad en los primeros momentos de detección de la infección.

Cuando el estigma se instala se convierte en actos de discriminación este se manifiesta en la exclusión en diferentes ámbitos, en lo familiar, instituciones educativas, servicios de salud, trabajo, etc. La infección del VIH y la enfermedad del SIDA tienen connotación histórica y social, como una realidad biológica y una realidad que se construyó socioculturalmente. La discriminación social lleva a las personas con VIH-SIDA a tomar la decisión de vivir el proceso de la infección y enfermedad en soledad

Las propuestas de los servicios de salud están enfocadas a la prevención y detección del virus pero no se trata la sensibilización y la formación de aquello relacionado en el trato a persona con VIH y el SIDA, la realidad que consiste de convivir con la enfermedad o relacionarse con ellas.

Entonces el VIH- SIDA es una condición de salud donde los organismos de salud deberían incluir acciones concretas en contra de la estigmatización y discriminación con políticas direccionadas a la sensibilización y empatía a la comunidad que permitan la inclusión de las personas con VIH-SIDA e informar las diferencias de lo que implica convivir con la infección y la enfermedad.

*“No se superó esa situación todavía y te lo pueden decir las personas que están actualmente diagnosticadas. Todavía está el estigma, decían: allí va el hermano de la vecina con SIDA porque la gente confunde VIH con SIDA y son 2 cosas diferentes.” (Entrevista N° 3: 2020)*

*“La problemática siempre estuvo y esta para las personas con VIH no vas a conseguir trabajo porque te van a realizar el análisis por debajo del escritorio y nunca le dicen que le realizaron el análisis y te dicen después te vamos a llamar y nunca los llaman aunque está penado por la ley, pero lo hacen igual.” (Entrevista N° 3:2020)*

*“El VIH, hepatitis y sífilis se contagian de igual manera, para realizarte un análisis de VIH se requiere de autorización y consentimiento, mientras que para el hepatitis no, se hace referencia a lo mismo, pero sin embargo no es vergonzoso decir que tengo hepatitis C o VIH” (Catalá: 2020)*

*“Mi madre, yo creo que ella me discrimina. Siempre hace comentarios malos en relación al SIDA pero yo quiero que se informe porque no es como ella piensa que son las cosas y el contagio. Ella tiene diabetes y tiene que tomar medicación toda la vida es lo mismo que si me diagnostican diabetes, yo la culpe porque es hereditario.” (Entrevista N°4 :2020)*

Para Sueldo (2020) una forma de trabajar contra la discriminación en las personas con VIH-SIDA, es primeramente trabajar con todo el personal de la Secretaria de Salud (profesionales, administrativos, maestranzas), con el objetivo de comprender que la persona además de tener VIH, también tiene una diversidad sexual, una orientación, migración territorial. Cuando se abordan ESI<sup>6</sup>, se habla de la violencia en general como parte de un estigma pero la realidad no hay políticas o líneas de trabajo que tenga que ver con la erradicación de la discriminación porque además considera que la discriminación tiene que ver con otras cosas, pero no es específicamente por la persona que tiene VIH, sino por su orientación sexual, por su migración, por su color de piel, por su religión.

El estigma y la discriminación de las personas con VIH positivas son considerados obstáculos para lograr pleno acceso a los servicios de prevención, tratamiento y asesoramiento. El estigma y la discriminación por parte del gobierno, la comunidad y la familia que a veces enfrentan las personas en riesgo y las personas que viven con el VIH hacen más difícil que esas personas busquen ayuda e información. (Fundación Huésped, 2009: 24)

---

<sup>6</sup>Educación Sexual Integral (ESI) se encuentra en marco de la Ley 26150 (2006), tiene como objetivo garantizar ESI a todos los niños, niñas y adolescentes en el ámbito educativo. A los efectos de esta ley, entendiéndose como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos, constituye una oportunidad para que la escuela, en articulación con otros actores, fortalezca la búsqueda de respuestas eficaces a situaciones de vulneración de derechos como lo son la violencia, el abuso y el maltrato hacia niños, niñas y adolescentes e implemente medidas de prevención, protección para atender estos problemas.

*“Las personas no se informan y hasta la actualidad están desinformadas y no conocen la etapas del VIH y la etapa terminal del SIDA, ahora una persona que tiene VIH no lo puede decir porque sigue siendo discriminada por la sociedad y lamentablemente la palabra sigue siendo un estigma: por algo tienes VIH, algo mal hiciste porque a mí me lo dijeron. Se habla con malicia, pero nadie nos puede juzgar, no nos supimos cuidar en ese momento, no había tanta prevención como hay ahora. Por eso lamento mucho que sigan apareciendo casos ahora”.* (Entrevista N° 3:2020)

*“Mi familia no lo sabe, solamente mi hermana lo sabe, mi madre no porque ella a esto lo discrimina y tampoco lo va a aceptar. Ellos no saben de lo que falleció mi pareja hasta la familia de él cree que le agarro una neumonía.”* (Entrevista N°4:2020)

Pero cuando la familia conoce el diagnóstico de la enfermedad terminal, se desarrollan una serie de sucesos emocionales en torno a la proximidad de la muerte de un "ser querido". Sufre por lo tanto una serie de alteraciones sociales y emocionales debido a que debe enfrentar la enfermedad, la muerte y en caso de los pacientes con VIH/SIDA, el estigma social que se maneja alrededor de la misma. Por lo tanto, cada componente del sistema familiar genera cambios en la estructura, dinámica y funcionamiento del mismo, ya que se debe anticipar el dolor de la pérdida y el sufrimiento de los seres queridos. (Castro, Gutiérrez, 1997:56)

La falta de apoyo y la discriminación que algunos sufren en su entorno familiar, que los empuja a mantener en secreto su condición serológica y los tratamientos, es otra barrera señalada por el personal de salud. El estigma continúa siendo, como lo demuestran las experiencias de las personas viviendo con el virus, un obstáculo de peso para sobrellevar la infección en el día a día, tanto en el ámbito familiar como en el laboral. Las personas con VIH temen ser discriminadas al conocerse su seropositividad, pero sobre todo destacan las complicaciones para continuar su tratamiento cuando éste implica cortar o perder la jornada laboral por los desplazamientos a los establecimientos de salud, los horarios de atención y los tiempos de espera. (Jones.2017:9)

Entonces existe la necesidad de políticas sanitarias integrales dirigidas a personas con VIH-SIDA que contemplen no solo la cobertura de los tratamientos sino su entrega en tiempo y forma, así como la realización de los análisis y seguimientos correspondientes, condiciones que se hacen patente al identificar y explicar los fallos en la adherencia.

Finalmente, se perciben como imprescindibles otras políticas sociales para enfrentar situaciones de empobrecimiento, marginalidad y/o discriminación que se constituyen como obstáculos para seguir el tratamiento.

A partir de lo señalado anteriormente, se infiere que el abordaje en salud es un trabajo de personas con personas, y en este terreno la principal herramienta con la que cuenta el personal de la salud es la empatía y la sensibilidad para poder abordar las problemáticas y llegar a la población, con planificación de actividades de promoción y prevención, teniendo las herramientas y capacidad de actuar ante el sufrimiento y/o las demandas de la comunidad. Es importante saber que el sistema de salud pública es promotor, sensible, especializado y capacitado para abordar esta problemática social. Los/as protagonistas de llevar a cabo esta tarea son los Licenciados/as en Trabajo Social en intervención directa con personas con VIH-SIDA desde la mirada integral, el trabajo interdisciplinario, promoción, prevención y el desafío de concretar políticas sociales en el ámbito de la salud.

A modo de dar respuesta asistencial dirigida a personas con VIH-SIDA en situación de vulnerabilidad, en el año 2002, el Estado Municipal inicia otorgando bolsones y tickets alimentarios. En ese contexto, el presupuesto estaba a cargo de la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia, bajo la administración ejecución de la Subsecretaria de Salud y Dirección de Trabajo Social, la evaluación para acceder a los beneficios sociales eran llevado a cabo por los profesionales del Trabajo Social que a su vez, en la intervención se sumaba la devolución de resultados y seguimiento de cada situación. A lo que luego fue llamado programa de atención a personas con necesidades especiales (PAAPNE), en dos décadas aproximadamente no se tomó iniciativa de darle un marco con formalidad o no estuvo dentro de las prioridades de concretarlo en un programa con fundamentos, objetivos o política pública en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

### **CAPITULO III: LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS ESCENARIOS DE LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCION A PERSONAS CON VIH /SIDA.**

*La realidad histórica se constituye de procesos socio-políticos y sociales con grupos, comunidades, personas, etc., que se despliegan como “cuestión social”, telón de fondo de cada problema social que confronta al Trabajador Social, y ante el cual tiene que decidir en su ejercicio profesional. En la formación profesional, todo depende como comprendamos, como interpretemos la realidad histórica de la cuestión social, así serán nuestros compromisos sociopolíticos y sociales. Para interpretar esa realidad necesitamos hoy ejercer un “pensamiento complejo” como vínculo relacional de teoría-praxis.*

**Viviers Gerardo (2013)**

#### **3.1 El rol del Trabajo Social en el ámbito de salud pública y ejecución de políticas públicas.**

La Ley Federal del Trabajo Social N°27.072 (2014), en el artículo 4° define al Trabajo Social como la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respalda por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

La intervención de la disciplina del trabajo se refleja en el ámbito de salud municipal de la ciudad de Comodoro Rivadavia, el que hacer de la profesión, el compromiso de ejecutar y coordinar políticas públicas municipales y nacionales con adherencia a nivel municipal, como es el caso del Programa Nacional Municipios y comunidades Saludables, el Programa Nacional Municipios en Acción. Ambos programas con una impronta y participación de actores sociales e institucionales de la ciudad, de estos programas se desprenden formulación de proyectos, actualmente con financiamiento nacional.

Pensar lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas. El trabajo Social desde una perspectiva histórica social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Surge teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos de ésta a través de diferentes objetivos y metas. (Carballeda, 2012:1)

La disciplina del trabajo social es fundamental en el campo del sistema de salud pública, así lo destacan los actores en la investigación.

*“Los trabajadores sociales tienen otras herramientas otras estrategias tienen una mirada más global de cómo encarar el problema mientras que el médico se cierra más en lo que sabe y en su área de seguridad y confort porque el otro lo pone incómodo. La gente necesita otro tipo de vínculo tanto la promoción la prevención y el seguimiento”. (Catala, 2020)*

*“Tuve la oportunidad de hablar con la directora Lic. Sueldo y gracias a eso se fueron aumentando los montos de la tarjeta social, la intervención del área social en esta problemática será una ayuda muy grande obviamente con un seguimiento empadronamiento, evaluación de su situación social y económica de las personas que realmente necesitan porque hay personas con VIH que están bien económicamente”. (Entrevista N°3:2020)*

Desde esta perspectiva, las políticas de salud como políticas de inclusión social, implican la necesidad de tener en cuenta que son muy complejos los abordajes homogéneos y que la heterogeneidad requiere de una serie de miradas estratégicas que se interrelacionan con la intervención en lo social. De esta manera, las políticas de inclusión como políticas de salud, pueden proponerse horizontes reparadores, estratégicos y fundamentalmente integradores. Así, la política de salud, se construye desde una lógica de reconstrucción de certezas, de recuperación de derechos sociales. En definitiva, lo social de la intervención se aproxima estrechamente a la problemática de la integración, a la búsqueda y recomposición del lazo social perdido. (Carballeda, 2012:8)

El compromiso y la participación de los profesionales del trabajo social en la aplicación y ejecución de políticas sanitarias pensadas para la comunidad son un

escenario de intervención de contacto directo con problemáticas sociales que permitirá esbozar diagnósticos y pensar en proyectos acorde a la realidad de la comunidad.

*“Nosotros en realidad en cada uno de los espacios de la Secretaría de Salud, a nivel comunitario, somos los encargados de la promoción y prevención de la salud pero hace 4 años la línea de trabajo es justamente trabajar las ITS, es informar a las personas que las infecciones existen que no importa cuál es la orientación y la práctica sexual sino el cuidado de la persona y del otro, creo que hemos realizado mucho trabajo en cada espacio o campaña realizada por la Secretaría de Salud por los menos todo el personal de esta Dirección continúa haciendo eso. Con la Dirección de Laboratorio hemos realizado un hermoso trabajo a partir que decidieron salir de la Secretaría y puedan animarse a hacer campañas en la calle para hacer análisis de sangre porque aún no tenemos el testeo rápido, entonces se continúa haciendo el análisis ELISA para poder sacar las 4 determinaciones, se realizan 4 fuertes campañas durante el año. La Dirección de Trabajo Social participa en todas las actividades que tiene la Secretaría y trabajamos ITS”. (Sueldo, 2020)*

Otro aspecto que se destaca del trabajo social es el trabajo interdisciplinario llevado a cabo en las diferentes actividades propuestas por la Secretaría de Salud Municipal.

A esto concuerdo con los aportes del autor Carballeda (2012), el cual sobresale la importancia de construir nuevos diálogos entre las diferentes disciplinas y formas de intervenir de cada una de ellas, en relación a la complejidad del contexto. Estas cuestiones, llevan a la posibilidad de pensar la intervención en lo social como dispositivo, es decir, como una trama de relaciones que se pueden establecer entre diversos componentes, en una misma línea de articulación y diálogo entre diferentes puntos problemáticos.

Por otro lado al entender a la intervención como un espacio intersubjetivo es posible acceder a los acontecimientos actuales y revisar diferentes cuestiones de orden político e institucional, que van desde la conformación de las políticas y las instituciones hasta la discusión de las nociones de tiempo y espacio que proponen. A su vez dentro de las modalidades de intervención, pareciera que la demanda apunta a construir a las prestaciones según las necesidades y las problemáticas sociales singulares y no desde perspectivas fijas u homogéneas. Estas cuestiones facilitan el diálogo entre los distintos sectores en el campo de la salud, cambiando la lógica de la disociación por sectores por los abordajes de orden transversal.

Entonces la misión de la intervención profesional del Trabajo Social, en los escenarios de la salud pública desde el nivel de atención primaria de la salud, se refleja en tanto fortalecimiento de la capacidad transformadora y la constante búsqueda de un abordaje interdisciplinario e integral en los procesos colectivos de visibilización de lo social, en el escenario de lo público, entendido como espacio de instalación de demandas y construcción de estrategias para la resolución y atención de los problemas sociales.

### **3.2 El Trabajo social y la atención directa a personas con VIH-SIDA**

Desde la disciplina del Trabajo Social se entiende que cuando “se manifiesta como un problema social” demanda la intervención del Estado a través de la creación e implementación de efectivas políticas públicas sanitarias y sociales para la comunidad. En este sentido, este problema social afecta a todos/as las personas sin distinguir, género, clase, raza o edades, siempre nos encontramos cara a cara con él, porque siempre estamos expuesto a una realidad que vino para quedarse entre nosotros. Se convirtió en una problemática que trasciende en el tema de la salud. Las políticas sanitarias en conjunto con los profesionales y personal de la salud acompañaran a las personas que tiene la infección del VIH o la enfermedad avanzada del SIDA.

Siguiendo Carballada (2008) describe que la entrevista puede ser entendida como espacio de encuentro de la palabra, la mirada y la escucha y un lugar donde se cuentan historias, desde la mirada, desde el cuerpo, desde el tono de voz. Estas tienen una estructura narrativa especial, reconocida en los efectos de la cuestión social desde la perspectiva de quien narra, en su expresión territorial y en su relación con los otros, pero también desde quien escucha, desde un perfil profesional, ideológico y conceptual.

En definitiva, la entrevista en Trabajo Social es una característica singular de relato que posee en sí mismo las claves de su comprensión e interpretación. Está atravesada por la palabra, la mirada y la escucha, como así también por el sentido que ocupa la intervención en lo social para ese otro.

*“Es importante el trabajo social porque ustedes miran a la personas, conocer su situación pasada y entender porque llegaron a esa situación. Conocer si están tristes, alegres. Se trabaja casa por casa. Alguno no los van a recibir, tienen que conocer e informar mucho sobre la enfermedad y si ustedes pueden entrar en el corazón de cada persona con el diagnóstico y las personas confiaran y lloraran con el profesional”.* (Entrevista N° 3:2020).

*“Hay muchas personas que lo necesitan y sobre todo un espacio de contención, cosa que no hay y que las personas se sientan contenidas por profesionales o un equipo de trabajo que este enfocado específicamente con esta problemática”.* (Entrevista N° 3:2020)

*“Fue muy buena la atención en la secretaría. Salí del médico y fui a ver a Carla, ella sabía de mi situación porque mi pareja le había hablado. Me contuvieron el equipo e hicieron los trámites para la tarjeta social y leche. También me gestionaron el turno para la atención psicológica en el centro de salud del mi barrio. Como te decía eso me ayudó mucho”.* (Entrevista N° 4:2020)

El acompañamiento de los/as profesionales del trabajo social orientado a los destinatarios del programa es de gran importancia en la ciudad de Comodoro Rivadavia, dado que guía en sus proyectos de vida y accesibilidad diferentes beneficios sociales, claro está que la ayuda social directa ante la situaciones de vulnerabilidad que atraviesan las personas con VIH-SIDA, fueron y son necesarias, dado que el único sostén otorgado como política social a nivel nacional constaba de una pensión nacional por invalidez que en el periodo de investigación dejo de garantizarse, a nivel municipal la ayuda existente de la tarjeta social y leche. Los desafíos como profesionales en el ámbito de salud que no es reconocido pero son los generadores de trabajo interdisciplinario y que con pocos recursos y acompañamiento sostienen, ejecutan e impulsan diversas actividades orientadas a abordar integralmente la problemática social mencionada.

Las narrativas de la enfermedad, dan cuenta del marco comprensivo- explicativo de la vida íntima, de la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra. En definitiva, lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social, está ligado a la experiencia singular del sujeto de intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción de la enfermedad de quien está relatando.

Desde el relato de la enfermedad, se ratifica el lugar de proceso histórico social de la salud. La narración le confiere un papel a la enfermedad, puede ser este principal o no. Pero, un papel al fin, un nuevo atributo que puede ser leído y comprendido desde la intervención social. A su vez, la narrativa le da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es denominada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto. (Carballeda, 2012:07)

*“Los profesionales y el personal de la Dirección realizamos varias intervenciones entre ellos acompañamiento individual y familiar, trabajamos mucho para articular con el Servicio de Epidemiología y Patologías Prevalentes y Área Programática Zona Sur y de esta manera poder gestionar los turnos para inicio y adherencia al tratamiento. Luego de esto, se realiza una evaluación socioeconómica y gestión conjunta de beneficios sociales, tarjeta social, leche, pensión nacional, pensión municipal y elemento de asistencia directa). Las solicitudes y sugerencias de apoyos económicos se elevan a la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia, muchas de estas intervenciones son por derivación de diferentes instituciones, y también por los profesionales de los CAPS, quienes detectan atravesamientos socioeconómicos en las familias. También se realiza evaluación socioeconómica de derivaciones de licenciados en nutrición para sugerencia y elevación a la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia para otorgamiento de alimentos que luego de la intervención y evaluación se realiza seguimiento. La problemática se trabaja fuertemente con el área de epidemiología y prevalentes porque actualmente son los que reciben la medicación y la atención de infectología y también la Secretaria Desarrollo Humano y Familia porque tienen la asistencia alimentaria habitacional y monetaria”.* (Sueldo,2020)

Esta aparente autonomía genera una proximidad con los beneficiarios y, al mismo tiempo, una responsabilidad respecto a la gestión de las políticas sociales, sobre todo cuando se considera que su eficacia depende de un proceso de buena administración técnica. Si bien es cierto que esa dimensión es importante, deja de lado el sentido de la política social contemporánea que se asocia con la función principal de realización de los derechos sociales de la ciudadanía que implica reconocer e identificar beneficiarios, acerca de los cuales se asumen compromisos entre los ciudadanos y las estructuras institucionales del Estado; ellos son públicos y conocidos, y por lo tanto objeto de control ciudadano. La delimitación de aquello que será enunciado como ámbito de derechos y cómo la sociedad llega a establecer estas definiciones es un asunto importante, tanto en la forma como en el contenido. (Rozas Pagaza 2014: 111)

*“En realidad se han podido gestionar muchas cosas en lo que va en la historia del programa, pero depende mucho de cada paciente y en cada uno de los casos porque de eso depende el acompañamiento del trabajo social y se acuerda conjuntamente la corresponsabilidad que le podemos brindar, no le pedimos que se queden tranquilos y que nosotros nos ocuparemos de gestionar los beneficios, todo se construye en conjunto. Nosotros abrimos las puertas a demanda de cada uno sin otorgar turnos, gracias a esto gestionamos pensiones municipales y nacionales o gestiones de terrenos, módulos o viviendas lo que permitió fundamentar porque es*

*necesario y un seguimiento institucional. Aunque desde el año 2017 dejaron de otorgarse las pensiones nacionales por invalidez”. (Sueldo, 2020)*

*“Plantear el carácter social del proceso salud-enfermedad lleva necesariamente a cuestionar la concepción médica dominante de los procesos biológicos y psíquicos humanos como procesos naturales y, por tanto, a históricos. Esto es, identificar el carácter social del proceso salud-enfermedad equivale a reconocer que los procesos biopsíquicos no son a históricos e inmutables sino que asumen formas históricas específicas que caracterizan a los distintos grupos sociales, cuestión que puede constatarse empíricamente...” (Nuñez.2015:15)*

*“El rol del trabajo social en esta Secretaría de Salud es fundamental para poder acompañar el tránsito por los menos en la primer etapa. Por eso, es necesario comenzar con los más grandes o los que más tiempo fueron diagnosticados, pero con los que logramos realizar seguimiento. Nosotros acompañamos desde que se entrega el resultado positivo y varias disciplinas pudieron ver que el rol del trabajo social es fundamental en la entrega de este diagnóstico, porque lamentablemente en la sociedad continua mucho el tabú y el mito que vos con este tipo de diagnóstico te morís, entonces el poder hablar con estas personas más empáticamente, si bien hay excelente profesionales pero la empatía es individual. Nosotros al estar involucrados directamente con la personas con VIH nos permite evaluar esas situaciones y acercarnos desde otro lugar y no tanto desde la ciencia”. (Sueldo, 2020)*

Dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha, forma parte de todo el proceso del que hacer en la práctica diaria. Las narrativas en el proceso de intervención en salud, pueden revelar una serie de cuestiones posibles de enumerar. Por un lado, la existencia de un narrador genera una forma determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social. Este tipo de narración va dirigida a un otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), pero también, esta narrativa dentro de cada campo está condicionada por el modelo de intervención que se utilice. (Carballeda, 2012:6)

*“Las formas de hablar, de la manera de recibirlos el abrirles las puertas el no ponerles turnos, sino que cada uno entienda que es un espacio a demanda y que puede utilizarlo todas las veces que lo necesiten, aparte el hecho de que el trabajador social no solo entrega el turno sino que acompaña y gestiona el turno con prevalentes, en informar a la familia, en velar en su situación socioeconómica, no sé si mejore pero asesorar en una situación de las personas donde se les*

*transforma su mundo a partir del diagnóstico. El trabajador social articula con prevalentes, el médico, laboratorio, bioquímicos, enfermeros, las familias y con instituciones para los beneficios sociales. Nosotros hemos acompañado a paciente con sus familias que querían y necesitaban información o sus parejas y de esta forma logramos que se realicen los análisis en el laboratorio. Porque lo real es que la parte medica lo única que hace es informar en relación a la enfermedad y puede tratar pero lo demás y los determinantes sociales que pueden afectar al paciente no son tomados en cuenta. Nosotros si lo tomamos en cuenta para acompañar a estas personas". (Sueldo, 2020)*

Se destaca de la profesión del trabajo social en el campo de la salud pública, específicamente en la atención directa con personas con VIH-SIDA, en la intervención se busca las potencialidades para construir en ellas autonomía y autoestima a fin de efectivizar sus derechos. El propósito de desnaturalizar, sensibilizar e informar a la sociedad sobre lo que significa la prevención y los derechos que tienen las personas con VIH-SDA. Otros desafíos que se enmarcan en la construcción teórica y metodológica de procesos de intervención estratégica entendiendo el contexto socio histórico y explorando el surgimiento de nuevos sujetos sociales con nuevas complejidades, la aplicación a todo esto se da a partir de habilidades para el desarrollo de acciones de carácter participativo, liderar equipos de trabajo, para la comunicación interpersonal, para conducir reuniones profesionales, la competencia para saber trabajar con otros, en red, en equipos, desde la habilidad para construir visiones integradas del quehacer del Estado en materia social, la capacidad para conocer y trabajar de manera articulada con diferentes lógicas sectoriales y visibilidad enriquece lo público como el lugar donde se instalan las demandas de los sectores sociales que nos son escuchados

La estrategia e importancia de trabajar con otros agentes profesionales de la salud, posibilita articular las miradas sobre la complejidad social, al mismo tiempo recrear formas de intervención construyendo un trayecto posibilitador y aumentar la potencialidad del poder pensar y hacer frente a la complejidad de una trama social y sus factores.

### **3.3 Propuesta de intervención**

Comprender los hechos históricos relacionados con VIH- SIDA en el mundo ayuda a entender los procesos de la infección y enfermedad en las personas que lo padecen. Desde la aparición del primer caso en 1982 en Argentina, hubo avances en el diagnóstico y tratamiento, se consideró importante aplicar un sistema de protección de

derechos en relación a leyes contra el estigma y discriminación a personas con VIH-SIDA esto llevo a pensar y planificar estrategias de promoción y prevención desde el sistema de salud. Esto se fue desarrollando desde las diferentes perspectivas e implementación de políticas públicas de salud.

La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud es un ejemplo de desafío en la reproducción de nuevos conocimientos, siendo una disciplina científica estrechamente vinculada con lo social y los problemas sociales que las personas, grupos, familias y comunidades demandan por el devenir de la manifestación de la cuestión social, a todo esto aporta una mirada puesta en lo social, transformación e integralidad direccionada a lo institucional en la aplicación y diseño de políticas públicas y sociales. Las estrategias y herramientas como resultado del que hacer profesional en reivindicar las obligaciones del Estado.

La Secretaria de Salud brinda el servicio de atención primaria de la salud, como estrategia para atención y descongestión de los servicios de salud. En relación al VIH-SIDA sostiene el acompañamiento y abordaje interdisciplinario, otorgamiento y contención en resultados negativos y positivos, orientan a los pacientes para accesibilidad de la adherencia al tratamiento médico y farmacológico y es responsable de ejecutar el programa PAAPNE.

Desde el ámbito de salud no existen campañas que contribuyan a la eliminación del estigma y discriminación en la ciudad de Comodoro Rivadavia como también es escasa la participación de redes de personas viviendo con el virus es necesario.

Una debilidad de parte de la Secretaria de Salud es falta de capacitación permanente y sensibilización al personal, profesionales, y equipo de trabajo en la atención directa e integral del VIH-SIDA, la obligación de las Instituciones es capacitar al personal en el abordaje de los diferentes problemas de salud a esto se propone:

Los servicios de Salud provincial brindan atención de médica y asistencia de medicación farmacológica a personas con VIH-SIDA.

En relación a esto es importante efectuar las siguientes propuestas de intervención de acuerdo a lo rescatado en el proceso de investigación, centrándonos principalmente en las personas con VIH-SIDA en condición de vulnerabilidad social que forman parte del Programa PAAPNE, partiendo desde el enfoque de Derechos Humanos, el rol del Trabajo Social y las políticas implementadas por la Secretaria de Salud:

- Articular con diferentes áreas que atiendan las necesidades de las personas afectadas por el VIH-SIDA, lograr en ellas/los autoestima y autonomía para una participación significativa en la toma de decisiones en sus vidas.
- Proponer relevamientos para conocer la situación socioeconómica, sanitaria, laboral, educacional, familiar y habitacional de los 137 destinatarios. Los resultados contribuirán a la obtención de un diagnóstico certero de la realidad de las personas que conviven con VIH-SIDA.
- Gestionar que el Programa PAAPNE se convierta en una política pública, social y formal con sostenibilidad en el tiempo y buscar el financiamiento de políticas a nivel nacional y provincial ya concretadas
- Articular con las diferentes disciplinas para formalizar un protocolo de Atención Primaria de la Salud para descentralización en la atención integral de personas con VIH e ITS.
- Abordar diversidad de género relacionado con el VIH-SIDA con enfoque de Derechos Humanos.
- Diseñar de estrategia para disminuir el estigma y la discriminación para conocimiento de la realidad de los 137 destinatarios/as que se encuentran o no bajo adherencia a un tratamiento antirretroviral en la sociedad.
- Proponer espacios de sensibilización e información en relación al VIH-SIDA dirigido al personal y profesionales de la salud y a diferentes instituciones educativas, judiciales, barriales entre otras.
- Fortalecer la articulación y corresponsabilidad del Estado Provincial y Estado Municipal para trabajar la atención y abordaje integral de las personas con VIH-SIDA.

El trabajo articulado permitiría fortalecer las redes con instituciones locales y/o regionales, fomentando el desarrollo de redes que atiendan las demandas de familiares/convivientes que contribuyan a la adherencia al tratamiento retroviral para una mejor calidad de vida de las personas con VHI-SIDA, lo detectable e indetectable de la carga viral.

- Constituir equipos interdisciplinarios capacitados en la atención integral, procesos vinculados a la distribución de insumos para la prevención y la asistencia, sistemas de registro y notificación, cantidad y cualidad de actores con quienes interactúan para lograr la respuesta preventivo-asistencial.

También es de gran importancia pensar en propuestas direccionadas a la comunidad en general sobre la prevención y promoción de los cuidados, el testeo, como una cuestión de todos y todas a modo de eliminar el estigma y la discriminación en relación al VIH-SIDA

- Impulsar la participación de las instituciones, ONGs que abordan el problema para el que diseño de proyectos y estrategias comunicativas de concientización que refuercen la importancia del testeo personal, en vista del fenómeno del testeo indirecto a través del análisis de las parejas sexuales, que demora u obstaculiza el testeo propio.
- Proponer consejerías informativas sobre los riesgos y consecuencias de la transmisión del VIH, cuidados y prevención.
- Impulsar campañas de sensibilización para disminuir el estigma y discriminación sobre el VIH-SIDA.
- El promover el testeo conjunto de las parejas, presentándolo como una instancia de cuidado mutuo y una estrategia de protección recíproca. Si bien testearse requiere de una decisión individual, plantearlo como algo que se puede realizar conjuntamente, puede favorecer una dinámica de cuidado efectivo que se inscriba en la construcción de un vínculo amoroso, afectivo y/o sexual.
- Brindar información sobre la importancia en términos de salud de acceder a un diagnóstico temprano, en casos positivos orientar con respecto a la accesibilidad a los tratamientos disponibles, las características de los mismos, las posibles mejoras en la extensión y la calidad de vida.
- Promover talleres y/o charlas con abordaje de Educación Sexual Integral (ESI) y enfoque de diversidad sexual, direccionado a instituciones educativas, clubes, vecinales, Centro de Promoción Barrial (CPB), Centro de atención Primaria de la Salud (CAPS), familias y organizaciones sociales.
- Evaluar el impacto de las campañas de comunicación propuestas

## Conclusiones

La mayor magnitud que alcanzó la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue en los años ochenta, lo cual se ha ido incrementando hasta que finalmente se dispersó en todo el mundo, pese a las campañas de promoción y prevención aplicadas por el Estado. Las estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación Argentina de nuestro país así lo demuestran y resaltan la necesidad de tomar medidas sanitarias para erradicar la transmisión del virus.

Para disminuir la transmisión del VIH se necesitan políticas sanitarias que conduzcan información solvente sobre los cuidados de prevención dirigido a todas las personas sin ninguna distinción teniendo como prioridad el enfoque de Derechos Humanos. Explicar que “es una infección que puede convertirse en enfermedad mortal”, lo necesario y habitual de la realización del testeo voluntario, tomar las sugerencia de profesionales de la salud.

Hoy se puede acceder a un tratamiento retroviral a tiempo aun así el relato del drama, el estigma la discriminación y la muerte cede al de la supervivencia, en la vida social e individual de las personas con VIH-SIIDA.

Para eliminar el VIH-SIDA se necesita de compromiso del Estado, Organismos de salud y la participación de la sociedad para lograr encontrar una respuesta o cura del virus para evitar muertes por SIDA. En 4 cuatro décadas desde la aparición de virus no hubo interés de

Debemos resaltar que cuando se trata del VIH, en su versión de dolencia crónica y menos grave, todavía persistente asociación como enfermedad mortal del SIDA, siguen primando el juicio moral, el extrañamiento como actitud de observancia y la distancia en tanto se convive con esta realidad como algo ajeno, temido y/o excepcional pero en realidad nadie queda exento porque es problema de todos.

Si bien en el ámbito de la salud la existencia de la atención de diferentes disciplinas, no todas derivan del campo de lo social, pero a lo largo del tiempo el cambio de perspectiva y estrategias de abordaje en lo social y comunitario, busca de complejizar otra mirada profesional, apuntando a la totalidad e integralidad de la realidad de una comunidad o ciudad.

Las herramientas como recursos y capacitaciones contribuyen a una intervención profesional e integral en los escenarios de la salud pública, específicamente en la

atención primaria de la salud. La atención integral y apoyo psicosocial debe ser provisto por profesionales y equipos que conocen y han investigado sobre estrés, ansiedad, depresión y respuestas de estos pacientes. Cuando una persona entra en la fase sintomática de la infección del VIH, o etapa del SIDA.

En el proceso de la investigación se destaca que en la ciudad de Comodoro Rivadavia, el Estado Municipal, Secretaria de Salud toma como iniciativas de trabajar esta problemática motivando acciones junto a instituciones mediante campañas de acceso universal:

- Concientización del uso correcto del preservativo, información y promoción del testeo voluntario enmarcadas en los ejes de consejerías y accesibilidad a la información sobre VIH-SIDA y de enfermedades de transmisión sexual (ITS).
- Accesibilidad al test voluntario de VIH y otras ITS en laboratorio con dependencia más campañas en tráiler, en el marco del programa nacional “Elegí Saber”.
- Ejecución de política asistencial destinada a personas que conviven con el virus el VIH-SIDA.
- Orientación y gestión del circuito institucional de atención en el nivel organizativo y de calidad de la atención y derivación a otras instituciones en post de mejorar la calidad de la atención de las personas con VIH, lo que por supuesto incluye.

En cada una de estas actividades se encuentra presente la intervención del Trabajo Social en su labor interdisciplinaria, y el compromiso con la comunidad y trabajo directo con personas. Una de las tareas fundamentales es la atención en el momento de informar el diagnóstico y de esto surge un espacio de articulación con el objetivo de concientizar la importancia del tratamiento.

En este sentido el trabajo social específicamente en el ámbito de la salud, debe posicionarse como una disciplina que contiene una mirada profesional particular sobre la realidad que interviene para evitarlos derechos humanos las personas.

El rol del trabajo Social es amplio y necesario en el ámbito de la Secretaria de Salud Municipal y se vislumbran con las incumbencias de la Ley Federal del Trabajo Social N° 27072, fue conformando y construyendo con su compromiso, en el campos de intervención individual, familiar, con grupos, interdisciplinario, interinstitucional, institucional e intersectorial, a partir de las propuestas y estrategias que surgían de las demandas; la multiplicidad de acciones responsabilidades, ejecución y coordinación de programas y proyecto, atención espontanea, seguimiento de casos, articulación

interinstitucional, participación en redes institucionales, promoción y prevención de la salud en atención primaria de la salud, entre otras.

El volumen de actividades fue delimitando las condiciones de la profesionalización y enfocarse en la formalidad de un programa que inicia desde 2002 hasta el día de la fecha, con la aparición y necesidad de la ayuda social, fue producto entonces de la demanda de atención y asistencia a personas con VIH-SIDA en situación de vulnerabilidad social como manifestación de la cuestión social, e implementación de políticas sociales en materia de salud, por parte del Estado municipal no hubo tiempo de formalizar el programa PAAPNE para un orden y trabajo formal. La asignación de funciones específicas desde las políticas sociales, fundamentalmente cuando debían centrar su trabajo en la asignación de recurso, pero en la tarea cotidiana ellas podrían determinar otros alcances.

Lo antes mencionado es tan solo un factor negativo porque la profesión del trabajo social ha implementado en la práctica estratégica, distintos métodos y modelos de intervención que procuran atender necesidades sentidas de sectores desprotegidos que refiere a los 137 personas que conviven con VIH-SIDA, estas personas vienen de un estrato social vulnerable y periódicamente sufren el impacto social, económico y cultural, inflación constante, alto valor en la canasta básica y costo de vida relacionado a la industria del recurso del petróleo de la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Con respecto a la atención con los personas con VIH-SIDA, el equipo de la Dirección de Trabajo Social busca agotar todas aquellas posibilidades y recursos en pro de la calidad de vida digna para éstos pacientes. Se ha trascendido a una visión más integral biológico, social del ser humano, donde no existen enfermedades sino personas portadoras de derechos y que en situación de desventaja social pueden acudir a los servicios de una profesión que se caracteriza por el valor que da a todos los seres humanos, basado en la confianza, el apoyo y comprensión que necesitan todas y todos en un momento crítico, sobre todo cuando existe una epidemia como el VIH/SIDA.

La intervención del Trabajador Social debe incluir apoyo para el proceso de "aflicción anticipada", resultan necesarios planes para incorporar al paciente en programas de auto-cuidado, en redes de apoyo y considerar la provisión de cuidados para los que sobreviven las crisis.

La elaboración del presente trabajo permitió analizar y revalidar acerca de la intervención profesional del Trabajo Social en el ámbito de salud pública

específicamente en la atención directa con persona con VIH-SIDA y las diversas actividades y responsabilidades en este ámbito.

También se puede mencionar que en el terreno de la investigación científica, la problemática social del VIH-SIDA ha sido primordialmente estudiada desde la epidemiología del factor de riesgo, con limitada consideración de la perspectiva de las vulnerabilidades culturales, sociales, estructurales y de los derechos humanos, en relación con las políticas públicas. Si bien alguna investigación cualitativa en VIH/SIDA ha mostrado la importancia de las políticas en cuanto a la vulnerabilidad de ciertas poblaciones, es escasa la investigación cuantitativa que analiza la estrecha relación entre la realidad socioeconómica de las naciones afectadas y la propagación de la infección.

De toda la información recabada y analizada se puede dar cuenta que es necesario la responsabilidad del Estado en acompañar y reforzar políticas públicas direccionadas a esta problemática social que afecta principalmente a las personas en la condición de VIH-SIDA.

En el desarrollo del trabajo de investigación se ha dejado en claro la necesidad de trabajar en la reconstrucción de abordajes integrales en salud, teniendo presente como eje central a las personas con VIH-SIDA, como sujetos de derechos, en este escenario la profesión del trabajo social como actor fundamental en la defensa de su dignidad y en el acompañamiento de efectivización en la aplicación del enfoque de derechos humanos en las políticas públicas y respuesta al VIH y el SIDA, esto contribuirá al logro de una sociedad más justa y equitativa, los resultados de este trabajo pueden constituirse en insumos destinados a enriquecer las políticas del Estado así como también a las acciones necesarias para la promoción y defensa de los derechos de las personas afectadas por el VIH-SIDA.

## Bibliografía

- Adaszko Ariel, Huergo Mariela, Sotelo Juan, Weller Silvana (2009) ¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir? Respuesta al VIH/SIDA desde el sistema público de salud – 1ra ed. Buenos Aires: Ubatec SA.
- Adaszko, Ariel y Dorigo Analia (2018) “Respuesta al VIH, SIDA e infecciones de transmisión sexual Plan Estratégico Nacional 2018-2020”.Secretaria de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social Argentina Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC.
- Adaszko Ariel, Kaynar Vanesa, Laplacette Graciela, Levite Valeria y Vignau Liliana (2015) “Respuesta del Estado al VIH-SIDA, ITS y hepatitis virales en la Argentina” Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, Dirección de Sida y ETS (2018)
- Adissi, G. (2017) “Jóvenes con diagnóstico VIH en el área metropolitana de Buenos Aires”
- Andrenacci, Luciano y Repetto, Fabián (2006) “Un camino para reducir la desigualdad y construir ciudadanía”
- Anuario de Salud Pública (2018) Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut
- Artaza Barrios, O (2017) “Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina”, edición. - Buenos Aires
- Aquin Nora (2009) “Políticas públicas, derechos y trabajo social en el Mercosur”. Espacio editorial Buenos Aires.
- Barrón López, Sara, Ibarlucía Ines, Jones Daniel (2016) “Significados asociados al VIH y al SIDA en la Argentina” Resumen ejecutivo, Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.
- Barrón López, Sara, Ibarlucía Ines, Jones Daniel (2017) ¿Qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el SIDA? : un estudio sobre significados asociados al VIH y al SIDA en población general en la Argentina Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Busto Martínez, M.J. (2013) “Tesis doctoral serie: salud, actitudes, experiencias y prácticas en Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Madrid”.

- Capella Castillo Sergio, Fajardo Franch Maria y Navarro Pérez José Javier (2018) La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social.
- Caqueo Alejandra y Urzúa Alfonso (2012) “Calidad de vida” Una revisión teórica del concepto, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile.
- Carballeda Alfredo y Barberena Mariano (2006) “Municipios y Cuestión Social” Edición N° 41.
- Carballeda, Alfredo (2008) “Escuchar las prácticas.: La palabra, la mirada y la escucha en los procesos de formación profesional. La entrevista como espacio de encuentro en la intervención del Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Carballeda Alfredo (2012) “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” Revista margen N° 65
- Carballeda Alfredo (2012) La intervención en lo Social, exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales, Paidós Buenos Aires
- Carballeda, Alfredo (2010) “La intervención en lo social como dispositivo”. Una mirada desde los escenarios actuales. Trabajo Social UNAM
- Castro Escalante Gabriela, Gutiérrez Cuevas Adriana (1997). Análisis de los Enfoques de Intervención en Trabajo Social, Utilizados en la Atención de Personas VIH/SIDA y sus Familias.
- Chanampa, M. E. y Lorda, M. A. (2019). “Asentamientos informales y regularización urbana. La producción de territorialidades en tensión”. Bitácora Urbano Territorial
- Cicciari María Rosa (2016) “El enfoque multidimensional de la pobreza aplicado a las localidades patagónicas de Comodoro Rivadavia y Neuquén”
- Cid de León B, González, B.G, Martínez, J. P y Vázquez, S. (2014) “La práctica del Trabajo Social en salud desde la perspectiva de los modelos de intervención, Comunitaria, Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales” N° 7
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2017) “Panorama Social de América Latina” Desigualdades en los ingresos, en el mercado laboral y en el acceso a las pensiones
- Cruces Guillermo, Marin Martín, Moreno Dena, Ringold Rafael (2008). “Los programas sociales en Argentina hacia el Bicentenario: visiones y perspectivas” Ed. - Buenos Aires: Banco Mundial,
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

- Dirección de SIDA y ETS la salud es un derecho de todos y todas (2014) “Herramientas de actualización para el trabajo en educación 30 años de la epidemia de VIH/SIDA en Argentina”.
- Federación internacional de Planificación de la Familia (2008) “Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF”. Londres.
- Freddo Bianca y Usach Natalia (2015) “Crecimiento de una ciudad dispersa: análisis y reflexiones del caso de la ciudad de Comodoro Rivadavia”
- Freddo Bianca y Usach Natalia (2016) “Dispersión y fragmentación socio espacial en el crecimiento reciente de una ciudad petrolera de la Patagonia Argentina”
- Fundación Huésped (2009) Guía de cobertura VIH-SIDA
- Fundación Henry J. Kaiser Family ((2009) “Cobertura del VIH/SIDA”.
- Gagliolo, Gisela Mariana (2018) “Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública: un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-SIDA” - 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras.
- Gogna; Mónica, Manzelli Hernán, Pecheny Mario (2008) “Estudio nacional sobre la Situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina”. 1a ed. - Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Gutiérrez-Ageitos, Pablo y Salvia, Agustín; (2013) “La estructura social del trabajo en Argentina en el cambio de siglo: cuando lo nuevo no termina de nacer” Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015) “Guía de información y buenas practicas sobre VIH y SIDA”.
- Jones Daniel (2017) “Adherencia a los tratamientos antirretrovirales en personas que viven con VIH en la Argentina” Buenos Aires, Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
- Labra Oscar (2011) “Trabajo Social y VIH-SIDA: análisis de prácticas de intervención”
- Ley Nacional de SIDA N° 23.798, decreto reglamentario N° 1244/91
- Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable.
- Ley 26.061 “De protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”
- Ley de Derechos del Paciente, 26.529.
- Modulo 1(2015). “Manual de Capacitación NPHW: Salud y Enfermedad “

- Ministerio de Salud, Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (2017). Boletín N° 34 sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina,
- Ministerio de la salud de la nación Argentina (2013) “Vivir en positivo, Guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos”.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social Argentina, Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaria de Gobierno de Salud” (2018) “Respuestas al VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual, Plan Estratégico Nacional 2018-2021”.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social Argentina (2018), Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaria de Gobierno de Salud, Boletín N° 35 “sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina”.
- Ministerio de Salud de la Nación, Área de Prevención de la Dirección de SIDA y ETS, (2013) “Vivir en positivo, Guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos”.
- Nuñez Fabio (2015) “El enfoque de derechos en salud y la respuesta al VIH y SIDA en la Argentina” Universidad Nacional de La Plata Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Instituto de Derechos Humanos Maestría en Derechos Humanos.
- Pando, María (2010) “Aportes a la epidemiología del HIV en Argentina. Prevalencia e incidencia en grupos vulnerables”
- Proyecto Salud en tu Casa (2016) Secretaria de Salud Municipalidad de Comodoro Rivadavia
- Reglamento de tesis de grado. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (UNPSJB). Anexo Resolución CDFHCS N° 440/2012.
- Ríos Ferreira Gilberto (2014) “Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur”
- Rozas Pagaza, Margarita (2014) “Reinscribir la relación de la intervención profesional en trabajo social, la cuestión social y las políticas sociales” Vol. 20
- Salvia, Agustín (2016) “Deudas sociales en materia de Desarrollo Humano e integración ciudadana”. Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana (IMDOSOC), México, Octubre
- Vasilachis de Gialdano, I.(2006) “Estrategias de Investigación Cualitativa” Barcelona, España Editorial, gedisa
- web [www.comodoro.gov.ar](http://www.comodoro.gov.ar)
- <https://www.huesped.org.ar/institucional/mision-y-vision/>
- <https://www.indec.gob.ar/>

- <https://www.adnsur.com.ar/politica/precios-por-las-nubes-en-comodoro--la-canasta-basica>.

## Anexos

### Entrevista N° 1:

Entrevista Institucional:

Secretaria de Salud Municipalidad de Comodoro Rivadavia

Función: Secretario de Salud

Profesión: pediatra

Entrevistado: Carlos Catala

Lugar: Sarmiento 680– (oficina)

Fecha:24/01/2020

Inicio: 15:15 hs pm

Finalización:15:45 hs. pm

Objetivo de la entrevista: conocer las acciones del Estado Municipal en relación atención primaria de la salud en la Ciudad de Comodoro Rivadavia, siendo como referente el Secretario de Salud Dr. Catalá Carlos quien podrá dar su aporte de las estrategias y políticas públicas de salud y en relación al VIH-SIDA.

**Entrevistadora:** Buenas tardes doctor, gracias por brindarme su tiempo y espacio, el motivo de mi presencia es conocer de cómo se aborda la problemática del VIH- SIDA desde la Secretaria de Salud Municipal para desarrollarlo en la investigación tesina de grado.

**Entrevistado:** Buenas tardes, espero cumplas ese objetivo

**Entrevistadora:** ¿Desde cuándo está a cargo de la Secretaria de Salud?

**Entrevistado:** estoy a cargo como Secretaria hace 4 años porque anteriormente tenia rango de Subsecretaria de Salud y dependía de la Secretaria de Desarrollo Social hace un total de 8 años y ahora vamos por el cargo por 4 años más para acompañar a la gestión del Intendente Luque.

**Entrevistadora:** ¿cómo fueron sus inicios en esta función?

**Entrevistado:** en cuantos a los inicios empecé haciendo la residencia en un hospital público en el año 1986 finalice trabajaba en la parte pública y privada porque un solo sueldo no cubría lo que necesitaba pero siempre estaba en el Hospital o en la municipalidad y esto fue así hasta y tome el compromiso de asumir el cargo de

Subsecretario por una disponibilidad de tiempo de no tener que estar pendiente de otras cosas cerré el consultorio privado y ahora estoy en la función pública.

**Entrevistadora:** ¿Qué es lo que lo motivó a ingresar en la función pública? ¿Hubo una propuesta por parte de alguien?

**Entrevistado:** Nunca hubo una propuesta puntual cuando yo inicié en la función pública mi jefa era la Sra. Llanos Ana, la Subsecretaria dependía de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, para esto tiene que ver con la preparación y herramientas con el posgrado que realicé de salud social y comunitaria que me abrió la cabeza y me dio las herramientas porque yo siempre trabajé con la gente en los centros de salud pero no tenía las herramientas para aplicarlas, como estrategias, me refiero al trato, el vínculo con los padres, madres y los niños y fui uno de los primeros médicos comunitarios en la época de Ginés cuando era Ministro de Salud éramos 4 o 5 médicos comunitarios y mi lugar de trabajo era en el Caps del Barrio Máximo Abasolo pero bueno cuando hablo con quién en ese momento era el Intendente Néstor Di Pierro con Ana Llanos en una reunión, presenté una propuesta de trabajo y ellos decidieron que yo sea quien ocupara el cargo y lo que en realidad hice es aplicar en mi trabajo el conocimiento que tenía y las ganas de trabajar en el territorio con la gente la decisión que esto fuera una Secretaría y aumentar el rango fue algo que en su momento el intendente Néstor Di Pierro junto al vice intendente Carlos Linares; hubo un acuerdo y una decisión política y con el reconocimiento hacia la Secretaría esto fue todo enmarcado en lo que el intendente Néstor Pierro y como gobernador Martín Buzzi; hubo muchos problemas de salud en la provincia y en la ciudad, muchos paros y desde esa época la Secretaría de salud estuvo siempre trabajando y haciendo muchas cosas.

**Entrevistadora:** ¿Qué beneficios notó desde que se obtuvo por decisión y acompañamiento político obtener un rango mayor?

**Entrevistado:** tiene que ver la gestión no es lo mismo con un rango de subsecretaria porque no puedes llegar al Ministro de Salud provincial aunque siempre tuve un excelente vínculo pero no es lo mismo articular con provincia y nación con un rango de Secretaría ósea que una de las herramientas de la decisión política es poder articular directamente con funcionarios de mayor rango y además también porque puede tener importancia y otras veces no pero en la práctica que no es lo mismo por ejemplo hablar con personas que tienen peso económico y peso político que están dentro de la estructura de los otros sectores de la Salud me refiero a las clínicas privadas a los sanatorios, prepagas y obras sociales depende del rango que vos tienes también la

posibilidad de que puedas salir con una gestión positiva así que más que una pueda estar en contra de algunas cuestiones jerárquicas pero antes tipo de cuestiones es muy importante.

**Entrevistadora:** ¿Cuál es el servicio más importante que presta esta Secretaría de Salud?

**Entrevistado:** Si tendría que definir el servicio más importante es el de tratar de voltear todas las barreras posibles que tiene que ver con las inequidad de salud el acceso a la salud, no el sistema sanitario sino el producto, porque nosotros como estrategias usamos el tráiler sanitario para ir a los lugares donde la gente no tiene acceso o con barrera geográfica, de traslado porque no hay colectivos, porque son asentamientos, porque hay personas con una incapacidad disminuida por la educación que no tuvo, entonces nosotros pudimos bajar el discurso con algo más popular, porque por otro lado lo que tiene que ver con los productos sanitarios por ahí entras en el sistema de salud y te dicen que necesitan un par de lentes y que necesitan realizarse prótesis para poder comer son cosas muy elevadas esos van más allá de lo particular la situación a nivel nacional, otra cosa tiene que ver con los medicamentos nosotros logramos bajar un programa para poder otorgar medicamentos para los que podían comprar y bancamos muchas cosas que se perdieron y lo otro que pudimos darle a la gente es tranquilidad garantía seguridad y calidad en la atención porque así como yo planteaba también durante los 8 años de conflicto salarial en la provincia nosotros estuvimos de lunes a viernes, sábado y domingos trabajando con las instituciones de los barrios los clubes uniones vecinales como por ejemplo nos pasó en la emergencia climática las personas se quedaban tranquilos porque se iban con un tipo de respuesta. Ahora tenemos una secretaria con un doble presupuesto porque digo esto, el municipio no tenía sillón odontológico ahora tenemos 5 sillones, 2 ecógrafos, 2 electrocardiógrafo, fue tratar de acompañar para que diagnóstico sanitario por otro lado el tráiler fue una estrategia que no hicieran CAPS en cualquier lugar sin un diagnóstico sobre todo también venía de la mano de los problemas presupuestarios a mí que tenían que ver con lo edilicio y el recurso humano mientras que los tráiler ya teníamos el personal y los profesionales empezamos con vacunatorios, fuimos generando ofertas que no tenía el municipio y tiene que ver con la posibilidad de realizar un diagnóstico con lo que hay y hace falta a Comodoro también un diagnóstico de la imposibilidad aun cuando el Ministerio de la Provincia, no destina un presupuesto acorde a la demanda de ciudad no siendo así como lo hace Trelew y otras ciudades, tenemos que tener en cuenta que Comodoro es una ciudad

grande con un alto porcentaje de personas sin cobertura de obra social tengo una lectura de que se pensó en complicar la ciudad de comodoro para centrar todo en otra ciudad, entonces empiezas a notar que del otro lado no vendrá nada esto tiene historia los médicos, cirujanos pediatras.

**Entrevistadora:** ¿Se trabaja articuladamente con Instituciones?

**Entrevistado:** Si, tiene que ver con poner la cabeza y juntarnos todos con capacidad de decisión para realizar un diagnóstico por ejemplo en los lugares privados están incumpliendo muchas cosas al igual que las obras sociales prepagas ,las obras sociales acuerdan cosas que en los lugares privados no entregan entonces nosotros tuvimos que poder tener una estructura flexible que las personas que quedaban si trabajo y cobertura social, la realidad de hoy no está muy lejos ,el municipio está trabajando mucho articulando con el Hospital Regional, la Cruz Roja, UNPSJB, Hospital Militar, el Colegio Médico, ámbito de justicia, ámbito de educación, amito de seguridad, funcionarios y secretarias de la municipalidad, consejo deliberante son muchas las instituciones con las que se trabaja, actualmente estamos trabajando y apoyando al Hospital Alvear para que sea el hospital de la zona norte y después veremos si el diagnostico será el mismo.

**Entrevistadora:** ¿Que acciones y decisiones se toma en relación a la problemática VIH-SIDA?

**Entrevistado:** actualmente se trabaja desde la promoción y la prevención como debería ser, trabajar más ahí para evitar que lleguen a tener la infección, por ejemplo se puede solicitar alimentos frescos a una persona que tiene VIH pueden ser 100 personas y cuanto me perdí en el medio de que no se pudieran contagiar y si tiene mucha impronta social pero con la mirada que tiene social y comunitaria, hay un equipo de laburo que si bien hay cuestiones específicas que tienen que ver con la responsabilidad el medico la medicación y el paciente pero hay problemas que se resuelve con cuestiones sociales.

**Entrevistadora:** ¿Que estrategias se utilizan para abordar esta problemática?

**Entrevistado:** mucho tiene que ver con la voluntad los gestos y la empatía, no tan solo de estar parada con un panfleto no es hacer promoción y prevención es tratar de llegar tener vínculo con las personas para te que escuchen y entiendan. En el marco del Programa Nacional Saludables hay grupos de profesionales médicos, trabajadoras sociales obstétricas , psicología que realizan charlas, por ejemplo los trabajadores sociales, psicólogas sociales y psicólogas articulan y planifican con las instituciones para dar charlas interdisciplinarias, muchas de estas actividades se llevan a cabo en los

colegios, en clubes, asociaciones vecinales y todas las veces que colocamos en el tráiler intentamos que eso también este presente, por suerte tenemos el único laboratorio que sale a trabajar en la calle y que ha hecho mucho trabajo en ITS en todo este tiempo y nosotros tomamos la decisión de no realizar un solo análisis porque hay otras estrategias provinciales y nacionales que iniciaron como el testeo rápido de VIH y hepatitis C que en realidad en otros lugares los médicos no solicitan, no miran la realidad de lo que pasa y no piden u sugieren los análisis VIH, sífilis con todo lo que pasa con las embarazadas con los bebes con la transmisión entonces hay lugares que están muy alejados de donde puede haber un laboratorio y que esos lugares me parece muy válido realizar los testeo rápido, nosotros tenemos un laboratorio que hace elisa y las 4 determinaciones solamente con la decisión de la gente de venir a realizárselo y o estar esperando si conseguir turno o de estar esperando si el medico lo autoriza. También se realiza difusión en los medios de comunicación. El tema está que las personas pierden el miedo a la enfermedad y se deja de usar el preservativo y ha surgido la sífilis como una patología que los médicos la dejaron de pensar de buscar, hago referencia que la franja etaria de los que inician la actividad sexual no es la franja de caso de sífilis sino que se da más adelante es como empezamos ya después nos relajamos, tiene que ver como uno es monoparental, pero hay relaciones informales o algunas que son formales sin embargo hay contagio, uno no sabe lo que hace el otro y hace que las relaciones que son más estables se usa un método de anticoncepción pero eso no garantiza el contagio de las enfermedades.

**Entrevistadora:** ¿Se trabaja con Instituciones que abordan la problemática VIH-SIDA?  
¿ De qué manera?

**Entrevistado:** Si, nosotros e inclusive en este momento estábamos intentando que desde el Hospital Regional no dieran la medicación de los pacientes que están bajo nuestro programa porque tenemos la posibilidad de saber que paciente está bajo adherencia del tratamiento para facilitar la accesibilidad y la integralidad. Hemos trabajado con otras organizaciones no gubernamentales en campañas de promoción y prevención, por ejemplo todos los 1 de diciembre de cada año trabajamos en conjunto con la Cruz Roja, Hospital Regional, Dirección de patologías y prevalentes, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, ejército entre otros. Además queremos que nuestros profesionales médicos reciban capacitación acerca del tratamiento para poder descomprimir un poco la atención en el Hospital Regional porque son tan solo 2 profesionales de infectología para cubrir la atención de los

departamentos, Escalante, Sarmiento y Rio Senguer. De esta forma se podrá realizar el tratamiento médico y farmacológico pero que cada tanto vaya al hospital para la atención de un infectólogo.

**Entrevistadora:** ¿En las campañas realizadas hubo resultados positivos?

**Entrevistado:** si hubieron varios casos positivos

**Entrevistadora:** ¿cómo se notifica y realiza entrega de los resultados positivos?

**Entrevistado:** la devolución no va en un sobre cerrado, acá el bioquímico informa y la devolución la realiza un médico, 1 psicólogo y 1 trabajador social pensado en una estrategia en relación a la sensibilidad para que la persona que lo recibe el resultado no se encuentre sola y este contenida. Queremos que la persona vuelva poder realizar un seguimiento, proveerle la medicación una tarjeta social.

**Entrevistadora:** ¿Que me puede decir con respecto al programa PAAPNE?

**Entrevistado:** el programa tiene muchos años de historia, en realidad no estoy criticando a nadie había cosas que en ese momento porque son modelos de trabajo pero hay cosas que se hacían por decisiones de un jefe pero bueno se hacían no había nada escrito del programa y objetivos metas recurso quien lo hacía con que monto entonces si había una decisión muy importante de trabajar todo lo que tenía que ver con ITS y con las damas de sala, esto debe tener más de 12 años y cerca de los 16 pero bueno no hay una fecha específica porque no existía como programa, si es cierto que uno lo fue trabajando diferente, es más empezó siendo una cuestión estrictamente médica y tenía que ver quien tenía VIH o si era dama de sala y obviamente tenía que haber un acompañamiento a todos los beneficiarios y con los que se fueron agregado con el tiempo, pero tengo la sensación de que lo que se entregaba como beneficiario en el programa no tenía la impronta social es como el medico que te ayuda y te da unas cositas y no como un derecho adquirido, para mi tiene otra mirada pero bueno esa es la sensación que tengo yo. Este programa al igual que el Programa Desnutrición estaban dentro de la Secretara de Desarrollo Humano y Familia y no estaban definidos como programa y no teníamos una asignación de partida así que nosotros pudimos trabajar, actualmente son 12 los programas que tenemos, en este último tiempo lo que hicimos es que los programa de la Secretaria de Salud con decisión y autorización del intendente fueran políticas públicas, nos queda pendientes este programa PAAPNE y otro que tiene que ver con salud integral y con el crecimiento y desarrollo de los niños ya se encuentra en el concejo deliberante pero este programa PAAPNE no está por ordenanza.

**Entrevistadora:** ¿Entonces hay un presupuesto designado para los destinatarios que presentan el diagnóstico de VIH-SDA?

**Entrevistado:** Si, una parte estoy terminando de pelear como te mencionaba ambos programas tienen como presupuesto asignado a la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia y en realidad debería estar acá quiero que lo pasen para acá porque la Dirección de Trabajo Social conoce y acompaña a los beneficiarios, ya tenemos los números y una tentativa de un monto estamos intentado llevarlo a \$ 3000 para cada tarjeta hay que tener en cuenta que actualmente el monto es de \$600 y que obviamente yo estaba en una situación de tener que discutir con el que tiene plata en su partida me llevo casi un año conseguir que lo aumenten a \$ 1500 momento que ya era otra gestión.

**Entrevistadora:** ¿Entonces sostiene que es necesario pelear por un presupuesto mayor para esta población vulnerable?

**Entrevistado:** Si, por la situación actual y lo que estas personas tuvieron que sobrellevar me refiero a las políticas y decisiones de la gestión nacional anterior, además de sacar el beneficio de la pensión nacional, vino de la mano sacar medicación o que la medicación llegue tarde, desde el Ministerio de salud de la Provincia tampoco va a poner como asignación de partida de presupuesto de algo que tiene que garantizarse gratis desde Nación, tiene que ver con esto si bien hay situaciones que no comparto con la provincia con el diagnóstico sanitario y con la asignación de recurso para la ciudad de Comodoro Rivadavia pero tenemos una excelente relación cuando Nación no enviaba la medicación desde el Ministerio de la provincia tenía que comprarla.

**Entrevistadora:** como lo mencionaba anteriormente ¿Qué opina de en relación a las políticas públicas de salud a nivel nacional y provincial de la gestión anterior?

**Entrevistado:** Voy a dividir, primero iniciare por las políticas a nivel nacional, me parece también lo menciono el Ministro de Salud actual Gines Garcia, entre insensibles incapaces en un montón de cosas como por ejemplo gastar 14000000 de dólares en vacunas y dejarlas guardadas, los faltante de medicaciones para VIH tuberculosis los medicamentos para los abuelos, bajaron el rango siendo ministerio paso a Secretaria, a nivel provincial quiero destacar que algunos han hecho cosas pero es remarla porque vos haces lo que puedes con lo que te dan y cuando el diagnóstico es el mismo no te a la posibilidad de hacer otra cosa, se necesita un presupuesto acorde al gasto teniendo en cuenta el costo de los insumos, los medicamentos, los estudios y la inflación de estos últimos años, entonces hay gente que labura haciendo lo mejor que puede con lo que tiene.

**Entrevistadora:** ¿Se capacita al personal que trabaja con las personas con VIH-SIDA?  
¿De qué manera?

**Entrevistado:** Si dentro de lo que hemos podido, tenemos muchas ofertas y cambios internos algunas veces de lo que venía funcionando bien se estanca y no se realiza las cosas como se venían haciendo antes, yo sé que hay profesionales que quiere brindar capacitación pero desde provincia no entregan viáticos, lo ideales que desde Nación se bajen y financien programas de capacitaciones a la provincia y que no es necesario que desde la Secretaria se pague este recurso pero por ejemplo las partida de prestaciones hay un 20% destinado a capacitaciones que en algún momento se realizara.

**Entrevistadora:** Teniendo en cuenta la complejidad de cada situación. ¿Es importante la sensibilizar y capacitar al personal?

**Entrevistado:** Pero tenemos 2 cosas la capacitación no te da sensibilidad, la capacitación te puede dar solo herramientas por ejemplo hay protocolos que hacer pero entre estas cosas puede estar incluido que te den un bolsón de alimentos frescos o el acceso a la medicación pero como te van a tratar no hay ninguna capacitación y lo puedo decir como profesional médico te puede tratar mal un administrativo un farmacéutico o también te puede tocar un profesional que no te explique todo puede ser el mejor infectologo del país.

**Entrevistadora:** ¿Considera que actualmente existe discriminación y estigma social en relación con al VIH-SIDA?

**Entrevistado:** Si, VIH, hepatitis y sífilis se contagian igual para un realizarte un análisis de VIH necesito de tu autorización mientras que para el hepatitis no, estamos hablando de lo mismo por ejemplo te podes contagiar en una noche en la misma situación, sin embargo no es vergonzoso decir que tengo hepatitis C a que tengo VIH.

**Entrevistadora:** Claro, tiene que ver con la historia de la infección y enfermedad, los tabú y miedos que aún perdura en la sociedad

**Entrevistadora:** ¿Cómo visualiza el rol del trabajo social con respecto al VIH-SIDA?

**Entrevistado:** Me parece que tiene que ver con la formación, aunque la formación no te da la sensibilidad, podemos tener profesionales médicos con llegada a la gente y que quiere trabajar en estos espacios con gente humilde, con gente probablemente poco instruida lo que significa que te va a llevar el doble de tiempo hacerle entender su diagnóstico como se tiene que cuidar que es lo que tienen que hacer y hay médicos que están preparados para la parte privada, en la parte privada también hay una cuestión social cuando das un diagnostico son un martillazo en ambos lados. Muchas veces los

médicos o los que se han preparado de este lado de la ciencia son más duros más distantes y puedes tener excelentes médicos pero los trabajadores sociales tienen otras herramientas otras estrategias tienen una mirada más global de cómo encarar el problema mientras que el médico se cierra más en lo que sabe y en su área de seguridad y confort porque el otro lo pone incómodo. La gente necesita otro tipo de vínculo tanto la promoción la prevención y el seguimiento. Una carrera no te garantiza nada te da un título te pone en un determinado lugar tienes acceso a un trabajo a un sueldo pero eso no te hace mejor y sensible persona y profesional.

**Entrevistadora:** nuevamente mis agradecimientos su aporte será de gran importancia para finalizar mi tesina, y ara que los lectores conozcan su postura y trabajo en relación al VIH- SIDA.

**Entrevistado:** nada que agradecer espero que te sirva para finalizar tu objetivo.

## **Entrevista N° 2:**

Entrevista Institucional: Secretaria de Salud Municipalidad de Comodoro Rivadavia

Cargo: Dirección de Trabajo Social

Profesión: Licenciada en Trabajo Social

Entrevistado: sueldo Carla

Lugar: Sarmiento 680– (oficina)

Fecha:04/02/2020

Inicio: 16:15 hs pm

Finalización:16:50 hs. pm

**Objetivo de la entrevista:** conocer el rol del trabajo social y ejecución del programa PAAPNE en relación a las personas con VIH-SIDA.

**Entrevistadora:** Buenas tardes Carla gracias por recibirme y por tu tiempo

**Entrevistada:** buenas tardes Belén nada de que agradecer

**Entrevistadora:** como sabrás el motivo de la entrevista es para poder desarrollar mi tesis y tu aporte será muy importante porque trabajan directamente con personas con VIH-SIDA

**Entrevistada:** bueno empezamos

**Entrevistadora:** ¿Cuándo inicia a trabajar en la secretaria de Salud?

**Entrevistada:** Mis inicios en la Secretaria de Salud es a partir del año abril 2015 pero trabaje muchos años en la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia de la Municipalidad de Comodoro Rivadavia

**Entrevistadora:** ¿Cuál es su función actualmente?

**Entrevistada:** Actualmente soy la Directora de la Dirección de Trabajo Social

**Entrevistadora:** ¿Cuál es la cantidad de personal a cargo y condición laboral de cada uno?

**Entrevistada:** El personal a cargo son 3 Licenciados en trabajo social, 1 de ellos en planta transitoria y 2 trabajadores sociales contratados, 1 administrativas personal de planta permanente, 1 administrativa contratada, 1 técnica trabajadora comunitaria planta transitoria

**Entrevistadora:** ¿Cuáles son las misiones y funciones de la Dirección de Trabajo Social?

**Entrevistada:** Son varias las misiones y funciones, te entregare un escrito que fue presentado en el años 2018 para que la agregues en tu tesis. Pero te resumo es generar intervenciones integrales y promover la eficiencia y optimización de recursos permite prevenir, promover y resolver problemáticas, individuales, familiares, de grupos y su comunidad. Basado en Derechos Humanos, de género, de niñez, adolescencia, de jóvenes, de adultos, adultos mayores, etc. Garantizando Derechos y articulando con otras Instituciones y espacios comunitarios de la Ciudad.

Todo tiene que ver con la realidad y las diferentes demandas que presenta la comunidad y también en relación a los objetivos que presenta la Secretaria de Salud. Las intervenciones de la Dirección de Trabajo Social son derivadas desde: Intendencias, Conejo Deliberante, Secretarías de la Municipalidad Comodoro Rivadavia, instituciones educativas, Poder Judicial como Ministerio Publico fiscal, Ministerio de Defensa Publica, Asesorías, Juzgados de Familias, Juzgado Federal, Hospital Regional, Hospital Alvear, CAPS Municipales y Provinciales, Uniones Vecinales, espacios comunitarios , Caritas diocesana, ONG`S, entre algunos).

**Entrevistadora:** ¿Cómo y cuándo se crea el programa PAAPNE?

**Entrevistada:** El programa empieza a funcionar a partir del año 2002 específicamente nunca salió como resolución del Concejo Deliberante ni mucho menos sino que surgió a través de la demanda y de la crisis económica del 2001, por eso que en el 2002 se crean 2 programas específicos en la Dirección General de Salud porque ese momento la jerarquía era de Dirección no de Secretaria, entonces se crean estos 2 programas de

desnutrición y el programa de asistencia alimentaria a personas con necesidades especiales y que tiene que ver con la crisis económica al principio surge con entrega de bolsones de alimentos y entrega de leche después pasan a recibir tickets alimentarios hasta que se entrega formalmente la tarjeta social desde el 2002 hasta el año pasado cobraban \$ 300.-

**Entrevistadora:** ¿cuáles son los objetivos del programa PAAPNE?

**Entrevistada:** Básicamente asistencia alimentaria a personas con diagnóstico de VIH positivo, así surge el programa pero los objetivos que tiene hoy son diferentes antes solamente cubrir una necesidad alimentaria.

**Entrevistadora:** ¿Cuáles serían los objetivos ahora?

Este programa está en replanteamiento en sentido que a diferencia de los objetivos anteriores, ahora nos enfocamos en el acompañamiento y seguimiento para que las personas puedan transitar esta enfermedad como patología crónica, hoy tenemos el tratamiento y medicación gratuita y se puede decir que lo indetectable y lo intrasmisible tiene que ver con la regularidad del tratamiento un objetivo esencial o desafío sería llegar que todas estas personas realicen el tratamiento y se puedan negativizar y no transmitir el virus y que sean indetectables en sus valoraciones sanguíneas.

Desde el año 2015 que venimos trabajando y construyendo en conjunto para brindar un mejor servicio y atención a las personas con VIH, en el año 2015 se propuso conformar el equipo psicosocial para realización de consejerías y contención en otorgamiento de resultado positivos. Otro desafío fue conformar la Mesa Interinstitucional de Lucha contra el VIH-SIDA entre Municipalidad Comodoro Rivadavia– Municipalidad Rada Tilly, Hospital Regional Manuel Sanguinetti ,APS, Universidad Nacional de Patagonia San. Articulación con el Servicio de Epidemiología y patologías prevalentes Área programática Su Juan Bosco. Por último se articula con ATTTA, AMMAR y Dirección de Diversidad MCR para generar acciones conjuntas. Por último se articuló con ATTTA, AMMAR y Dirección de Diversidad MCR para generar acciones conjuntas. Para resumir desde la Dirección realizamos, contención más entrega de resultados positivos, acompañamiento individual y familiar, gestión de turnos en epidemiología y prevalente, acompañamiento para la adherencia al tratamiento. Gestión conjunta de beneficios sociales (pensión nacional, pensión municipal y elemento de asistencia directa).

**Entrevistadora:** ¿Cuáles son los requisitos para la incorporación al programa?

**Entrevistada:** Un certificado médico con el diagnóstico de VIH positivo ya sea por cualquier organismo de salud público, certificado de laboratorio o corroboramos si se encuentran en el programa SISA también se los puede incluir al haber tanta migración de diferentes provincias o localidades de la provincia porque el SISA es un programa único donde se hace la denuncia de estos casos obligatorios inmediatamente se incorpora al programa, otro requisito es o tener ingresos formales.

**Entrevistadora:** ¿Cuántos son los destinatarios desde el 2017 hasta la actualidad?

**Entrevistada:** En el año 2017 los beneficiarios del Programa fueron 137 personas y predomina el virus de VIH en la población femenina haciendo un total de la población masculina de un 39% y la población femenina 61%, y la población por grupo etario. Actualmente son 136 los destinatarios en este mes se entregaron 7 resultados positivos acá en la Secretaría de salud de los cuales se incorporan 5 y se da de baja a una persona fallecida.

**Entrevistadora:** ¿Cuáles son los beneficios actualmente?

**Entrevistada:** Se sostiene el beneficio de tarjeta social de un valor total de \$1500.- por cada uno, más 2 kg de leche. El acompañamiento no es solo alimentario sino habitacional, emocional es brindarle atención psicológica si lo necesitan, acompañar desde momento que se da el resultado y en transcurso no tan solo para la persona positiva sino para la familia, parejas amistades y que ellos pueda informar es muy importante porque convivir con una enfermedad crónica implica una proyección de vida y para esto es fundamental el apoyo de familiares y amistades.

**Entrevistadora:** ¿Cuál es la edad y género más afectado?

La realidad es que las mujeres son el 56% del programa por ende las mujeres, pero yo no si lo haría por el género, porque si nos ponemos a hablar de diversidad sexual tenemos un género femenino y masculino desde lo tradicional pero lo real es que hay personas que no se sienten identificadas y varios del programa no se identifican con un género masculino y /o femenino, entonces yo diría que por nacimiento si el 56% son las mujeres y las edades las más altas son entre los 30 y los 45 años.

Muchas de las personas que resultaron positivas ahora tienen más regularidades en cuidados de prevención

**Entrevistadora:** ¿Qué cantidad de destinatarios aproximadamente se encuentra bajo tratamiento médico y farmacológico?

**Entrevistada:** Hasta el 2018 teníamos un 76 % en el 2019 no lo hemos calculado pero seguro ha bajado la cantidad de tratamiento, ahora estamos armando el nuevo

relevamiento que en realidad en febrero se hace del programa desnutrición que es un programa de niñez y luego arrancamos con el programa PAAPNE. Lo bueno que los últimos 50 que se incorporaron tienen seguimiento asiduo, la mayor complejidad que se da es con los pacientes que son de hace más de 20 años porque el programa tiene más de 18 años.

**Entrevistadora:** ¿Sabe si algunos de los destinatarios se encuentran con la enfermedad del SIDA?

**Entrevistada:** La verdad hoy no te lo podría decir, lo que pasa es que yo creo que todos ellos hoy están en una etapa más vulnerable porque su condición de precariedad hace que puedan avanzar y evolucionar hacia el SIDA, el problema es que es muy difícil llegar a realizar el seguimiento de algunos pacientes como por ejemplo los que están desde los inicios del programa y han permanecido, pero los atravesamientos socioeconómicos hace que ellos estén más vulnerados.

**Entrevistadora:** ¿Cuáles son los Derechos vulnerados de las personas con VIH-SIDA?

**Entrevistada:** Los básicos yo creo que las necesidades básicas insatisfechas es lo primero que sobresale en ellos, evaluamos lo habitacional lo socioeconómico, todo lo fisiológico y la sexualidad es muy importante rescatar que sus atravesamientos lo emocional hace que ellos tengan prácticas de riesgo, creo que el autoestima es muy complejo para ellos, si vamos a la vulneración de Derechos las necesidades básicas esta todas vulneradas y si vamos a pensar otra pirámide de necesidades y retomamos a Maslow, el autoestima el trabajo, el poder conformar una pareja, el poder tener un proyecto de vida, el poder tener desafíos son todas estas cosas que le faltan, si bien cada persona tiene atravesamientos diferentes, hay cuestiones que se repiten.

**Entrevistadora:** ¿Cómo es la intervención dese la Dirección de Trabajo Social con personas con VIH-SIDA?

**Entrevistada:** En realidad se han podido gestionar muchas cosas en lo que va en la historia el programa, pero depende mucho de cada paciente y en cada uno de los casos porque de eso depende el acompañamiento del trabajo social y si acuerda conjuntamente la corresponsabilidad que le podemos brindar, no le pedimos que se queden tranquilos y que nosotros nos ocuparemos de gestionar los beneficios, todo se construye en conjunto, nosotros abrimos las puertas a demanda de cada uno sin otorgar turnos, gracias a esto gestionamos pensiones municipales y nacionales o gestiones de terrenos módulos o viviendas lo que permitió fundamentar porque es necesario y un

seguimiento institucional. Aunque desde el año 2017 dejaron de otorgarse las pensiones nacionales por invalidez.

El rol del trabajo social en esta Secretaría de Salud es fundamental para poder acompañar el tránsito por los menos en la primer etapa por eso es necesario comenzar con los más grandes o los que más tiempo fueron diagnosticados, pero con los que logramos realizar seguimiento nosotros acompañamos desde que se entrega el resultado positivo y varias disciplinas pudieron ver que el rol del trabajo social es fundamental en la entrega de este diagnóstico, porque lamentablemente en la sociedad continua mucho el tabú y el mito que vos con este tipo de diagnóstico te morís entonces el poder hablar con estas personas más empáticamente si bien hay excelente profesionales pero la empatía es individual. Nosotros al estar involucrados directamente con la personas con VIH nos permite evaluar esas situaciones y acercarnos dese otro lugar y no tanto desde la ciencia.

Las formas de hablar, de la manera de recibirlos el abrirles las puertas el no ponerles turnos sino que cada uno entienda que es un espacio a demanda y que puede utilizarlo todas las veces que lo necesiten, aparte que el trabajador social entrega el turno sino que acompaña y gestiona el turno con prevalentes en informar a la familia, en velar en su situación socioeconómica no sé si mejore pero asesorar en una situación de las personas donde se les transforma su mundo a partir del diagnóstico. El trabajador social articula con prevalentes, el médico, laboratorio, bioquímicos, enfermeros, las familias y con instituciones para los beneficios sociales. Nosotros hemos acompañado a paciente con sus familias que querían y necesitaban información o sus parejas y de esta forma logramos que se realicen los análisis en el laboratorio. Porque lo real es que la parte medica lo única que hace es informar en relación a la enfermedad y puede tratar pero lo demás y los determinantes sociales que pueden afectar al paciente no son tomados en cuenta. Nosotros si lo tomamos en cuenta para acompañar a estas personas.

Los profesionales y el personal de la Dirección realizamos varias intervenciones entre ellos acompañamiento individual y familiar, trabajamos mucho para articular con el Servicio de Epidemiología y Patologías Prevalentes y Área Programática Zona Sur y de esta manera poder gestionar de turnos para inicio y adherencia al tratamiento, luego de esta se realiza una evaluación socioeconómica y gestión conjunta de beneficios sociales, tarjeta social, leche pensión nacional, pensión municipal y elemento de asistencia directa). Las solicitudes y sugerencias de apoyos económicos se elevan a la Secretaría de Desarrollo mano y Familia, muchas de estas intervenciones son por derivación de

diferentes instituciones, y también por los profesionales de los CAPS, quienes detectan atravesamientos socioeconómicos en las familias, también se realiza evaluación socioeconómica de derivaciones de licenciados en nutrición para sugerencia y elevo a la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia para otorgamiento de alimentos que luego de la intervención y evaluación se realiza seguimiento. La problemática se traaja fuertemente con el área de epidemiología y prevalentes porque actualmente son los que reciben la medicación y la atención de infectología y también la Secretaria Desarrollo Humano y Familia porque tienen la asistencia alimentaria habitacional y monetaria.

**Entrevistadora:** ¿Se realizan capacitaciones para los que desarrollan esta tarea de acompañar personas con VIH-SIDA?

**Entrevistada:** No, la realidad es que los que nos dedicamos ITS o los que trabajamos con diversidad sexual tiene que ver con el perfil de profesionales que queremos complejizar o lo que individualmente queremos tomar como desafío para trabajar con el paciente la persona o el sujeto de derecho, es voluntad individual, la institución no complejiza sobre la importancia y la cantidad de estadísticas tan altas que tenemos pero bueno es algo que siente ir construyendo. Lo que si tenemos claro es que el programa tiene que crecer no es solo asistencia alimentaria la importancia de acompañar al paciente de otra manera que no es solo entregar un resultado, y a partir de eso se maneje como pueda, que se lo pueda pensar o ver como sujeto de derecho, un sujeto que puede tener nuevos proyectos de vida creo que es un avance pero todavía falta mucho, esto de poder capacitar y acompañar a las personas, para el profesional es importante.

**Entrevistadora:** ¿Qué acciones realizan para trabajar el estigma y discriminación social contra las personas con VIH-SIDA?

**Entrevistada:** No, pero creo que los espacios deben ganarse, peleas las tuvimos en la misma Secretaria de Salud con el personal, no me refiero tan solo al profesional sino al personal que recepciona, al personal que limpia todo el personal de la Secretaria de Salud, fue comenzar como primera parte, para que entiendan que la persona además de tener VIH, también tiene una diversidad sexual, una orientación, migración territorial. Creo que las personas que discriminan es por situaciones personales que en realidad discriminan por todo no tan solo por un resultado. Cuando trabajamos ESI, si se habla de la violencia en general como parte de un estigma pero la realidad no hay políticas o líneas de trabajo que tenga que ver con la erradicación de la discriminación porque creo que la discriminación tiene que ver con otras cosas, pero no es específicamente por la

persona que tiene VIH, sino por su orientación sexual, por su migración por su color de piel, por su religión por lo individual de la persona que discrimina.

**Entrevistadora:** ¿Qué acciones en cuanto a la prevención o promoción se realiza desde la Dirección de Trabajo Social en relación al VIH?

**Entrevistada:** Nosotros en realidad en cada uno de los espacios de la Secretaria de Salud a nivel comunitario somos los encargados de la promoción y prevención de la salud pero hace 4 años la línea de trabajo es justamente es trabajar las ITS, es informar a las personas que las infecciones existen que no importa cuál es la orientación y la práctica sexual sino el cuidado de la persona y del otro, creo que hemos realizado mucho trabajo en cada espacio o campaña realizada por la Secretaria de Salud por los menos todo el personal de esta Dirección continua haciendo eso. Con la Dirección de Laboratorio hemos realizado un hermoso trabajo a partir que decidieron salir de la Secretaria y puedan animarse a hacer campañas en la calle para hacer análisis de sangre porque aún no tenemos el testeo rápido, entonces se continua haciendo el análisis ELISA para poder sacar las 4 determinaciones pero aun así todos los profesionales salgan a la calle se involucren puedan trabajar ITS, se realizan 4 fuertes campañas durante el año. La Dirección de Trabajo Social participa en todas las actividades que tiene la Secretaria y trabajamos ITS.

**Entrevistadora:** Fue muy importante e interesante la entrevista para la realización de mi tesis y un gran aporte para dar conocer las experiencias de la intervención del trabajo social con personas con VIH, mis agradecimientos por colaboración y tu tiempo

### **Entrevista N° 3:**

Fecha: 05/06/2020

Lugar: cafetería

Hora inicio: 9:40 am

Hora finalización: 10:40 am

**Objetivo de la entrevista:** Conocer las experiencias y relatos de vida de personas diagnosticada de VIH en diferentes contextos.

**Entrevistadora:** buenos días, gracias por brindarme su tiempo para poder realizar mi trabajo de tesis, bueno mi interés por realizarle esta entrevista es por el motivo que usted es una de las personas destinataria del programa PAAPNE y mi trabajo se basara en la

problemática del VIH-SIDA y de un análisis y descripción de las políticas públicas específicamente del Programa de la Secretaria de Salud Municipal

**Entrevistadora:** ¿cuántos años tiene?

**Entrevistado:** Tengo 66 años nací en la provincia de la Rioja

**Entrevistadora:** ¿Qué hace trabaja o se encuentra jubilado?

**Entrevistado:** Estoy jubilado me jubile por discapacidad en su mantengo una jubilación mínima pero me arreglo me alcanza, recibo ayuda de la Secretaria de Salud de una tarjeta social de \$1.500.-

**Entrevistadora:** ¿Con quién vive?

Vivo solo en el barrio la Floresta siempre viví allí tengo una casita pequeña atrás de la casa de mi hermana ella vive con mis sobrinos aunque no estoy solo siempre estoy acompañado por mi familia.

**Entrevistadora:** ¿ Pudo estudiar ?

Hice hasta el segundo año del secundario no pude continuar éramos muchos hermanos a mi papa se le hacía pesado y tuve que salir a trabajar era muy difícil en ese momento.

**Entrevistadora:** ¿Qué me podría decir cuando le menciona la palabra VIH – SIDA?

**Entrevistado:** Belén yo te puedo decir estoy perfecto para mi la palabra VIH ya no existe en mi cabeza ya la desincorpore, ya no me afecta como en su momento cuando me diagnosticaron pero todos tenemos situaciones yo ya lo supere pero igual al comienzo son situaciones de angustia depresión, como para todas las personas que fueron diagnosticadas de un montón de cosas porque no sabe cómo encarar la situación y como llevara día a día e muy fuerte porque siempre hay trabas pero siempre hay que encontrarle la vuelta de poder estar en paz conmigo mismo y con mi mente y mi cuerpo, pero yo las supere cuando formamos CUMELEN ONG en el año 2000 desde ese momento sentí que me ayudo en mi mente quería ayudar a los que estaban pasado por una situación la misma situación.

**Entrevistadora:** ¿cómo llega a CUMELEN?

**Entrevistado:** llegue a CUMELEN formamos un grupo y mis compañeros me vieron como líder tuve que hablar con mi familia porque sería la cara visible en esos tiempos era difícil, en ese momento estaba el Dr. Vasserman como Director del Hospital Regional y necesitábamos un espacio físico y presentamos un proyecto el cual fue aprobado y nos cedieron un espacio que estaba en el predio del Hospital Regional realmente fue una institución que fue reconocida a nivel nacional en su momento la Fundación Huésped vino a Comodoro a conocerme a mí y a mis compañeros y a la

institución y conocer como estábamos trabajando y se hizo un acto en el Teatro Español con el Dr. Brugña porque el doctor siempre estuvo con nosotros ayudándonos en cualquier inconveniente que teníamos nosotros nos asesoraba y acompañaba para realizar charlas de prevención que hacíamos en los colegios en la universidad y en todos los lugares que se requería sobre el uso de preservativos y entrega de folletería, hicimos muchas cosas durante 13 años, fue muy difícil cuando tuvimos que cerrar por falta de apoyo del Estado para mi CUMELLEN fue y es muy importante y lo sigue siendo por más que tuvimos que cerrar, como lo que significa CUMELLEN, es una palabra del dialecto indio araucano que significa “estar bien”, nos sentíamos bien.

**Entrevistadora:** ¿Qué tipo de trabajo realizaban?

**Entrevistado:** nosotros le realizábamos trabajo de prevención los 365 días el año recibíamos a las personas se gestionaba para obtener preservativos y realizábamos campañas todos los 1 de diciembre de cada año por el día internacional a lucha contra el SIDA en plazas y calles de 9 a 17 hs. repartiendo folletería y preservativos, lo más importante es que CUMELLEN era un lugar donde las personas podían ir la mayoría no tenían un lugar, era un lugar de contención porque se llora mucho cuando te dan el diagnóstico, hubo una un reconocimiento local en ese momento estaba como intendente Buzzi hable con para tener su apoyo para tener un espacio físico cerca del Hospital Regional porque es donde vamos a parar cuando estamos mal y nosotros teníamos que ayudar y contener a todos los que iban a parar en el Hospital cuando estaban internados también a la familia pero la mayoría estaban solos muriéndose en el Hospital y muchos partieron en soledad muchos de ellos no cumplieron el tratamiento o continuaban con los vicios, Los medios estuvieron a disposición nuestra, recuerdo que el Dr. Corominas Director del Hospital Regional quería cerrar el espacio, no tuvo empatía por nosotros llame a los medios para que se conozcan la situación todo pero el Dr. Corominas no dio entrevistas pero aun así salió en la radio diario y televisión, un día vino y me dijo te saliste con la tuya. Nos dieron otro espacio físico al frente del Hospital regional hasta que lograron sacarnos y cerrar CUMELLEN un 16 de abril de 2010.

**Entrevistadora:** ¿Cuántos eran?

**Entrevistado:** Éramos 7 aproximadamente trabajando mujeres era pocas porque no se atrevían era muy fuerte en esa época algunas eran mama y no querían que se las identifiquen por los hijos que iban al colegio atendíamos de 8 a 14 hs. lunes a viernes los médicos enviaban a la personas recientemente diagnosticadas a CUMELLEN en ese

momento éramos a cara visible y un grupo de autoayuda, salíamos golpear puertas en el municipio en pensiones nacionales en subsecretaria de salud.

Trabajábamos con personas con el diagnóstico y también hacíamos el trabajo de prevención recuerdo que trabajábamos en ese tiempo con trabajadoras sexuales dominicanas entregábamos preservativos.

**Entrevistadora:** ¿Que hicieron después que se cerró el espacio CUMELLEN?

**Entrevistado:** Después que cerraron CUMELLEN fue muy duro para nosotros porque era un espacio de contención para la personas, para nosotros mismo y familiares, muchos familiares no querían alojar en la casa hablábamos con ellos, llevábamos el control con fichas datos de números de teléfonos los llamábamos para saber si necesitaba algo, orientábamos para la gestión de pensiones no contributivas, los alimentos salíamos no estábamos encerrados íbamos a los medios de comunicación la televisión la radio y diarios .

**Entrevistadora:** ¿Era un desafío en esos tiempos en un contexto social?

**Entrevistado:** Si un desafío mío y del grupo teníamos que dar la cara por mis pares para obtener beneficios para ellos.

**Entrevistadora:** ¿Cree que existe aún la discriminación y estigma?

**Entrevistado:** No se superó esa situación todavía y te lo pueden decir las personas que están actualmente diagnosticadas todavía está el estigma, decían allí va el hermano de la vecina con SIDA porque la gente confunde VIH con SIDA y son 2 cosas diferentes para salir en los medios hable con mi familia ellos me acompañaron porque sabían que a mí me hacía bien. La problemática siempre estuvo y esta para las personas con VIH no vas a conseguir trabajo porque te van a realizar el análisis por debajo del escritorio y nunca le dicen que le realizaron el análisis y te dicen después te vamos a llamar y nunca los llaman aunque está penado por la ley pero lo hacen igual.

**Entrevistadora:** ¿Tiene que ver con la desinformación?

**Entrevistado:** Si las personas no se informan y hasta la actualidad esta desinformada y no conocen la etapas del VIH y la etapa terminal del SIDA, ahora una persona que tiene VIH no lo puede decir porque sigue siendo discriminada por la sociedad y la lamentable que la palabra sigue siendo un estigma por algo tienes VIH algo mal hiciste porque a mí me lo dijeron se habla con malicia, pero nadie nos puede juzgar, no nos supimos cuidar en ese momento tanta prevención con lo hay ahora por eso lamento mucho que sigan apareciendo casos ahora. Po ejemplo cuando se habla de otras enfermedades no es lo mismo si una persona le diagnostican cáncer dicen pobrecito tuve cáncer pero cuando se

habla de VIH dicen algo malo habrán hecho primero nos juzgan pero nunca se preguntan porque llegaron a esta situación de contagio, algo habrá pasado en la vida de cada persona, pero detrás de esa persona hay cosas feas como violaciones que no se puede superar, adicciones y que la mente se descontrola.

**Entrevistadora:** ¿Usted paso por alguna situación que lo marco en su vida?

**Entrevistado:** Yo vengo arrastrando cosas de la infancia lo único que no puedo superar es la muerte de mi madre, mi vida fue muy tortuosa yo a los 10 años fui abusado por mi tío y de ahí mi vida fue un desastre viví amenazado ya lo tengo superado con mucha terapia psicológica

**Entrevistadora:** ¿Recuerda cuando fue diagnosticado de VIH?

**Entrevistado:** El 19 de abril 1999, recuerdo que con mi cuñado dijo vamos a pescar nos fuimos, en un momento yo empiezo a marear y tenía mucho frio no tenía fuerza para tener la caña y tampoco podía caminar, estuve 15 días así, sin ir al médico con fiebre vómitos, diarrea hasta que un día va mi hermana quiso llevarme al Hospital, ya presentía lo que estaba pasando, n el hospital me atiende el Dr. Cáceres Javier me entraron a la guardia no tenía pulso quede internado no estaba bien, rescato mucho la atención del hospital Regional fue una atención conmigo espectacular no me dejaron solo en ningún momento todos los enfermeros y médicos, estuve 25 días internado pero aun no sabían que tenía, recuerdo que vino una doctora y me consulto si quería que me realice el análisis de VIH autoriza tenía que dar mi consentimiento hasta ahora es así, me sacaron sangre me recupere y me dieron el alta y el 3 de mayo una de mis hermanos me informa que desde el área social del hospital me estaban llamando que te presentes en el consultorio numero 8 me acompaño mi hermana ella quería entrar conmigo al consultorio decidí ingresar solo , ya lo presentía las razones ya te lo podías imaginar , , pero me arruino pero no entiendo cuando nos juzgan, bueno pase al consultorio y me atendió el Dr. Cáceres y me dio te voy a decir de una te dio positivo, sos portador del VIH.

**Entrevistadora:** ¿Cuál fue su reacción?

**Entrevistado:** no te imaginas estaba sentado no me podía parar estaba duro se vinieron muchas cosas por mi cabeza lo que paso en mi infancia todo lo que fue mi vida y dije que hago ahora con mi vida pensé en el suicidio quedar solo, mi familia no me va a querer y no querrá estar conmigo, mis amistades desaparecieron son contaditos los que quedaron en mi vida, el doctor me dijo quédate tranquilo yo soy clínico te voy a derivar y te voy a sacar un turno con la Dra. Romero Viviana infectologa un ángel para atender

**Entrevistadora:** ¿una vez que le dieron en diagnóstico pudo comentarles a alguien de su familia o amistad?

No quedo solo para mí, llegue a casa llore y pensé me voy a quedar solo

**Entrevistadora:** ¿Entonces inicio el tratamiento y lo continuo?

**Entrevistado:** Si el virus había avanzado mucho en mi organismo y estaba haciendo desastre la Dra. Romero me receto medicación porque hay que atacar a este bicho sino te va llevar en ese momento toda la medicación te entregaban en el Hospital Regional, tomaba 28 pastillas por día, esa época le decían el coctel tomaba la medicación y al rato vomitaba todo, me quería morir, mi hermana me dijo nosotros estamos aquí porque tomas tanta medicación vamos a hablar con la Dra. hasta que hable con una de mis hermanas sobrinos y mi cuñado lo que me estaba pasando y me dijeron que pensabas que te íbamos dejar solo, nosotros ya lo sabíamos solo estábamos esperando que vos lo cuentes. La mochila que estaba cargando se aliviano un 90% . después los cocteles y el tratamiento se fue alivianando porque eran menos medicación y nuevas medicación.

**Entrevistadora:** Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico y farmacológico?

**Entrevistado:** Si ya llevo ahora me atiendo con la Dra. Wkeselman Silvia una excelente médica y la medicación me provee la obra social PAMI , te cuento que yo vengo con carga viral no detectable que no se detecta el virus ya hace 10 años, eso que quiere decir que mi cabeza e estoy haciendo bien las cosas, con la edad que tengo ya hubiera tirado todo también tengo diabetes a raíz de una medicación retroviral que desencadeno que dejara de funcionar el páncreas y tengo diabetes

**Entrevistadora:** Tiene mucha voluntad

**Entrevistado:** Tuve muchas terapias y supere, por mi familia quienes me acompañaron en todo, las amistades volaron.

Vi morir a muchos de mis pares solos y siempre pedía el parte a los médicos, en ese momento salud mental nos acompañaban si había alguna persona angustiada podían ser atendidos por los profesionales.

Recuerdo a una joven que falleció ella estaba con una terapia alternativa, no tomaba la medicación iba a verla y un día me dijo como no te hice caso y que puedes decir cada uno es dueño y responsable de su vida y murió.

**Entrevistadora:** Mucho tiene que ver cada situación su contexto

**Entrevistado:** En caso de ella solo eran 3 hermanos a uno lo mataron y no estaba acompañada por su otro hermano y ella estaba sola en su vida en su casa.

**Entrevistadora:** ¿Como llega usted a la Secretaria de Salud sabiendo que podía acceder a un beneficio?

**Entrevistado:** Bueno en esa época fue muy difícil la ayuda a nivel municipal y social fue muy difícil encarar la situación en ese momento pedíamos ayuda para todos mis pares golpeaba puertas en todos lados, comencé a averiguar en ese entonces esta como a cargo de la Secretaria de Desarrollo Humano y Familia la Dra. Rosa González, una conocida me dijo que González quería conocerme y pensé que sería favorable llegar a ella porque es la Secretaria de Desarrollo Humano porque abarca muchas ayudas sociales ya sea una garrafa, leña, alimentos, frazadas. Llame pedía hablar con ella me atendió inmediatamente y fui me presente no espere, me dijo tomamos mate me sorprendió porque pocos quieren tomar mate con alguien que tiene VIH, tómanos mate conversamos y le planteo las necesidades de las personas, lo real era que las personas no tenían trabajo porque eran discriminados y no tenían para comer, y me oriento sobre un programa que estaba en la Subsecretaria de Salud que dependía de esa Secretaria, me dijo que haga un listado de las necesidades.

No, no sabes cómo luce porque no alcanzaba, primero eran tickets muchos años la tarjeta social fue de \$300.- recién en el año 2019 aumentaron a \$1.500.- nadie lucha por nosotros y mis pares se conforman con poco.

Así empecé a tener la ayuda de tickets y leche me ocupaba de orientar para que mis pares obtengan ese beneficio en la Subsecretaria de Salud. También orientábamos que tramiten la pensión no contributiva en la oficina de pensiones nacionales con la Lic. Mansilla Norma, en la gestión del presidente Macri muchas personas quedaron sin la pensión y otras sin poder tramitarla por que cerraron todas las oficinas de pensiones Nacionales ahora el trámite se realiza en el ANSES pero te rechazan todo

No hay un ente que trabaje con la problemática del VIH en comodoro Rivadavia y falta de acompañamiento del Estado nunca se quiso hacer cargo de la situación de las personas

**Entrevistadora:** ¿cuál es su opinión con respecto a la atención de los licenciados en Trabajo social?

**Entrevistado:** Es importante el trabajo social porque ustedes mirar a la personas conocer su situación pasada y entender porque llegaron a esa situación conocer si están tristes alegres se trabaja casa por casa alguno no los va a recibir tienen que conocer e informar mucho sobre la enfermedad y si ustedes pueden entrar en el corazón de cada persona con el diagnóstico y las personas confiaran y lloraran cuando al profesional

Tuve la oportunidad de hablar con la directora Lic. Sueldo y gracias a eso se fueron aumentando los montos de la tarjeta social, la intervención del área social en esta problemática será una ayuda muy grande obviamente con un seguimiento empadronamiento, evaluación de su situación social y económica de las personas que realmente necesitan porque hay personas con VIH que están bien económicamente.

Hay muchas personas que lo necesitan y sobre todo un espacio de contención cosa que no hay y que las personas se sientan contenidas por profesionales o un equipo de trabajo que este enfocado específicamente con esta problemática.

El estado municipal estuvo presente pero el Estado provincial está ausente este quien te al mano, solo se trabaja cada 1 de diciembre en campañas de prevención pero no se trabaja con las personas que tiene el diagnostico

**Entrevistadora:** gracias por su tiempo y colaboración justo en estos tiempos de pandemia, estoy muy agradecida, me gustaría que logre leer mi trabajo de investigación

**Entrevistado:** gracias a vos Belén por permitirme contarte mi experiencia.

#### **Entrevista N° 4:**

Fecha: 05/06/2020

Lugar: confitería

Hora inicio: 12:20 pm

Hora finalización: 12:50 pm

**Objetivo de la entrevista:** Conocer las experiencias y relatos de vida de personas diagnosticada de VIH en diferentes contextos.

**Entrevistadora:** buenos días en primer lugar quería agradecerte por brindarme esta entrevista en estos tiempos de pandemia y también quería comentarte el motivo, bueno para realizar mi trabajo de investigación de tesina, es la última instancia para poder obtener mi título de licenciada en Trabajo Social, y elegí como temática VIH-SIDA me motiva conocer cuál es tu experiencia para poder plasmar en mi trabajo, no agregare tu nombre será anónimo.

**Entrevistada:** que bueno que elegiste este tema y es importante

**Entrevistadora:** ¿bueno, cuántos años tienes?

**Entrevistada:** Tengo 29 años

**Entrevistadora:** ¿ aparte de cuidar a su hijo trabaja?

Ahora estoy desocupada por todo lo que está pasando, e la pandemia antes de la cuarentena realizaba trabajos de planchados pe con el tema de los nenes estoy más con

ellos porque no tengo con quien dejarlos ahora no van a la escuela mi sobrina a cargo y mi hijo.

**Entrevistadora:** ¿cuenta con algún beneficio social para cubrir las necesidades básicas?

**Entrevistada:** Los únicos ingresos que tenemos es la asignación universal de mi hijo la pensión de mi sobrina por su discapacidad aun así no llego con los gastos, tengo que pagar \$7.000.- por una deuda que tengo de la luz, el gas y la comida no llego a fin de mes a partir que la conocí a Carla en la Secretaria de Salud me hizo una entrevista me ayuda con alimentos frescos eso me ayuda mucho hasta que llegue la tarjeta social.

**Entrevistadora:** ¿pudiste estudiar?

**Entrevistada:** No termine la secundaria quedo incompleto

**Entrevistadora:** ¿Porque?

**Entrevistada:** Yo antes vivía con mi abuela ella era la dueña de esta casa y ambas nos encargábamos de cuidar a mi sobrina quien tiene autismo y mi abuela estaba mayor para cuidarla sola y tuve que dejar todo nadie de mi familia nos ayuda.

**Entrevistadora:** ¿la vivienda es propia?

La vivienda era de mi abuela ahora es de los hijos nada está a mi nombre mi abuela falleció hace 7 años ahora está en sucesión, no tengo vivienda propia por el momento mis tías están de acuerdo que continúe viviendo por la situación de mi sobrina.

**Entrevistadora:** ¿realizo la gestión de trámite por un terreno o vivienda?

**Entrevistada:** Si fui al IPV sinceramente no me dieron respuestas, también fui a la Secretaria de desarrollo humano y Familia por los materiales porque el baño no lo tengo en condiciones para bañarlos a los nenes, tengo que andar calentando agua para todo, pero como la casa no está a mi nombre no me pueden ayudar. La Lic Carla quedo en ayudarme pero justo surgió lo de la pandemia. Ahora que se viene el invierno en la pieza cuando llueve pasa humedad gotea tengo que andar cambiando las cosas de lugar porque la casa no está en condiciones, cuando estaba juntada vivía bien pero cuando me separe y el papa de mi nene no se hizo cargo. Me separe me fue mal y me junte nuevamente con un pibe que falleció y bueno me entere a partir de lo que paso de esta enfermedad.

**Entrevistadora:** ¿Recuerda cuando le diagnosticaron que tenía VIH ?

**Entrevistada:** Me diagnosticaron que tenia VIH el 18 de diciembre del 2019 es muy reciente

**Entrevistadora:** ¿Dónde fue?

**Entrevistada:** En el Hospital Regional porque mi pareja se vino sintiendo mal 8 meses estuvo mal, con mucho dolor de panza bajo mucho de peso vomitaba mucho yo le decía que se realice estudios y no quería, viajo a Trelew para el egreso de su hija antes de viajar me dijo hacete la prueba porque a mí me salió mal, unos ambos a realizarnos el análisis yo confiada que todo iba a salir bien a las 9 me sacaron sangre y las 12 hs me llamaron del Hospital Regional y me dijo que me tena que presentar en el Hospital fui ese mismo día y me dieron la noticia hable con mi pareja estaba todo mal porque no caía, el viajo a Trelew volvió a Comodoro y falleció el 19 de enero fue todo rápido lo internaron y le di un paro respiratorio y no lo pudieron salvar **llanto**

Fue muy difícil todo no esperaba esta enfermedad y el fallecimiento de mi pareja intente hacer mi vida con el pero nunca pensé que me pasaría esto.

**Entrevistadora:** Para tu tranquilidad justo término de realizar la otra entrevista para mi tesina y le realice a una persona que convive con el virus desde el año 1999 el tratamiento avanza y no es invasivo se puede hacer una vida normal cumpliendo todo lo que sugieren los profesionales.

**Entrevistadora:** ¿ adhirió al tratamiento médico y farmacológico?

**Entrevistada:** Yo voy bien con el tratamiento el porcentaje que tenía bajo mucho todos los meses voy a las consultas con el médico y con la medicación también voy bien.

Lo que me pesa es que mi familia no lo sabe solamente mi hermana lo sabe, mi madre no porque ella a esto lo discrimina y tampoco lo va a aceptar ellos no saben de lo que falleció mi pareja hasta la familia de el cree que le agarro una neumonía,

**Entrevistadora:** Quizás no es el momento que tu familia conozca tu situación vos elegirás el momento justo para compartirlo

**Entrevistada:** Si bien yo me crie con mi abuela después que ella falleció me aferre mucho mi mama y necesito poder contarle lo que me está pasando para tener su apoyo pero se que se pondrá mal y o lo aceptará, yo se lo comente también a mi doctor me dijo que tenía que está tranquila tomate tu tiempo no es necesario que lo digas mientras esté bien con el tratamiento estará todo bien, me pesa esto pero necesita decírselo.

**Entrevistadora:** tranquila llegara el momento indicado es muy reciente

**Entrevistada:** Estoy haciendo el duelo de fallecimiento de mi pareja

Estoy con tratamiento psicológico pero como paso esto de la pandemia no pude ir mas ella me atiende en el centro de salud el tratamiento me ayudaba mucho iba 3 veces por semana, cuando fui a la secretaria de Salud ellos me ayudaron a conseguir turno pero

como no pude ir más le comente al Dr. Brugna que no puedo dormir a la noche lloraba mucho y me dio una medicación que me ayudo.

**Entrevistadora:** Que bueno que buscaste alternativas o herramientas para poder sobrellevar esta situación.

**Entrevistada:** Si la psicóloga me ayudó mucho además el Dr. Brugna me dijo no lo vea a esto como una enfermedad solo es algo crónico sabes que lo tendrás de por vida pero con la medicación y tratamiento estará todo bien

Me sentí contenida por el Dr. Me dio su número de teléfono para que lo llame por si necesitaba consultarle algo.

El primer día que tome la medicación me cayó mal me sentí mal tenía diarrea constantemente mucho dolor de cabeza y mareos, fueron 2 semanas hasta que me cambio la medicación ahora me siento bien con la medicación

Mi vida cambio mucho desde que me diagnosticaron

**Entrevistadora:** ¿como llega a la Secretaria de Salud?

**Entrevistada:** Bueno mi pareja ya había ido en noviembre porque sabía del diagnóstico que hablo con Carla, también me entere que había hablado con mi cuñado y le dijo que no iba a realizar ningún tratamiento

**Entrevistadora:** ¿ cómo fue la atención?

**Entrevistada:** Fue muy buena la atención en la secretaria, salí del médico y fui a ver a Carla ella sabía de mi situación porque mi pareja le había hablado me contuvieron el equipo y hicieron los trámites para la tarjeta social y leche también me gestionaron el turno para la atención psicológica en el centro de salud del mi barrio como te decía eso me ayudó mucho la psicóloga me hacía video llamadas me ayudo todo lo que hicieron me ayudo mucho.

**Entrevistadora:** ¿has vivido alguna situación de discriminación y estigma desde que fuiste diagnosticada?

**Entrevistada:** Si por parte de mi madre yo creo que ella me discriminara siempre hace comentarios en relación al Sida pero yo quiero que se informe porque no es como ella piensa que son las cosas y el contagio ella tiene diabetes y tiene que tomar medicación toda la vida es lo mismo que si me diagnostican diabetes yo la culpe porque es hereditario.

Lo que me pesa es que mi familia no lo sabe solamente mi hermana lo sabe, mi madre no porque ella a esto lo discrimina y tampoco lo va a aceptar ellos no saben de lo que falleció mi pareja hasta la familia del cree que le agarro una neumonía.

**Entrevistadora:** gracias nuevamente por tu espacio.

**Entrevistada:** gracias a vos me hizo bien comentarte mi experiencia.

Comodoro Rivadavia, 23 de agosto de 2016

**AL INTENDENTE DE LA MUNICIPALIDAD  
DE COMODORO RIVADAVIA**

**Sr. CARLOS LINARES**

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Me dirijo a Ud. a efecto de elevar el informe de actividades realizado por la SECRETARIA DE SALUD desde el inicio de su gestión al día de la fecha.

**Dirección de laboratorio:**

**Alcances:**

- Personas sin Obra Social de los diferentes Barrios de la Comunidad
- Personas derivadas de Organismos oficiales (Hospital Regional – Periféricos y/o CAPS)
- Personas que realizan tramite por Licencia de conducir
- Personas que gestionan carnet sanitario en sus diferentes rubros
- Centro de Día de Adicciones (zona Sur)
- Adolescentes del CESIA
- Extracción de sangre en Adultos Mayores de Hogar Pablo VI
- Tráiler con Hep C
- Ingresos para la Escuela de Policía
- Ingresantes a la UNPSJB
- Deportista del Ente Comodoro Deporte
- Boxeadores
- Deportistas de Juegos Evita
- Niños y /o adolescentes de Colonia de Vacaciones
- Extracción en domicilio particulares en caso de postración (derivado por CAPS)

**Dirección de Farmacia:**

**Alcances:**

- Pacientes sin Obra Social (CAPS y/u Organismos Oficiales HR – Periféricos)
- Pacientes con OS PAMI
- Pacientes con OS SEROS
- Pacientes con otras Obras Sociales (con evaluación socioeconómica por la Dir. de TS)

Provisión de Leche:

- Programa Materno Infantil (6m a 24m)
- Programa de Desnutrición (1 a 17 años )
- Pacientes de PAAPNE (2 Kg. Por Persona)

Provisión de Aerocámaras: (con receta médica de Organismos Oficiales)

### **Ecografías:**

Alcances: 3 Médicos ecografistas

- Ecografías Ginecológicas
- Ecografías trasnvaginal
- Abdominal

Pacientes con receta de Organismos Oficiales (CAPS – Periféricos – HR)

Se contrata un Laboratorio Patológico para los análisis de PAP, muestras tomadas en cada uno de los CAPS Municipales.

### **CAPS:**

Zona Sur:

- San Martin
- A. Moure
- Isidro Quiroga
- Stella Maris
- Las Flores
- Evita

Zona Norte:

- Standart Norte
- Pte. Ortis (KM5)
- Reyes (Km 3)
- Castelli

Extensión Horaria en 2 CAPS

CAPS San Martin

CAPS Pte. Ortis (km 5)

Cada CAPS cuenta con atención de:

- Ginecología
- Nutrición
- Kinesiología
- Clínica
- Pediatría
- Psicología
- Odontología
- Enfermería
- Agentes Sanitarios

Interviene con Personas y sus Familias de los Barrios en el que se encuentran y zona de influencia.

### **Dirección de Trabajo Social**

- Concejo Deliberante
- Servicio de Protección Derechos
- Secretaria de Desarrollo Humano y Familia

- Secretaria de Tierra
- Secretaria de Obras y servicios Públicos
- Hospital Regional
- Servicio Social HR
- Farmacia HR
- Pediatría HR
- Salud Mental HR
- Traumatología HR
- Compras HR
- Centro de Rehabilitación
- ASAFILAP
- Prevalente
- Programa Federal Incluir Salud
- Pensiones Nacionales
- Centro de Día «El Faro»
- Centro de Día zona Norte
- CESIA
- Hospital Alvear
- PAMI
- IPV
- Superintendencia de Salud
- Obras Sociales
- Ministerio de la Defensa Publica
- Asesoría de Familia
- Agencia de Supervisión
- Policía Comunitaria
- Servicio de Asistencia a la Víctima
- CABIN
- Oficina de Derechos y Garantías
- Junta de Discapacidad
- Uniones Vecinales
- Entre algunas de las Articulaciones Externas
- Hospital Gutiérrez BsAs
- SEROS

#### **Dirección de Carnet Sanitario:**

- Personas que trabajan en los diferentes rubros en toda la Ciudad de Comodoro Rivadavia
- Pase Libre de colectivos urbanos para todas las Personas con Certificado de Discapacidad
- Pase Libre (provisorio por tiempo determinado) con evaluación socioeconómica de la Dirección de Trabajo Social a Personas con atravesamientos de salud que se realiza seguimiento del Área, en vías a la gestión, tratamiento y/o resolución de afección.

#### **GESTION ASOCIADA**

La Secretaría de Salud convocó a distintos actores sociales para trabajar de manera articulada en Promoción y Prevención de la Salud.

Para ello se trabajó con el Concejo Deliberante de Comodoro Rivadavia, con todas las Obras sociales de la ciudad, Hospital Regional, Clínicas Privadas, Colegio Médico, Asociación

Argentina de Pediatría, Área Programática Región Sur y Municipio de Rada Tilly, Fuerzas Armadas, Cruz Roja Argentina, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Así mismo participaron el Ministro de Salud del Chubut y Diputados Provinciales.

#### **ENTREGA DE KITS POR PARTE DE OSDE**

En el marco de las Colonias de Vacaciones 2016, la entrega de los kits de salud contó con la presencia del Presidente del Ente Autárquico Comodoro Deportes, Othar Macharasvili y el jefe de Asesoría Médica de OSDE, Aldo Pisula.

Los kits incluían un cepillo de dientes, pasta dentífrica y protector solar. Además, se complementa con un botiquín y una cartilla de primeros auxilios que dispondrán los coordinadores de cada sede.

Durante el desarrollo de las Colonias de Vacaciones se realizaron controles de salud en general y a su vez, a través de los agentes sanitarios dependientes de la cartera, se concretarán controles odontológicos mediante un cronograma ya establecido, que a su vez incluye acciones de cepillado para que los niños aprendan o corrijan la técnica.

#### **CAMARA ARGENTINA DE COMERCIO – Guía práctica de primeros auxilios**

Se realizó una reunión de trabajo con los directivos de la Cámara Argentina de Industria y Comercio de Comodoro Rivadavia. En la misma se presentó el anteproyecto “GUIA PRACTICA DE PRIMEROS AUXILIOS”.

El objetivo central es que cada comercio de Comodoro Rivadavia cuenta con una guía de primeros auxilios que facilite el accionar de los empleados ante algún tipo de accidente en el lugar.

La propuesta tiene distintos alcances: Comercios de Comodoro, escuelas, Municipalidad, Instituciones, etc.

#### **CLINICA DEL VALLE – Día Internacional del Cáncer**

Se trabajó conjuntamente con la Clínica del Valle en la semana internacional del Cáncer.

Se montó un stand en la plaza de la escuela N°83 donde se entregó folletería en referencia a la temática.

La actividad tuvo una duración de 4 días.

#### **VERANO SALUDABLE**

El programa “El cuidado de la salud es un compromiso de todos” es una iniciativa de trabajo intersectorial propuesto en forma conjunta entre la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, el Área Programática de Comodoro Rivadavia, y los Municipios de Rada Tilly y de Comodoro Rivadavia a través de la Secretaría de salud.

El objetivo principal es brindar a los veraneantes que visitan nuestras playas recomendaciones que contribuyan al cuidado de la salud, como también actividades recreativas, socioculturales, educativas y deportivas que puedan ser disfrutadas al aire libre.

Estas actividades se llevaron a cabo todos los fines de semana durante el verano, y están destinadas a toda la comunidad en general; en este espacio se realizaron específicamente controles de Tensión Arterial, Peso y Talla, control de glucemia, vacunación, charlas de salud; como también actividades recreativas y deportivas. Asimismo, se brindó información sobre la Oferta Académica de la UNPSJB y los distintos servicios que ofrece.

Participación en los siguientes eventos:

- **TORNEO DE RUGBY - RADA TILLY**
- **TORNEO DE HOCKEY - RADA TILLY**
- **PLAYA COSTANERA - COMODORO RIVADAVIA**
- **CORRIDA DE CRONICA**

- **ANIVERSARIO COMODORO RIVADAVIA – PREDIO FERAL**

De igual manera se incluyó en la iniciativa a la Cruz Roja Argentina, Ejército Argentino, Fuerza Aérea, Prefectura Naval y Armada Argentina.

#### **CLINICA ALTAMIRA – Programa VEO VEO**

Se realizó un trabajo en conjunto con el cuerpo directivo de la Clínica ALTAMIRA.

Allí se delimitó el Programa de salud visual VEO VEO COMODORO.

El mismo previene y revela problemas de visión en la población de niños verbales en la etapa preescolar.

Detecta patologías visuales a través exámenes oftalmológicos completos realizados a todos los niños de 3 años de los jardines maternas municipales de la Ciudad de Comodoro Rivadavia, llegando hasta recetar los lentes de corrección si fueran necesarios. Además intenta generar pautas de control y cuidado de la salud visual en la población preescolar.

Se busca que, a través de la detección, se puedan descartar o diferenciar síntomas o problemas visuales que generan alteraciones en el aprendizaje.

#### **COLONIAS DE VACACIONES**

##### Objetivos:

- Poner énfasis en la promoción de la Salud.
- Estimular el autocuidado.
- Disminuir la prevalencia de caries y enfermedad periodontal.
- Desarrollar hábitos de higiene
- Detección precoz de lesiones en piel
- Control de pediculosis.

FECHA	SEDE	UBICACIÓN	CUPOS
miércoles, 06 de enero de 2016	GIMNASIO ESC. 211	ROCA Y LISANDRO DE LA TORRE	170
jueves , 07 de enero de 2016	GIMNASIO ESC. 707 KM 8	KM 8	220
viernes, 08 de Enero de 2016	GIMNASIO ESC. 742 KM 5	KM 5	200
lunes, 11 de Enero de 2016	GIMNASIO MUNICIPAL Nº1	ARISTOBULO DEL VALLE Y VIAMONTE	170
martes, 12 de Enero de 2016	GIMNASIO ESC. 722	PALAZZO	140
miércoles, 13 de Enero de 2016	GIMNASIO ESC. 723	LISANDRO DE LA TORRE Y CONGRESO	130
jueves, 14 de Enero de 2016	GIMNASIO MUNICIPAL Nº2	LIBERTAD 951 (ESQ CONSTITUYENTES)	200
viernes, 15 de Enero de 2016	GIMNASIO LAPRIDA		120
	GIMNASIO ESC. 161	CIUDADELA	100
lunes, 18 de Enero de 2016	GIMNASIO MUNICIPAL Nº3	LOS PLATANOS Y LOS MANZANOS Bº M. ABASOLO	150
martes, 19 de Enero de 2016	PATIO ABIERTO	COLEGIO SANTO DOMINGO SAVIO	200
miércoles, 20 de Enero de 2016	ESCUELA 731	ALVEAR Y HUERGO	100
	ADOLESCENCIA (34)	Bº LA FLORESTA	100
jueves, 21 de Enero de 2016	HUERGO		200

viernes, 22 de Enero de 2016	CAI	AV. H. YRIGOYEN 2120	200
------------------------------	-----	----------------------	-----

#### **NUEVA ENTREGA DE KITS DE OSDE**

En el marco de las Colonias de Vacaciones 2016, la Obra Social OSDE hizo entrega de insumos para armar los kits de salud que se entregarán a los niños que participen de las mismas.

El acto conto con la presencia del Vice Intendente Municipal Sr. Juan Pablo Luque, el Subsecretario de Salud Dr. Jorge Espíndola y por parte de la Obra Social OSDE lo hizo la Lic. Laura mesa de Relaciones Institucionales, Florencia Locchio RC y Norma Haure, Sub Gte. De Servicios.

OSDE hizo entrega de 150 botiquines de primeros auxilios, 1500 cepillos de dientes, 1000 pastas dentífricas y 200 protectores solares Dermaglós factor 40 x 250ml.

#### **PATIO ABIERTO**

Participación en el Programa Patio Abierto – Colegio Santo Domingo Savio

#### **CONVOCATORIA A MEDICOS PARA LOS CENTROS DE SALUD**

Teniendo en cuenta la jerarquización de la cartera al rango de Secretaría, se realizó una convocatoria para incorporar seis profesionales en los centros periféricos.

Se priorizó dos médicos clínicos, dos pediatras y dos ginecólogos.

#### **ARTICULACIÓN CON EMPRESAS**

Gestión asociada con la empresa UGASA para utilizar el tráiler de su propiedad como unidad móvil de vacunación. Esto permite generar una mayor presencia en los barrios y facilita el objetivo central que es vacunar a la mayor cantidad de población posible.

**Evolución en los últimos meses**  
**Aglomerado Comodoro Rivadavia y Rada Tilly - Octubre 2020 (Revisada)**  
 Hogar tipo 2 (4 integrantes: Varon 35 años, mujer 31 años, hijo 6 años e hija 8 años)

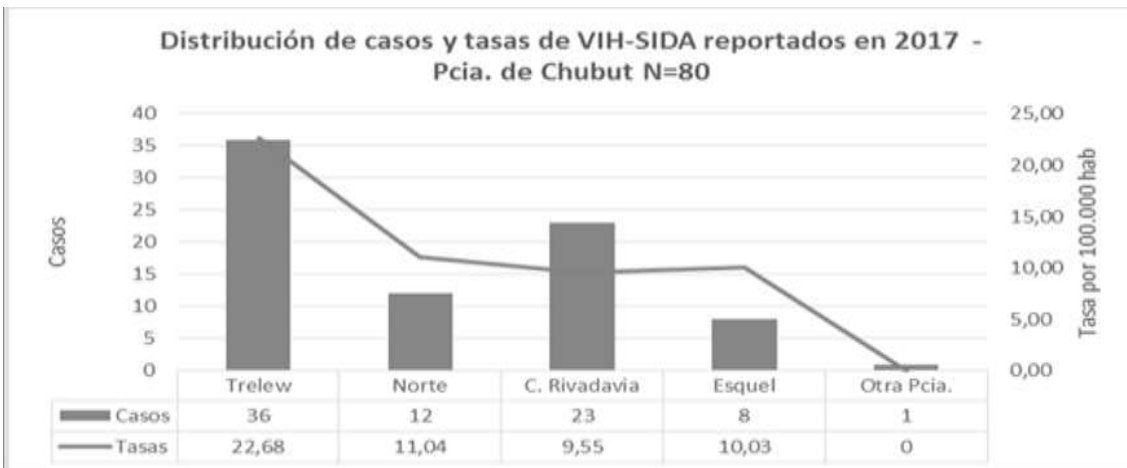
<b>Metodo INDEC</b>	<b>CR y RT</b>	CBA-Linea iNdigencia \$ <b>23.889,23</b>
		CBT - Línea Pobreza \$ <b>57.480,70</b>

Fuente: Elaboración Observatorio Economía FCE en base a datos del INDEC

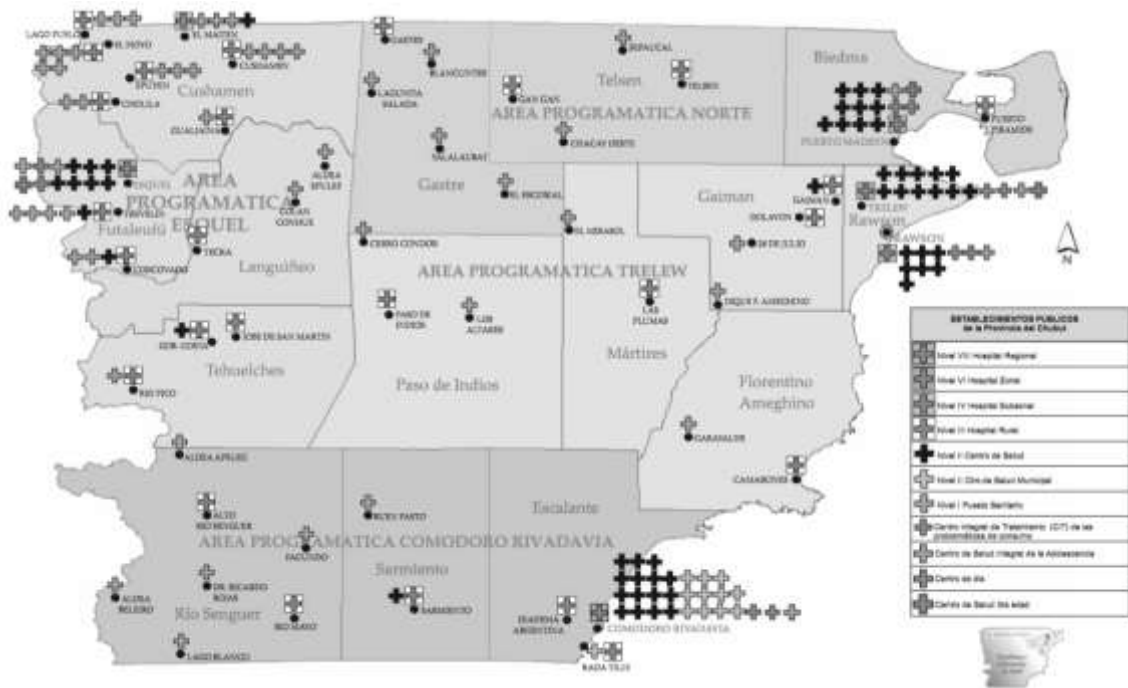
**Aglomerado Comodoro Rivadavia y Rada Tilly - Noviembre 2020**  
 Hogar tipo 2 (4 integrantes: Varon 35 años, mujer 31 años, hijo 6 años e hija 8 años)

<b>Metodo INDEC</b>	<b>CR y RT</b>	CBA-Linea iNdigencia \$ <b>24.892,58</b>
		CBT - Línea Pobreza \$ <b>59.607,48</b>

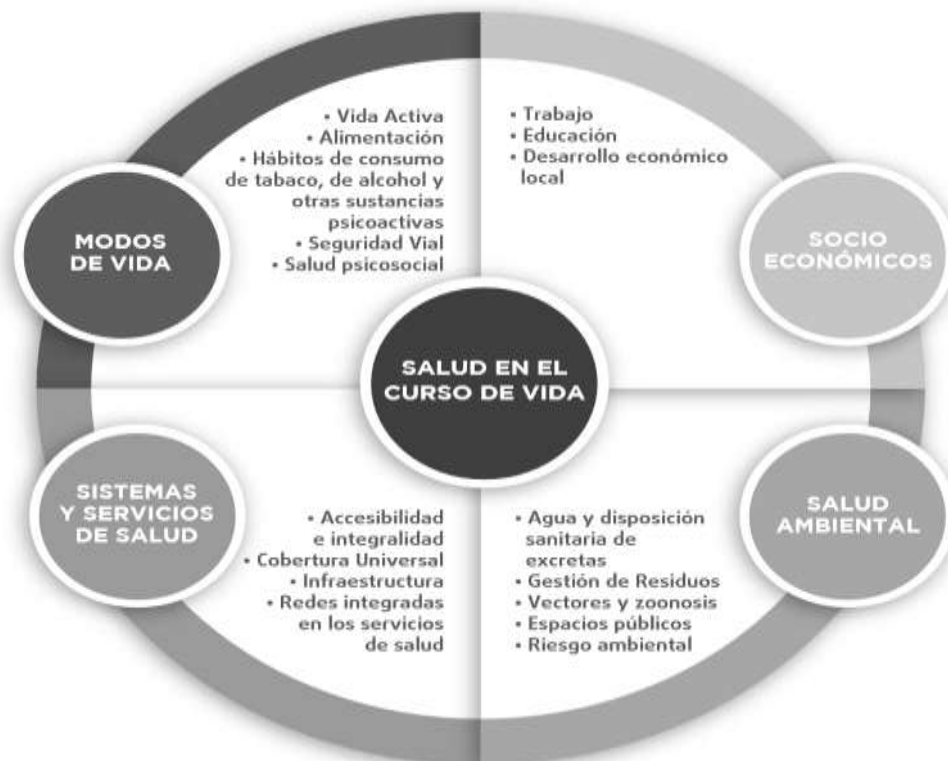
Fuente: Elaboración Observatorio Economía FCE en base a datos del INDEC



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut Anuario salud Publica 2018  
 Datos del Servicio de patologías prevalentes Hospital Regional Anuario 2018 pag 105



Establecimientos asistenciales oficiales provincia del Chubut. Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut Anuario salud Publica 2018  
 Datos del Servicio de patologías prevalentes Hospital Regional pag 11



Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social 2018- Guía metodológica análisis de situación de salud en municipios saludables. Pag.13

Años	HIV	Nuevos Casos de sida			Mortalidad		Prevalencia al 31/dic.			Tasa de Prevalencia anual x 100.000 hab.		Tasa de Incidencia
		Sida	VIH a SIDA	Total	Asintomático	Casos de Asint.	Asintomáticos	Casos de Sida	Total	Asintomáticos	Casos de Sida	de HIV/SIDA x 100.000 hab.
S/E	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1987	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0,0	0,0
1988	19	3	0	3	3	5	17	0	17	4,9	0,0	6,4
1989	16	0	0	0	4	6	29	0	29	8,0	0,0	4,4
1990	6	2	0	2	2	3	33	0	33	9,0	0,0	2,2
1991	11	3	0	3	1	4	43	0	43	12,0	0,0	3,9
1992	21	12	1	13	6	14	57	0	57	15,5	0,0	9,3
1993	27	8	3	11	7	10	74	1	75	19,6	0,3	10,0
1994	27	9	3	12	4	9	94	4	98	24,1	1,0	10,0
1995	16	1	6	7	3	4	101	7	108	25,5	1,8	5,8
1996	12	8	3	11	0	3	110	15	125	26,9	3,7	5,6
1997	24	13	5	18	1	12	128	21	149	30,6	5,0	10,0
1998	28	8	8	16	3	7	145	30	175	33,8	7,0	10,3
1999	35	10	10	20	2	8	168	42	210	38,3	9,6	12,6
2000	33	14	3	17	6	15	192	44	236	42,9	9,8	11,2
2001	41	17	9	26	9	13	215	57	272	52,1	13,8	16,2
2002	79	26	11	37	10	15	273	79	352	65,5	19,0	27,8
2003	82	13	9	22	10	7	336	94	430	79,5	22,2	24,6
2004	104	17	7	24	9	13	424	105	529	99,0	24,5	29,9
2005	102	18	6	24	5	12	515	117	632	115,6	26,3	28,3
2006	100	18	6	24	4	5	605	136	741	134,3	30,2	27,5
2007	102	23	8	31	7	12	692	155	847	151,9	34,0	29,2
2008	84	37	11	48	8	11	757	192	949	164,3	41,7	28,7
2009	87	15	4	19	8	7	832	204	1036	178,6	43,8	22,8
2010	80	27	7	34	4	11	901	227	1128	177,0	44,6	22,4
2011	105	16	3	19	7	5	996	241	1237	190,0	46,0	23,7
2012	86	24	4	28	5	13	1073	256	1329	200,6	47,9	21,3
2013	99	11	8	19	4	2	1160	273	1433	212,6	50,0	21,6
2014	79	13	2	15	5	4	1232	284	1516	221,5	51,0	16,9
2015	81	20	10	30	3	6	1300	308	1608	229,3	54,3	19,6
2016	98	28	5	33	1	13	1392	328	1720	241,1	56,8	22,7
2017	65	15	6	21	1	6	1450	343	1793	246,6	58,3	14,6

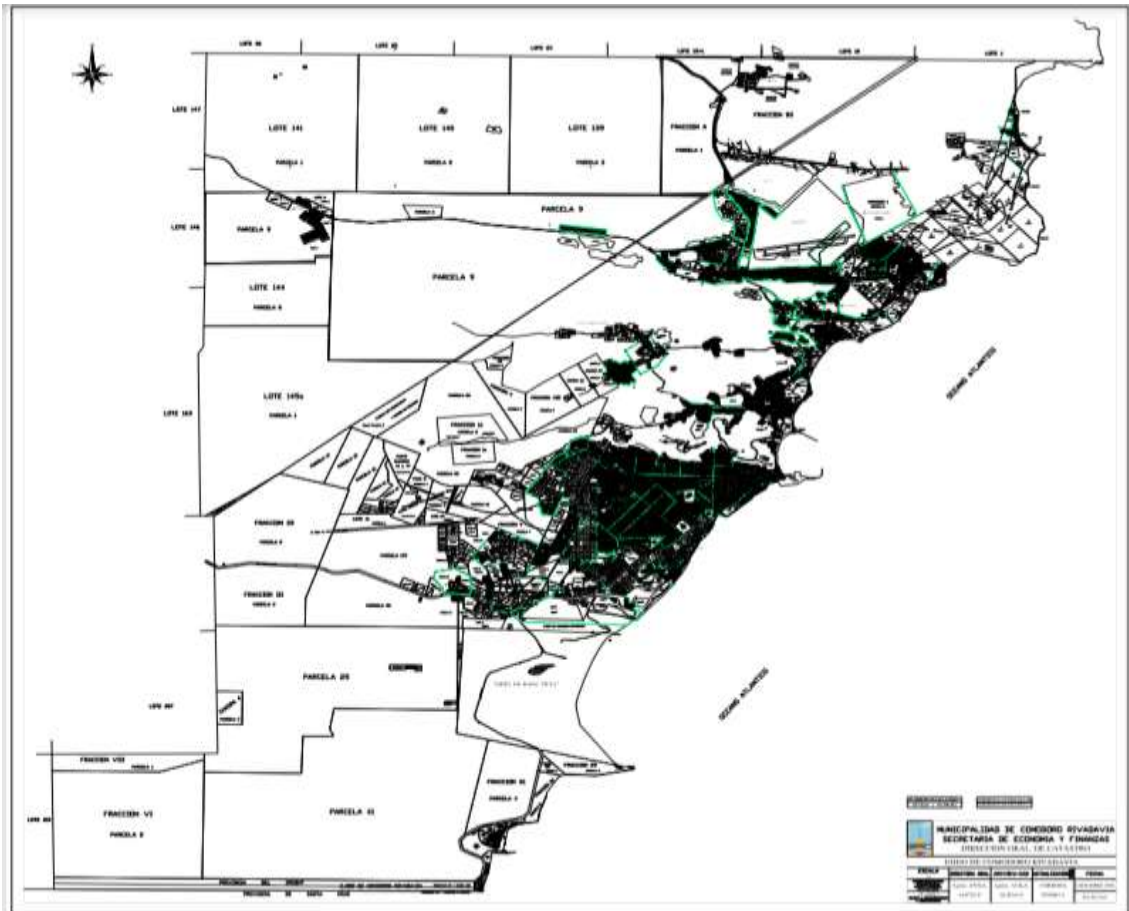
Numero de portadores asintomáticos y casos de SIDA según año de notificación.

Prevalencia Provincia del Chubut - Período: 1987 - 2017.

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut Anuario salud Publica 2018

Datos del Servicio de patologías prevalentes Hospital Regional Anuario, pag. 10

Fuente Dirección de Catastro Municipalidad de Comodoro Rivadavia 2019



Fuente Dirección de Catastro Municipalidad de Comodoro Rivadavia 2019

### **Ley Nacional de SIDA N° 23.798 y su Decreto reglamentario N°1244/91**

Sancionada: Agosto 16 de 1990. Promulgada de Hecho: Setiembre 14 de 1990. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° — Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

ARTICULO 2° — Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda: a) Afectar la dignidad de la persona; b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación; 5c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma

restrictiva; d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación argentina; e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

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

ARTICULO 4° — A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán: a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1°, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;

LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91

b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;

c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;

d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;

e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;

f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

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

ARTICULO 6° — Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las

pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

ARTICULO 7° — Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

ARTICULO 8° — Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infecto-contagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

ARTICULO 9° — Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91

ARTICULO 10° — La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidas por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

ARTICULO 11° — Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizada, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores, infectados y enfermos con el virus de la VIH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte. Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

ARTICULO 12° — La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad

de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

ARTICULO 13° — Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán considerados faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

ARTICULO 14° — Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con: a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil; b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años; c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actúen las personas que hayan cometido la infracción. Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo. En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo la sanción aplicada.

ARTICULO 15° — A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

ARTICULO 16° — El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial Fondo Nacional de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el art. 1°. El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

ARTICULO 17° — Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea 11enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

ARTICULO 18° — La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

ARTICULO 19° — En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

ARTICULO 20° — Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el art. 3° de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

ARTICULO 21° — Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el art. 4° de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a rentas

LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91generales y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

ARTICULO 22° — El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación. ARTICULO 23° — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO A. DUHALDE. — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. — Hugo R. Flombaum. DADA LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS DIECISES DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA. 13Decreto 1244/91 Apruébase la Reglamentación de la Ley N° 23.798. Bs. As., 1/7/91 VISTO la Ley N° 23.798, y CONSIDERANDO: Que el artículo 22 de la mencionada ley establece que el PODER EJECUTIVO NACIONAL reglamentará las disposiciones de la misma con alcance nacional. Que consecuentemente con ello resulta necesaria la aprobación de dichas normas reglamentarias. Que se actúa en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 86, incisos 1) y 2) de la CONSTITUCION NACIONAL y por el artículo 12 de la Ley N° 16.432, incorporado a la Ley N° 11.672 (Complementaria Permanente de Presupuesto). Por ello, EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA DECRETA: Artículo 1°

— Apruébase la reglamentación de la Ley N° 23.798, que declaró de interés nacional la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91(SIDA), que como Anexo I forma parte integrante del presente decreto.

Artículo 2° — Créase en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL la Cuenta Especial N° 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente. Artículo 3° — Comuníquese, publíquese, désea la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM.

— Avelino J. Porto. \_\_\_\_\_ NOTA: La Plantilla Anexa al Artículo 2° no se publica.  
ANEXO I DEL DECRETO NRO. 1244/91 REGLAMENTACION DE LA LEY N° 23.798

ARTICULO 1° — Incorporase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

ARTICULO 2°, incisos a) y b) — Para la aplicación de la Ley y de la presente reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley N° 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria, N° 23.592. Inciso c) — Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halla enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias: 1 — A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz. 2 — A otro profesional médico, cuando sea necesario

LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91 para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma. 3 — A los entes del SISTEMA NACIONAL DE SANGRE, creado por el artículo 18 de la Ley N° 22.990, mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), h), e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7° de la Ley N° 21.541. 4 — Al Director de la Institución Hospitalaria o, en su caso, al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia. 5 — A los Jueces en virtud de auto

judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia. 6 — A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes. 7 — Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor. Inciso d) — sin reglamentar. Inciso e) — Se utilizará un código que combine el sexo (S), las dos (2) primeras letras del nombre (DLN), las dos (2) primeras letras del apellido (DLA), el día de nacimiento (DN), el mes de nacimiento (MN) y el año de nacimiento (AN), éste en cuatro (4) dígitos. Los meses y días de un (1) solo dígito serán antepuestos por el número cero (0). Además se asociará a este código un número de control irrepetible que establezca la diferencia entre códigos idénticos. (Inciso sustituido por art. 1° del Decreto N° 881/2001 B.O. 12/07/2001)

ARTICULO 3° — El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios. Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL por medio de la SUBSECRETARIA DE SALUD, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en la Provincias y en la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

ARTICULO 4° — Inciso a) — Sin reglamentar. Inciso b) — Sin reglamentar. Inciso c) — Sin reglamentar. Inciso d) — Sin reglamentar.

LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91 Inciso e) — Sin reglamentar. Inciso f) — A los fines de este inciso, créase el GRUPO ASESOR CIENTIFICO TECNICO, que colaborará con la COMISION NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA en el marco del artículo 8° del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

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

ARTICULO 6° — El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le

asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente. De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8°.

ARTICULO 7° — A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalente a los órganos. Serán aplicables al artículo 21 de la Ley N° 22.990 y el artículo 18 del Decreto N° 375 del 21 de marzo de 1989.

ARTICULO 8° — La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se entenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus HIV. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como constancia del cumplimiento de lo establecido por este artículo. Se entiende por “profesionales que detecten el virus” a los médicos tratantes.

ARTICULO 9° — El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL determinará los controles mencionados en el artículo 9° de la Ley. El MINISTERIO DEL INTERIOR asignará a la DIRECCION NACIONAL DE MIGRACIONES los recursos necesarios para su cumplimiento.

ARTICULO 10° — La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4°, inciso a) de la Ley N° 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2°, inciso e) de la presente reglamentación.

LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91 Todas las comunicaciones serán dirigidas al MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

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

ARTICULO 12° — El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha nota será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio, y se le entregará constancia escrita de haber sido instruidos sobre las normas a aplicar.

ARTICULO 13° — Sin reglamentar.

ARTICULO 14° — En el ámbito nacional será autoridad competente el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

ARTICULO 15° — El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, como autoridad competente, habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competentes de las Provincias 21y de la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES la información necesaria para mantener actualizado dicho registro. ARTICULO 16° — Sin reglamentar.

ARTICULO 17° — Sin reglamentar.

ARTICULO 18° — Sin reglamentar.

ARTICULO 19° — Sin reglamentar.

ARTICULO 20° — Sin reglamentar.

ARTICULO 21° — Sin reglamentar.

ARTICULO 22° — Sin reglamentar

### **Declaración Universal de Derechos Humanos**

Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

Preámbulo Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias, Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión, Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones, Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad, Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las

Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso.

La Asamblea General Proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1 Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2 Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3 Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4 Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5 Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6 Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7 Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8 Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9 Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10 Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12 Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.

2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

#### Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.

2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18 Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19 Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

#### Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.

2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

#### Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.

2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.

3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22 Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación

internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

#### Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual. 3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24 Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

#### Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social

#### Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

#### Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28 Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

#### Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán en ningún caso ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30 Nada en la presente Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

## **TRABAJO SOCIAL**

### **Ley 27.072**

Sancionada: Diciembre 10 de 2014

Promulgada: Diciembre 16 de 2014

**El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de**

**Ley:**

## **LEY FEDERAL DEL TRABAJO SOCIAL**

### **CAPÍTULO I**

#### **Disposiciones generales**

**ARTÍCULO 1°** — Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer el marco general para el ejercicio profesional de trabajo social en todo el territorio nacional, sin perjuicio de la aplicación de las normas locales dictadas por las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**ARTÍCULO 2°** — Alcance. Las disposiciones de esta ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República Argentina.

**ARTÍCULO 3°** — Objetivos. Son objetivos de esta ley:

- a) Promover la jerarquización de la profesión de trabajo social por su relevancia social y su contribución a la vigencia, defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales;
- b) Establecer un marco normativo de carácter general para la profesión de trabajo social en Argentina, sin perjuicio de la aplicación de las normas locales que regulan la matriculación, fiscalización y control del ejercicio profesional;
- c) Establecer las incumbencias profesionales de los/as trabajadores/as sociales en todo el territorio nacional;
- d) Proteger el interés de los ciudadanos, generando las condiciones mínimas necesarias para la prestación de servicios profesionales con competencia, calidad e idoneidad;
- e) Ampliar la obligatoriedad de la matriculación para el ejercicio profesional en instituciones nacionales, binacionales e internacionales con representación en el país;
- f) Regular los derechos, obligaciones y prohibiciones en relación al ejercicio profesional de trabajo social en todo el territorio nacional.

### **Capítulo II**

#### **Ejercicio Profesional**

**ARTÍCULO 4°** — Ejercicio profesional. Se considera ejercicio profesional de trabajo social la

realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

**ARTÍCULO 5°** — Uso del título profesional. Se considera uso del título profesional el empleo de sellos, leyendas, dibujos, insignias, chapas, tarjetas, avisos, carteles, publicaciones, informes, documentos o manifestaciones de cualquier tipo o especie, donde se nombre o se mencione, directa o indirectamente, la profesión de trabajo social.

**ARTÍCULO 6°** — Denominación del título profesional. Homológase bajo la denominación de Licenciado/a en Trabajo Social los títulos de Licenciado/a en Trabajo Social y Licenciado/a en Servicio Social, expedidos por las universidades e institutos universitarios legalmente reconocidos en el país y que integren el sistema universitario argentino. Esta norma regirá para los nuevos planes de estudios o las modificaciones de planes de estudios que se aprueben o reconozcan a partir de la vigencia de esta ley.

**ARTÍCULO 7°** — Título habilitante profesional. La profesión de licenciatura en trabajo social sólo podrá ser ejercida por personas físicas con título de grado habilitante expedido por universidades e institutos universitarios legalmente reconocidos en el país y que integren el sistema universitario argentino.

**ARTÍCULO 8°** — Reconocimiento de derecho. Los títulos que no reúnan las condiciones establecidas en el artículo 6° y hayan sido expedidos con anterioridad a la vigencia de esta ley, mantendrán su vigencia y habilitación para el ejercicio de la profesión de trabajo social.

### **Capítulo III**

#### **Incumbencias profesionales**

**ARTÍCULO 9°** — Incumbencias profesionales. Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

- a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;
- b) Planes, programas y proyectos sociales;
- c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;
- d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.

2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

3. Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.

4. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.
5. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.
6. Intervención profesional en instancias o programas de mediación.
7. Intervención profesional como agentes de salud.
8. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales
9. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.
10. Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:
  - a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;
  - b) La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;
  - c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.
11. Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.
12. Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

## Capítulo IV

### Derechos profesionales

**ARTÍCULO 10.** — Derechos. Son derechos de los/as Licenciados/as en Trabajo Social los siguientes:

- a) Ejercer la profesión a nivel individual, grupal, familiar, comunitario e institucional, en los ámbitos del desarrollo social, salud, educación, justicia, seguridad social, organizaciones sociales y otros ámbitos que tengan que ver con el pleno ejercicio de las competencias profesionales establecidas en la presente ley;
- b) Negarse a realizar actos o colaborar en la ejecución de prácticas violatorias de los derechos humanos, que contravengan disposiciones de los códigos de ética profesional o que no se vinculen con las competencias profesionales establecidas en la presente ley;
- c) Capacitarse y actualizarse en el campo disciplinario del trabajo social y de las ciencias sociales cuando ejerzan su profesión en relación de dependencia pública o privada, independientemente de la naturaleza del vínculo laboral-profesional incluyéndose aquí la obligatoriedad para la entidad empleadora, de asignar y/o autorizar hasta catorce (14) días por año destinados a la formación y actualización profesional, académica, de investigación y de sistematización de las prácticas profesionales;
- d) Percibir honorarios, aranceles y salarios acordes con los nomencladores y aranceles establecidos por los colegios o consejos profesionales o por la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social;
- e) Contar con las medidas de prevención y protección que fueren necesarias cuando el ejercicio de la profesión implique un riesgo para la integridad física de los profesionales o bien para su salud física o mental, independientemente de la naturaleza jurídica del vínculo laboral-profesional que se establezca con las instituciones públicas, privadas o mixtas en cuyo ámbito se lleve a cabo dicho ejercicio;
- f) Contar con períodos de recuperación cuando el ejercicio de la profesión se lleve a cabo en relación a problemáticas o situaciones sociales que impliquen acelerados procesos de desgaste profesional o afecten la salud física o mental de los profesionales; estos períodos de recuperación no serán mayores a catorce (14) días por año y no afectarán las condiciones del vínculo laboral-profesional en lo que hace a salario, antigüedad, adicionales, honorarios, funciones y tareas desarrolladas por los profesionales;
- g) Concurrir a las asambleas, reuniones, congresos y otros eventos que se organicen a nivel local, nacional o internacional, en representación de las organizaciones profesionales de trabajo social, con justificación de las inasistencias laborales en el ámbito público o privado en que incurran por dicho motivo y sin que ello afecte el cobro de adicionales por presentismo laboral y otros de similar naturaleza;

h) Acordar honorarios y aranceles profesionales con obras sociales, servicios de medicina prepaga, asociaciones mutuales y otras, de manera individual o a través de los colegios o consejos profesionales o de la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social.

## **Capítulo V**

### **Obligaciones profesionales**

**ARTÍCULO 11.** — Obligaciones. Son obligaciones de los/as Licenciados/as en Trabajo Social las siguientes:

- a) Matricularse en el colegio o consejo profesional de la jurisdicción donde ejerza la profesión y mantener al día el pago de la matrícula habilitante respectiva. Esta obligación rige también para quienes ejerzan la profesión de trabajo social en organismos públicos nacionales, binacionales o internacionales con representación en el país;
- b) Desempeñar la profesión con compromiso, competencia y actualización profesional, teniendo como principios rectores los derechos humanos, la justicia social, la ciudadanía y la forma de vida democrática;
- c) Ejercer la profesión de conformidad con las normas establecidas en los códigos de ética sancionados por los colegios o consejos profesionales;
- d) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias;
- e) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.

## **Capítulo VI**

### **Disposiciones generales**

**ARTÍCULO 12.** — Planes de estudios. El Ministerio de Educación de la Nación deberá promover ante los organismos que correspondan la adecuación de las currículas de todas las universidades estatales y de gestión privada conforme a la presente ley.

**ARTÍCULO 13.** — Contratación de personas. Los organismos, instituciones públicas nacionales y las organizaciones e instituciones regidas por el derecho privado deberán contratar personas físicas para realizar tareas propias de la actividad profesional del trabajo social, siempre que cumplan con las condiciones para el ejercicio profesional establecidas en el capítulo II de esta ley, sin perjuicio de la intervención de personas físicas que posean otros títulos profesionales habilitantes para esa función.

**ARTÍCULO 14.** — Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

**ARTÍCULO 15.** — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS DIEZ DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE.

— REGISTRADA BAJO EL N° 27.072 —

**JULIAN A. DOMINGUEZ. — GERARDO ZAMORA. — Lucas Chedrese. — Juan H. Estrada.**

## PRESENTACIÓN

El espíritu de la Dirección de Trabajo Social estriba en un eje constructivo, más un fuerte análisis reflexivo respecto de la historicidad del área. Ello permite establecer líneas de trabajo que abonan la generación de una propuesta superadora en pos de jerarquizar nuestro quehacer profesional.

Entendiendo que la Atención Primaria de la Salud<sup>1</sup> (APS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios adecuados. Y que el acceso a la salud es un derecho universal que a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) permiten garantizar la atención inmediata, descentralizando y descomprimiendo la demanda sanitaria en los centros hospitalarios de mayor afluencia.

Teniendo como un eje central la realización y ejecución de proyectos y programas desde una mirada hacia la integralidad, la articulación, la corresponsabilidad entre las diferentes direcciones, instituciones públicas, sector privado, programas gubernamentales y/u ONG's para consensuar criterios, sumar o generar acciones de promoción y prevención<sup>2</sup>.

La visión integral de accesibilidad a la salud, implica erosionar el paradigma biologicista imperante, el cual sesga la mirada impidiendo apreciar el peso que el contexto y las macroestructuras ejercen sobre la población. Así *"lo social, no es solamente un eje en la Secretaría de Salud sino parte integral de la misma"*, asir este paradigma como punto de inflexión habilita la implementación de acciones concretas y proyecciones superadoras que traspasan estructuras e interpelan ideologías constreñidas.

En la materia que nos convoca, nuestra legislación sostiene el concepto de "Salud Integral" es decir no sólo referido a las prestaciones de salud que corresponden a las dolencias físicas de la persona, sino que *"la concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente"*.

---

<sup>1</sup> La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (Organización Mundial de la Salud).

<sup>2</sup> La Prevención se define como las "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998)

- Reevaluar e innovar líneas de intervención con el Programa de Apoyo Alimentario a Personas con Necesidades Especiales (PAAPNE).

- 

#### EJES DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y COMUNITARIO

- Fortalecer y acompañar a las redes interinstitucionales de los barrios.
- Promover reuniones interinstitucionales a fin de iniciar mesas barriales integradoras.
- Garantizar la aplicación institucional del "Protocolo provincial para la atención de personas víctimas de violencia sexual".
- Promover y fortalecer la Educación Sexual Integral (ESI) en ámbitos educativos y comunitarios.
- Promover y fortalecer la salud sexual y la inclusión de la comunidad de LGTBQ+.
- Fortalecer la construcción multidisciplinar.
- Promulgar la corresponsabilidad interinstitucional y familiar.
- Planificar, ejecutar y evaluar talleres participativos con grupos asociados de la comunidad.
- Planificar, ejecutar y evaluar talleres multidisciplinarios para ámbitos educativos y comunitarios.
- Impulsar intervenciones transdisciplinarias e integrales para casos complejos.
- Desnaturalizar preconceptos, estigmas y estereotipos sobre grupos vulneralizados.
- Resignificar situaciones problemáticas de individuos, familiares y grupos sociales.
- Generar prácticas proactivas en tráiler sanitarios, campañas y eventos comunitarios en virtud de asesorar, detectar y orientar la atención de situaciones de personas y grupos familiares.
- Promocionar los programas, proyectos y servicios autóctonos.

Desde un aspecto práctico, estrictamente limitado a tratamientos médicos la persona halla respuestas claras y accesibles para aquellos que poseen algún tipo de seguro de salud en lo que se denomina Programa Médico Obligatorio<sup>3</sup> (PMO). Los problemas se suscitan cuando se carece de cualquier tipo de cobertura de salud ya sea por hallarse fuera del sistema de obras sociales o entidades prepagas o por no contar con un beneficio no contributivo por invalidez requiriendo satisfacción de necesidades o prestaciones sociales.

#### EJES DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

- Afianzar el paradigma de los Derechos Humanos como eje vertebrador de nuestras intervenciones y prácticas.
- Fortalecer conocimientos vinculados a la perspectiva de género y diversidades.

#### Objetivos Generales

- Fortalecer y reevaluar los programas de la Dirección.
- Visibilizar la intervención (actividades, trabajo en terreno, entre otras).
- Promover la intervención multidisciplinar e intersectorial.
- Abogar por la unión entre el personal de las distintas Direcciones y Sectores de la Secretaría en pos de aumentar la efectividad en torno a la atención de las personas.
- Desarticular prácticas y comportamientos individualistas o tendenciosos entre compañeros.
- Diseñar, planificar y ejecutar acciones conjuntas para la comunidad.

#### Objetivos específicos prácticos

- Desnaturalizar preconceptos, estigmas y estereotipos sobre individuos y/o las familias en los equipos intervinientes.
- Generar gestiones expeditivas, proactivas y de corresponsabilidad institucional.
- Fortalecer el Programa Nacional Municipios en Acción y ejecutar los objetivos anuales.
- Fortalecer el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables y ejecutar los objetivos anuales.
- Reevaluar y generar nuevas líneas de intervención con el Programa de Atención Integral de Nutrición Infantil.

---

<sup>3</sup> El Programa Médico Obligatorio (PMO) es un conjunto de prestaciones básicas que todas las Obras Sociales y Prepagas deben cubrir, de manera obligatoria, sin importar cuál sea el tipo de plan que posea el beneficiario.

## MISIONES y FUNCIONES



### 1 Subsecretario de Salud:

- Implementar la política de salud de acuerdo a los lineamientos del Ejecutivo Municipal, basados en los ejes de atención primaria de la salud.
- Revisar y aconsejar al Secretario acerca de los subsidios solicitados dentro del área de salud.
- Refrendar los pedidos de suministros de la Subsecretaría.
- Controlar el cumplimiento de funciones y horarios del personal de la subsecretaría.
- Participar de las reuniones de equipo con los demás integrantes de la Secretaría.
- Representar al Sr. Intendente en los actos para los cuales fuere designado.
- Evaluar y supervisar la ejecución de programas y proyectos nacionales y provinciales.
- Participar de reuniones interdisciplinarias con otros estamentos municipales y organizaciones de la sociedad civil, en temas relacionados con la salud.
- Elaborar, en conjunto con el Asesor Coordinador y el Director Médico General, el presupuesto de la Subsecretaría.

### 1.1 Técnico Adjunto

- Será ejercido por profesional universitario del área de la salud. De carrera municipal.
- Asesorar al Subsecretario de Salud con respecto a proyectos y programas a implementarse desde la Subsecretaría.
  - Proponer a la Subsecretaría nuevos programas y proyectos para mejorar la APS y la calidad de vida de los habitantes de la ciudad de C.R.
  - Participar de las reuniones de equipo con los demás integrantes de la Secretaría.
  - Participar de reuniones interdisciplinarias con estamentos municipales y organizaciones de la sociedad civil, en temas relacionados con la salud.

### 1.2 Departamento Administrativo

- Será ejercido por personal de la carrera administrativa municipal, por concurso.
- Coordinar el despacho de la Subsecretaría.
  - Coordinar la tarea del personal administrativo y de maestranza que se desempeña en dependencia de la Subsecretaría.
  - Coordinar la tarea del chofer designado a la Subsecretaría.
  - Mantener el orden del archivo de la Subsecretaría.

### 1.2.1 Administrativo de despacho

- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo y manejo de PC.
- Tener a cargo la confección de notas, informes y solicitudes de la Subsecretaría.
  - Mantener el orden de los archivos.
  - Realizar tareas de cafetería entre la Subsecretaría y otras áreas municipales.
  - Colaborar con la atención al público cuando fuera necesario.
  - Reemplazar al personal administrativo de otros sectores de la Subsecretaría cuando fuera necesario.

90676

Sr. CARLOS SANCHEZ SST  
Intendente de Secretaría  
Municipalidad de Comalá, Costa Rica

Sr. PABLO VINDOCINI  
INTENDENTE  
Municipalidad de Com. Alvarado



### 1.2.2 División Operativa

- Tener a su cargo la limpieza de la Subsecretaría.
- Carga y descarga de insumos de la Subsecretaría, farmacia y laboratorio.
- Efectuar tareas de cafetería.

### 1.2.3 Chofer

- Será ejercido por personal mayor de edad, con carnet de conductor adecuado a la tarea.
- Conducir el vehículo a cargo de la Subsecretaría de acuerdo a cronograma programado de tareas.
- Encargarse de la efectivización de las tareas de mantenimiento del vehículo.

### 1.3 Dirección Médica General

- Será ejercido por un profesional universitario de grado de ciencias de la salud (médico u odontólogo), con experiencia en atención primaria de la salud, manejo de personal y coordinación de grupos. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Supervisión y coordinación de la tarea de las direcciones y jefaturas dependientes de esta dirección.
- Proponer programas y proyectos a desarrollar desde la Subsecretaría.
- Evaluar programas y proyectos propuestos por las diferentes direcciones y jefaturas a su cargo.
- Participar con el Subsecretario y el Asesor Coordinador en la evaluación de las políticas de salud a implementar.
- Evaluar y supervisar la ejecución de programas y proyectos nacionales y provinciales.
- Elevar al Subsecretario las necesidades de compra de muebles e insumos necesarios para el normal desempeño del área.
- Participar con el Subsecretario y el Asesor Coordinador en la designación de personal para tareas específicas.
- Elaborar, junto con el Subsecretario y el Asesor Coordinador, el presupuesto de la Subsecretaría.

#### 1.3.1 Dirección de A.P.S.

- Será ejercido por un profesional universitario de grado de ciencias de la salud (médico, odontólogo, bioquímico), con experiencia en atención primaria de la salud, manejo de personal y coordinación de grupos. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Supervisión y coordinación de las tareas de Atención Primaria de la Salud.
- Proponer programas y proyectos a desarrollar desde la Subsecretaría.
- Evaluar programas y proyectos propuestos por las diferentes direcciones a su cargo y elevarlos a la Subsecretaría.
- Controlar y coordinar la implementación de los programas nacionales, provinciales y municipales, de acuerdo a lo decidido por la Subsecretaría.
- Proponer programas o tareas para mejorar la A.P.S.
- Proponer personal para cubrir puestos vacantes dentro del área a su cargo.
- Coordinar las licencias del personal a su cargo y lo elevará al Director Médico General para su aprobación.

#### 1.3.1.1 Centros de Promoción de la Salud

- Será ejercido por profesional universitario de grado (médico, odontólogo, bioquímico, trabajador social, psicólogo, licenciado en enfermería) con experiencia en promoción de la salud, manejo de

*[Handwritten signatures and stamps]*

Dr. RAÚL SANCHEZ  
INTENDENTE  
Ministerio de Com. y Salud

90371



personal y coordinación de grupos. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.

- Coordinar las tareas de Promoción de la Salud.
- Proponer al Director de APS las estrategias a seguir en esta área.
- Estar encargado de las relaciones interinstitucionales específicas de su función, incluyendo la difusión por la prensa.
- Coordinar los grupos interdisciplinarios que trabajen en promoción.

**1.3.1.2 Centro de CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud)**

- Será ejercido por médico con por lo menos 10 años en el ejercicio de la profesión, con experiencia en APS, manejo de personal y coordinación de grupos. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Controlar y coordinar la implementación de los programas nacionales, provinciales y municipales, de acuerdo a lo decidido por la Subsecretaría.
- Ser responsable de la coordinación de las tareas asistenciales, administrativas, de promoción, de terreno del CAPS a su cargo.
- Controlar el presentismo de todo el personal del CAPS.
- Supervisar la confección de las planillas de registro, elaboración de datos estadísticos, denuncia de enfermedades de denuncia obligatoria, corredor epidemiológico y elevarlos a quien correspondiere.
- Ser responsable del Programa REMEDIAR, mientras esté vigente.
- Avalar las solicitudes de insumos necesarios para el funcionamiento del CAPS.
- Elevar a la superioridad las necesidades de mantenimiento edificio (reparación, ampliación) y de elementos muebles.
- Proponer programas o tareas para mejorar la A.P.S.
- Proponer personal para cubrir puestos vacantes dentro del área a su cargo.
- Proponer el cronograma de licencias del personal a su cargo.

**1.3.1.2.1 Agentes Sanitarios**

- Será ejercida por personal con cursos reconocidos a nivel nacional, provincial o municipal.
- Ser el puente entre el sistema de salud y la familia, con todo lo que ello involucra (instituciones, escuelas, iglesias, centros comunitarios). Ser quien comunica al sistema lo que la familia necesita, piensa y espera de la institución.
- Realizar rondas periódicas en el área asignada, casa por casa y familia por familia, efectuando censos de población, familias y viviendas, con el fin de detectar la existencia de ancianos e incapaces sin protección, menores con problemas de abandono material y/o moral, disminuidos físicos y/o psíquicos, grupos familiares numerosos carenciados.
- Confeccionar registros e informes de los datos relevados.
- Realizar tareas de promoción y prevención de enfermedades reducibles o prevenibles a través de acciones sobre el ambiente físico y biológico.
- Controlar los esquemas de vacunación y el cumplimiento de los controles de embarazo (en sus visitas domiciliarias).

124605

**1.3.2 Dirección de Trabajo Social**

- Será ejercido por licenciado en Trabajo Social (o carrera afin), con experiencia en APS, manejo de personal y coordinación de grupos. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.

*[Handwritten signatures and stamps]*

Dr. SAUL SIMONINI  
INTENDENTE  
Municipalidad de Chiriquí



- Elaborar los informes sociales de acuerdo a las necesidades de la Subsecretaría.
- Realizar visitas en casos determinados.
- Coordinar la tarea de todos los trabajadores sociales de la Subsecretaría.
- Coordinar con otras áreas de la Subsecretaría las tareas de prevención y promoción de la salud.

### 1.3.3 Dirección de Enfermería

- Será ejercido por un licenciado en enfermería (o enfermero universitario si no hay postulados licenciados), con experiencia en APS, manejo de personal y coordinación de grupos. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Coordinar las tareas del personal de las áreas a su cargo.
- Confeccionar el listado de necesidades del área a su cargo.
- Definir la distribución de los insumos de enfermería, limpieza y muebles a las diferentes áreas a su cargo.
- Supervisar las tareas de enfermería y agentes sanitarios de la Subsecretaría.
- Capacitación del personal de enfermería (educación permanente)
- Supervisar esterilización de materiales.
- Coordinar las licencias del personal a su cargo, en conjunto con los coordinadores de los CAPS.
- Proponer personal para cubrir vacantes de su área.

#### 1.3.3.1 Departamento de Epidemiología y Estadística

- Será ejercido por enfermero universitario, con experiencia en el manejo de vacunas, corredor epidemiológico, estadística, enfermedades prevalentes. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Distribución y control de vacunas en los diferentes CAPS
- Control del estado de las heladeras destinadas a vacunas.
- Control de planillas de vacunación.
- Capacitación a los enfermeros de los CAPS (educación continua)
- Coordinación de campañas de vacunación.
- Control de los partes epidemiológicos de los CAPS.
- Control epidemiológico de foco
- Confección del corredor epidemiológico de cada CAPS y de la Subsecretaría en general.
- Recabar datos para las estadísticas de la Subsecretaría.

#### 1.3.3.2 Departamento Enfermero Responsable de CAPS

- Será ejercido por enfermero universitario, con experiencia en APS y manejo de personal. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Coordinar las tareas de enfermería, promotores de salud, administrativas y de maestranza, de acuerdo a las indicaciones del Director del CAPS.
- Ser responsable del Programa REMEDIAR, mientras esté vigente.
- Ser responsable de la entrega de leche y medicamentos de su Centro.
- Ser responsable del estado de funcionamiento de los bienes muebles del Centro, incluyendo el uso de la heladera de vacunas.
- Ser responsable de la confección de las planillas de atención, estadísticas vacunas, corredor epidemiológico, entre...

90076



**Médico de CAPS** (generalista, de familia, clínico, pediatra, tocoginecólogo, comunitario)

- Será ejercido por profesionales médicos de Universidades reconocidas nacionalmente.
- Tendrá por tarea la atención en consultorio, actividades de prevención y promoción de salud, reemplazo del médico de carnet sanitario.
- Participará de la planificación de las tareas del CAPS donde desempeñe sus funciones.
- Podrá ser designado para reemplazar al Director del CAPS en ausencia del mismo.
- Podrá ser responsable del plan REMEDIAR.

**Médico de Promoción de Salud**

- Será ejercido por profesional médico de Universidades reconocidas a nivel nacional.
- Actividades de educación y promoción de salud.
- Reemplazo médico CAPS o carnet sanitario
- Participará con el Director de Promoción de la Salud en las tareas de planificación y difusión de conductas saludables.

**Psicólogo**

- Será ejercido por profesional psicólogo de Universidades reconocidas a nivel nacional.
- Tendrá por funciones la actividad asistencial en CAPS y Subsecretaría, coordinación de grupos de trabajo, tareas de promoción de la salud.
- Participará en las tareas de planificación de los CAPS.

**Psicólogo de Promoción de Salud**

- Será ejercido por profesional psicólogo de Universidad reconocida a nivel nacional
- Tendrá tareas de educación y promoción de la salud.
- Podrá reemplazar al psicólogo de CAPS.
- Participará con el Director de Promoción de la Salud en las tareas de planificación y difusión de conductas saludables.

**Nutricionista**

- Será ejercida por nutricionista o licenciado en nutrición de Universidad reconocida a nivel nacional.
- Tendrá por funciones la actividad asistencial en los CAPS y Subsecretaría y tareas de educación y promoción de salud.
- Coordinará sus tareas con las desarrolladas dentro de su profesión, en otras áreas del Municipio.

**Kinesiólogo**

- Será ejercida por kinesiólogo de Universidad reconocida a nivel nacional.
- Tendrá por funciones la actividad asistencial en los CAPS orientada principalmente a APS y tareas de educación y promoción de salud.
- Participará con el Director de Promoción de la Salud en las tareas de planificación y difusión de conductas saludables.

Enfermero profesional n°

24906

- Tareas de enfermería en terreno.
- Participará en tareas de educación y promoción de la salud.
- Podrá reemplazar a personal de enfermería de otros CAPS o Subsecretaría en caso de necesidad.
- Podrá ser responsable del plan REMEDIAR, mientras esté vigente.



### Agentes Sanitarios

#### Promotores de salud

- Será ejercida por personal con cursos reconocidos a nivel nacional, provincial o municipal.
- Ser el puente entre el sistema de salud y la familia, con todo lo que ello involucra (instituciones, escuelas, iglesias, centros comunitarios). Ser quien comunica al sistema lo que la familia necesita, piensa y espera de la institución
- Realizar rondas periódicas en el área asignada, casa por casa y familia por familia; efectuando censos de población, familias y viviendas, con el fin de detectar la existencia de ancianos e incapaces sin protección, menores con problemas de abandono material y/o moral, disminuidos físicos y/o psíquicos, grupos familiares numerosos carenciados.
- Confeccionar registros e informes de los datos relevados.
- Realizar tareas de promoción y prevención de enfermedades reducibles o prevenibles a través de acciones sobre el ambiente físico y biológico.
- Controlar los esquemas de vacunación y el cumplimiento de los controles de embarazo (en sus visitas domiciliarias)
- Detectar factores de riesgo.

#### Administrativos CAPS

- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo y manejo de PC.
- Tendrá a su cargo las tareas administrativas del CAPS: asignación de turnos, búsqueda y guardado de historias clínicas, confección de notas, carga de datos en computadora, recepción de informes y su correspondiente archivo en las historias clínicas.

#### Maestranza CAPS

- Tendrá a su cargo las tareas de limpieza del CAPS y su entorno (veredas, patios, jardines).
- Carga y descarga de insumos del Centro.
- Deberá efectuar el listado de materiales necesarios para su función y elevarlo al enfermero responsable del CAPS.

(NO - modificar)

#### Trabajador Social Promoción de salud

#### Lic. en Enfermería Promoción de Salud

- Serán ejercidos por profesionales del área de Universidades reconocidas a nivel nacional.
- Tendrá tareas de educación y promoción de la salud.
- Podrá reemplazar a colegas en otra tarea de la Subsecretaría
- Participará con el Director de Promoción de la Salud en las tareas de planificación y difusión de conductas saludables.

#### Trabajador Social

- Será ejercido por licenciado en Trabajo Social (o carrera afín)

24808



#### 1.4 Dirección General de Servicios técnicos y Complementarios

- Será ejercido por un profesional universitario de grado de ciencias de la salud (bioquímico o farmacéutico), con experiencia en manejo de personal y coordinación de grupos. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Supervisión y coordinación de la tarea de las direcciones y jefaturas dependientes de esta dirección
- Proponer programas y proyectos a desarrollar desde la Subsecretaría.
- Evaluar programas y proyectos propuestos por las diferentes direcciones y jefaturas a su cargo.
- Participar con el Subsecretario y el Asesor Coordinador en la evaluación de las políticas de salud a implementar.
- Evaluar y supervisar la ejecución de programas y proyectos nacionales y provinciales.
- Elevar al Subsecretario las necesidades de compra de muebles e insumos necesarios para el normal desempeño del área.
- Participar con el Subsecretario y el Asesor Coordinador en la designación de personal para tareas específicas.
- Elaborar, junto con el Subsecretario y el Asesor Coordinador, el presupuesto de la Subsecretaría.

#### 1.4.1 Dirección de Laboratorio

- Será ejercida por bioquímico. Será concursado por antecedentes y oposición, cada 5 años.
- Coordinar las tareas del personal a su cargo
- Gestionar la compra de los insumos necesarios para el desarrollo de la tarea a su cargo.
- Proponer la incorporación de nueva tecnología para mejorar el funcionamiento de su área.
- Confeccionar las estadísticas del laboratorio de la Subsecretaría.
- Proponer las licencias del personal de su área.

#### 1.4.1.1 Bioquímico

- Será ejercido por bioquímico de Universidad reconocida a nivel nacional.
- Efectuar las determinaciones bioquímicas solicitadas por los profesionales de los CAPS, Subsecretaría, medicina laboral, carnet sanitario y de conductor u otras a requerimiento de la jefatura.
- Colaborar en la confección de las estadísticas del sector.
- Colaborar con la confección del listado de necesidades del sector.
- Podrá reemplazar a la jefatura en caso de ausencia.

#### 1.4.1.1.1 Asistente de laboratorio

- Tendrá a su cargo las tareas de limpieza del laboratorio y su material específico.
- Carga y descarga de los insumos del laboratorio

#### 1.4.1.2 Extraccionista

- Será ejercido por enfermero profesional.
- Efectuar las extracciones de sangre para los análisis clínicos
- Colaborar con tareas de enfermería de la Subsecretaría, una vez finalizada la labor específica o en caso de necesidad.

#### 1.4.1.3 Administrativo

003421



#### 1.4.2 Dirección de Farmacia

- Será ejercida por farmacéutico, con experiencia en farmacia de entidad pública. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años. -Ser responsable de la farmacia de la Subsecretaría.
- Confeccionar el vademécum de la Subsecretaría, en conjunto con el Director Médico General y el Director de APS.
- Gestionar las compras de los medicamentos incorporados en el vademécum, avaladas por el Subsecretario.
- Control y distribución de los medicamentos y la leche en los CAPS y en la Subsecretaría.
- Supervisar la implementación del Programa REMEDIAR, mientras esté vigente.
- Efectuar las estadísticas del consumo de leche y medicamentos.
- Capacitación del personal de los CAPS, referido a entrega de medicamentos y leche.
- Controlar la confección de las planillas respectivas.
- Determinar las tareas del personal a su cargo.
- Proponer las licencias del personal a su cargo.

##### 1.4.2.2 Idóneo de farmacia

- Será ejercido por personal con experiencia de trabajo en farmacia.
- Colaborar con el farmacéutico en el control y distribución de medicamentos y leche en los CAPS y Subsecretaría.
- Recepción y control de la entrada de medicamentos y leche
- Mantener el orden del depósito de la farmacia.
- Entrega de leche y medicamentos contra recetas.
- Efectuar la compra directa en farmacia de los medicamentos autorizados por no estar en el vademécum o por subsidios específicos.
- Confeccionar la facturación de las compras directas a farmacias. Reemplazar al administrativo en caso de ausencia

##### 1.4.2.3 Administrativo

- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo, con manejo de PC.
- Realizar el control estadístico de las recetas recibidas.
- Llevar el control informático de las altas y bajas del depósito.
- Colaborar con el farmacéutico y el idóneo en la preparación de los pedidos de los CAPS.
- Reemplazar al idóneo en caso de ausencia.

#### 1.4.3 Departamento de Carnet Sanitario

- Será ejercida por personal administrativo de carrera municipal. Deberá tener experiencia en atención al público. Será concursada por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Coordinar las tareas del personal administrativo a su cargo.
- Supervisar el orden de los archivos.
- Confeccionar la estadística del sector.
- Confeccionar el pedido de insumos del sector.
- Supervisar los bienes muebles utilizados en el sector
- Proponer las licencias del personal a su cargo.

124806

1.4.3.1 Médico de Carnet sanitario



- Podrá reemplazar a médico de CAPS

#### 1.4.3.2 División Administrativa

- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo y experiencia en atención al público.
- Atención al público de carnet sanitario, carnet de discapacidad, recepción de pedidos de subsidios, admisión de pacientes derivados de los CAPS u otros sectores (para laboratorio, consultas, informes sociales)
- Confección de los carnet, plastificación y entrega de los mismos.
- Confección de fichas sanitarias y archivo de las mismas.
- Asistencia administrativa de los médicos que se desempeñan en el sector

#### 1.4.4 División de Área Informática

- Será ejercida por técnico programador universitario. Será concursado por antecedentes y oposición.
- Confección y mantenimiento de bases de datos relacionados con las tareas de la Subsecretaría.
- Responsable final de los informes estadísticos de las diferentes áreas de la Subsecretaría.

#### 1.4.4.1 Administrativo

- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo y experiencia en atención al público.
- Atención al público de carnet sanitario, carnet de discapacidad, recepción de pedidos de subsidios, admisión de pacientes derivados de los CAPS u otros sectores (para laboratorio, consultas, informes sociales).
- Confección de los carnet, plastificación y entrega de los mismos.
- Confección de fichas sanitarias y archivo de las mismas.
- Asistencia administrativa de los médicos que se desempeñan en el sector.

D. CARLOS MARCELO REY  
Subsecretario de Gestión de  
Recursos y Compras de  
Municipalidad Combarba Española

Dr. RAUL SIMONCINI  
INTENDENTE  
Municipalidad de Combarba

- Colaborar con el Director de Farmacia en el control y distribución de los medicamentos, anticonceptivos y la leche en los CAPS.
- Colaborar en la implementación del Programa REMEDIAR, mientras esté vigente.
- Colaborar en la confección de las estadísticas del sector.
- Colaborar con el Director de Farmacia en la capacitación del personal de los CAPS y de Farmacia.
- Colaborar con la confección del listado de necesidades del sector.

#### 1.4.2.1.1 Idóneo de farmacia

- Será ejercido por personal con experiencia de trabajo en farmacia.
- Colaborar con el farmacéutico en el control y distribución de medicamentos y leche en los CAPS y Subsecretaría.
- Recepción y control de la entrada de medicamentos y leche
- Mantener el orden del depósito de la farmacia.
- Entrega de leche y medicamentos contra recetas.
- Efectuar la compra directa en farmacia de los medicamentos autorizados por no estar en el vademécum o por subsidios específicos.
- Confeccionar la facturación de las compras directas a farmacias. Reemplazar al administrativo en caso de ausencia

#### 1.4.2.1.2 Administrativo

- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo, con manejo de PC.
- Realizar el control estadístico de las recetas recibidas.
- Llevar el control informático de las altas y bajas del depósito.
- Colaborar con el farmacéutico y el idóneo en la preparación de los pedidos de los CAPS.
- Reemplazar al idóneo en caso de ausencia.

#### 1.4.2.2 Departamento Inmunizaciones, Epidemiología y Estadística

- Será ejercido por enfermero, con experiencia en el manejo de vacunas, corredor epidemiológico, estadística, enfermedades prevalentes. Será concursado por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Capacitación permanente y continua
- Conocimiento de vacunas e inmunidad vacunal
- Conocimiento de las Normas Nacionales de Vacunación y vacunación obligatoria (actualización permanente)
- Conservación y manipulación de stock de vacunas
- Capacitación y acompañamiento al personal de enfermería de los CAPS Municipales
- Coordinación de Campañas de Vacunación
- Control del estado de las heladera y su mantenimiento
- Control de estado de vacunas: fecha de vencimiento, fecha de aperturas, ruptura de cadena de frío por alguna eventualidad, comunicación al Estado Central (Hospital Regional)
- Control de carpeta de registros usadas en los CAPS

Dr. CARLOS MARCELO REY  
Subsecretario de Gerencia de  
Higiene y Control de  
Medicamentos Controlados

DR. OSCAR SIMONCINI  
Secretario de Hacienda  
Municipalidad de Comodoro Rivadavia

Dr. Oscar Simoncini  
Intendente  
Municipalidad de Comodoro Rivadavia

- Realización de Estadística Mensual de aplicación de vacunas en los CAPS, elevar información a la Red Central (Secretaría de Salud de la Provincia)
- Control del Programa de Tuberculosis
- Control de Registros de Tratamiento supervisado de cada paciente que se realiza en los CAPS Municipales
- Organización de la Central de Tratamiento en los Centros de Salud (Tarjeta clínica, medicación, turnos, equipos descartables)
- Capacitación educativa a las enfermeras de cada CAPS para cumplir las tareas determinadas referente al programa y atención del paciente y su familia
- Mantener la disponibilidad adecuada de medicamentos y otros materiales que sean necesarios
- Suministrar cuando corresponda los informes o pedidos de turnos al Nivel Intermedio o Provincia
- Control de Patologías Prevalentes e Infectocontagiosas a través de registros semanales que son datos obtenidos a través del registro médico diario.
- Control general de todos los registros que se recopilan de todos los CAPS
- Se recolecta información sobre las características y determinantes de la salud y la enfermedad en grupos de personas que habitan en los diferentes barrios en los que se encuentran insertados nuestros CAPS
- Al surgir un evento de salud inesperado se toma conocimiento y se informa telefónicamente o por escrito de acuerdo a la gravedad de la patología, se informa a Nivel Central o Provincial para su inmediato accionar.

#### 1.4.3 Departamento de Carnet Sanitario

- Será ejercida por personal administrativo de carrera municipal. Deberá tener experiencia en atención al público. Será concursada por antecedentes y oposición cada 5 años.
- Coordinar las tareas del personal administrativo a su cargo.
- Supervisar el orden de los archivos.
- Confeccionar la estadística del sector.
- Confeccionar el pedido de insumos del sector.
- Supervisar los bienes muebles utilizados en el sector
- Proponer las licencias del personal a su cargo.

##### 1.4.3.1 Médico de Carnet sanitario (generalista, clínico, tocoginecólogo)

- Será ejercido por profesional médico de Universidad reconocida a nivel nacional
- Tendrá por funciones el examen médico de los solicitantes de carnet sanitario. Los exámenes ginecológicos (cuando correspondan) serán efectuados por un especialista en tocoginecología.
- Podrá reemplazar a médico de CAPS.

##### 1.4.3.2 División Administrativa

- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo y experiencia en atención al público.
- Atención al público de carnet sanitario, carnet de discapacidad, recepción de pedidos de subsidios, admisión de pacientes derivados

Dr. CARLOS MARCELO PEY  
 Médico de Carnet Sanitario  
 Municipalidad de Canelones, Uruguay

DR. ALEJANDRO TORRES  
 Médico de Carnet Sanitario  
 Municipalidad de Canelones, Uruguay

Rosalía Orosco Simioncini  
 Insidente  
 Municipalidad de Canelones, Uruguay

de los CAPS u otros sectores (para laboratorio, consultas, informes sociales).


- Confección de los carnet, plastificación y entrega de los mismos.
- Confección de fichas sanitarias y archivo de las mismas.
- Asistencia administrativa de los médicos que se desempeñan en el sector


#### 1.4.4 División de Área Informática


- Será ejercida por técnico programador universitario. Será concursado por antecedentes y oposición.
- Confección y mantenimiento de bases de datos relacionados con las tareas de la Subsecretaría.
- Responsable final de los informes estadísticos de las diferentes áreas de la Subsecretaría.

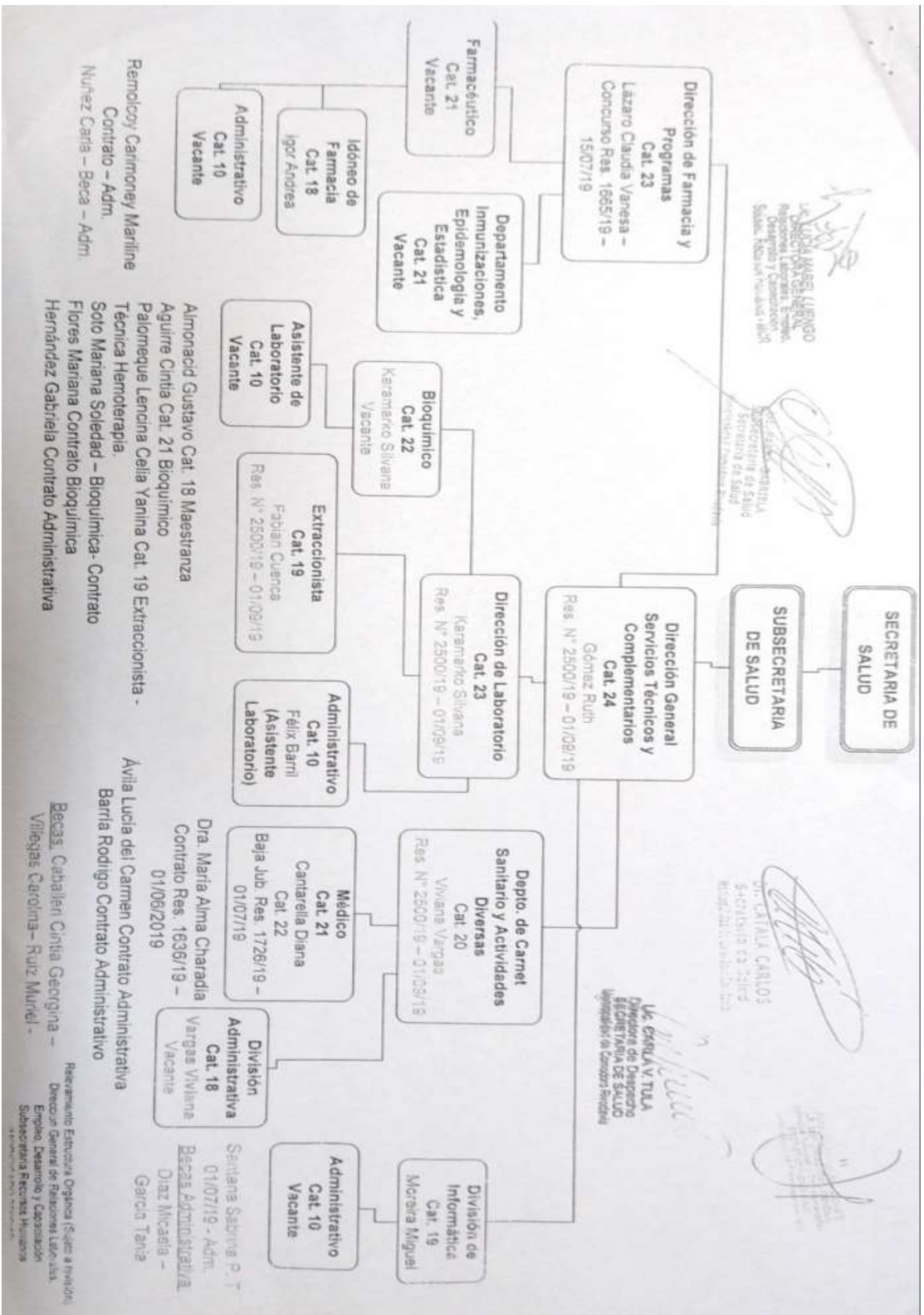
#### 1.4.4.1 Administrativo

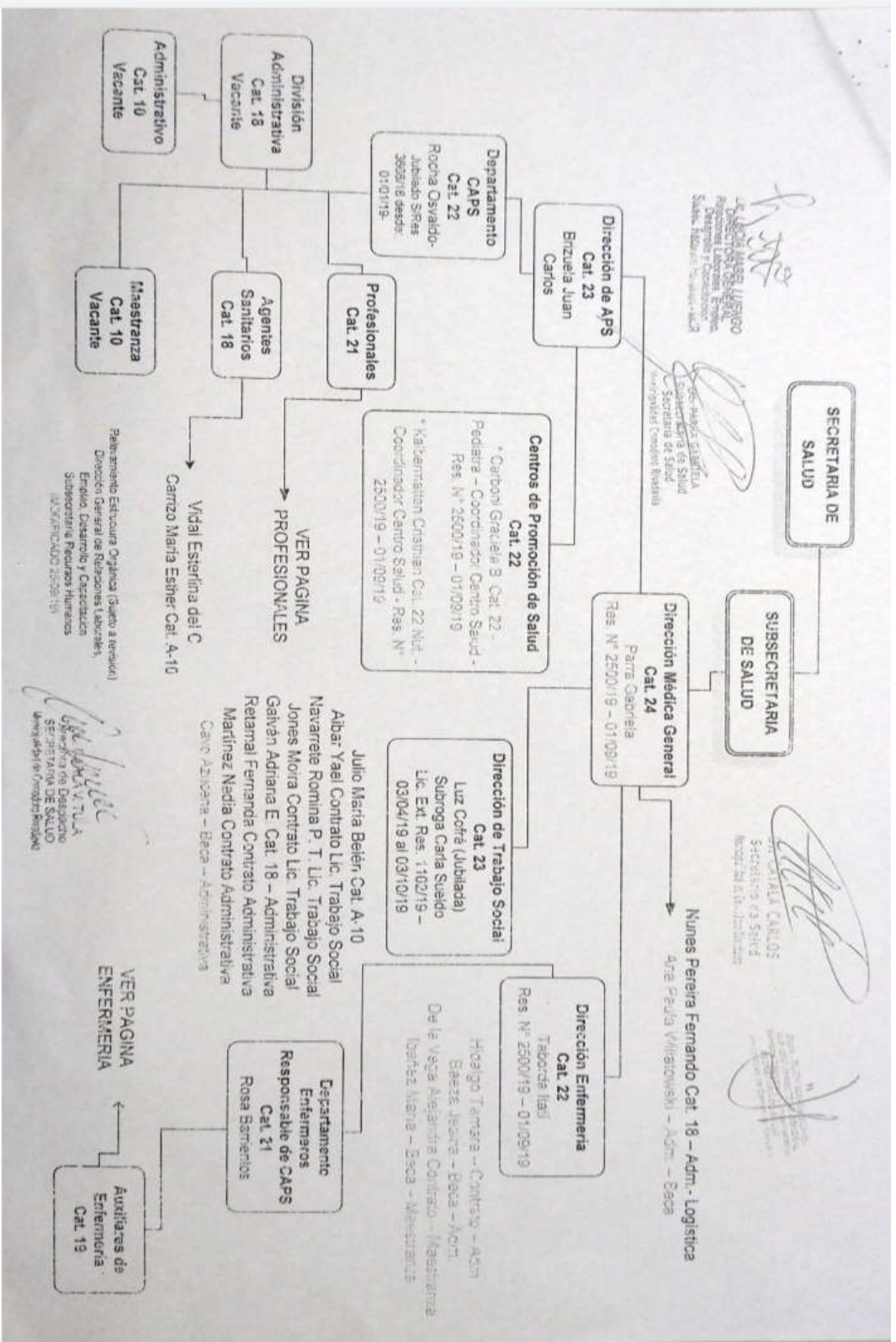
- Será ejercido por personal con secundario o polimodal completo y experiencia en atención al público.
- Atención al público de carnet sanitario, carnet de discapacidad, recepción de pedidos de subsidios, admisión de pacientes derivados de los CAPS u otros sectores (para laboratorio, consultas, informes sociales).
- Confección de los carnet, plastificación y entrega de los mismos.
- Confección de fichas sanitarias y archivo de las mismas.
- Asistencia administrativa de los médicos que se desempeñan en el sector.

  
Sr. CARLOS MARCELO REY  
Intendente Decano  
Unidad y Control  
Municipalidad de Canelas, Río de Janeiro

  
Raúl Oscar Simonetti  
Intendente  
Municipalidad de Canelas, Río de Janeiro

  
DIEGO ALEJANDRO TOURIÑÁN  
Secretario de Hacienda  
Municipalidad de Canelas, Río de Janeiro







**ORGANIGRAMA ACTUAL**  
 Resolución N° 1199/06,  
 N° 1248/06, 1271/06,  
 3499/07 y N° 3837/15

*[Signature]*  
 Lic. Susana Castillos  
 Directora de Gestión  
 Director General de Salud

**SECRETARIA DE SALUD**  
**SUBSECRETARIA DE SALUD**  
 Técnico Adjunto Cat. 24 Vacante

**Abogado Abraham Andra - Profesional Adjunto - Abogada - Cat. 21**  
**Psic. María Solís - Psicólogo - 01/07/19 - Idoneo de Farmacia - Secretario Genérico -**  
**Enfermera Sandra Contreras - Administradora - Recuperador Obras Sociales**  
**Técnico Laura Contreras - Administradora - Recuperador Obras Sociales**

**Dirección General de Atención Primaria de la Salud**  
 Cat. 24  
 Vacante

**Técnico Adjunto Cat. 24 Vacante**

**Dirección Despacho Cat. 23**  
 Tiza Carra  
 Res. N° 2500/19 - 01/08/19

**Gonzalo Herrera Cat. 21 - Adm. - Operativo - Logístico**  
**Leiva Gabriel Cat. 21 - Administrativo**  
**Vidal Celia Contrato - Administrativa**  
**Asistido Flavia - Roca - Administrativa**  
**Florencia - Beca - Administrativa**

**Dirección Médica General**  
 Cat. 24  
 Pato García  
 Res. N° 2800/19 - 01/09/19

**Dirección de Farmacia y Programas**  
 Cat. 23  
 Lazaro Claudia Vanesa -  
 Concurso Res. 1665/19 -  
 15/07/19

**Dirección General Servicios Técnicos y Complementarios**  
 Cat. 24  
 Gómez Rahn  
 Res. N° 2800/19 - 01/09/19

**Departamento Administrativo**  
 Cat. 21  
 Borquez Teresa  
 Jubilada

**Dirección de APS**  
 Cat. 23  
 Betuelia Juan  
 García

**Dirección Enfermería**  
 Cat. 22  
 Irujo Falcón  
 Res. N° 2500/19 - 01/08/19

**Dirección de Laboratorio**  
 Cat. 23  
 Soler y Rodríguez  
 Res. N° 2500/19 -  
 01/08/19

**División Operativa**  
 Cat. 18  
 Vacante

**División de Informática**  
 Cat. 19  
 Morena Miguel

**Chofer**  
 Cat. 18  
 Varez Sergio  
 Res. N° 2500/18 -  
 01/09/18

**Dirección de Trabajo Social**  
 Cat. 23  
 Luz Cofre (Jubilada)  
 Gabriela Caris Sueliro  
 Lic. Ext. Res. 1102/19 -  
 03/04/19 al 03/10/19

**Dpto. de Carnet Sanitario y Actividades Diversas**  
 Cat. 20  
 Vargas Viana  
 Res. N° 2500/19 - 01/08/19

**Administrativo**  
 Cat. 19  
 Vacante

**Caritas Huro -**  
**Contrato - Chofer**

*[Signature]*  
 Lic. Susana Castillos  
 Directora de Gestión  
 Director General de Salud

*[Signature]*  
 Lic. Susana Castillos  
 Directora de Gestión  
 Director General de Salud

*[Signature]*  
 Lic. Susana Castillos  
 Directora de Gestión  
 Director General de Salud

Imágenes extraídas de página oficial Secretaria de Salud, Comodoro Rivadavia 16-03-2020



**Campaña de promoción y prevención intersectorial contra ITS (2017)**



**Jornada de prevención de la lucha contra el VIH-SIDA (2017)**



**Jornada de prevención de la lucha contra el VIH-SIDA entrevista Secretario de Salud Carlos Catalá y Subsecretario de Salud Jorge Espindola (2017)**







**Campaña de promoción y prevención intersectorial contra ITS (2018)**

[www.comodoro.gov.ar](https://www.comodoro.gov.ar)

# JORNADA DE SALUD SEXUAL

HACETE UN EXAMEN GRATUITO Y SACATE LAS DUDAS

🕒 **sábado 6/6 de 11 a 16 hs** 📍 **Sarmiento 680**

- Detección de sífilis, HIV, Hepatitis B y C
- Asesoramiento en anti-concepción Libre, gratuito y confidencial

**VIVAMOS COMODORO** **SECRETARIA SALUD**

(2020)



3 DE DICIEMBRE | 14 A 18 HS

## DÍA MUNDIAL DE LA RESPUESTA AL VIH-SIDA

📍 **CAPS SAN MARTÍN** (Huergo y Las Violetas)  
📞 Consultas: **446 0740**

Se entregará folletería, preservativos, consejería. También se entregarán turnos para la **Jornada de Detección ITS** del día 5 de diciembre

[www.comodoro.gov.ar](http://www.comodoro.gov.ar) **VIVAMOS COMODORO** SECRETARÍA SALUD

(2020)





**Campaña prevención de ITS y contra el VIH-SIDA Secretaria de Salud (diciembre 2020)**





**Campaña prevención de ITS y contra el VIH-SIDA Secretaria de Salud (diciembre 2020)**