



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Estrategias de intervención del trabajo social en el abordaje de la tuberculosis : interdisciplina y red

Autores (en el caso de tesistas y directores):

María Agustina López Echagüe

Evelina Simonotto, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2016

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

Estrategias de Intervención del Trabajo Social en el Abordaje de la Tuberculosis: “Interdisciplina y Red”

Autora:

- María Agustina López Echagüe. D.N.I: 30.410.525
agustinalopezduran@gmail.com
(Taller IV año 2014 Docente: Evelina Simonotto)

Tutor Temático: Evelina Simonotto esimonotto@gmail.com

Fecha de presentación: 04/02/2016

Resumen, Palabras clave	P. 3
Introducción	P.4
<u>Capítulo I La tuberculosis como enfermedad atravesada por las condiciones sociales</u>	P. 9
1. El concepto de enfermedad.	P. 9
2. Tuberculosis ¿Qué es?	P. 12
3. Mitos y Estigmatización en torno a la tuberculosis	P. 17
4. Caracterización de la población atendida, la incidencia del origen y la clase social.	P.21
<u>Capitulo II Adherencia del Sistema de Salud: Políticas sanitarias, su análisis en el abordaje del Tratamiento del padecimiento de la Tuberculosis.</u>	P. 24
1. Antecedentes de la intervención de la salud pública en tuberculosis	P.24
2. El concepto de accesibilidad para el abordaje de la salud pública en tuberculosis.	P.27
3. El análisis de las políticas públicas en relación a la tuberculosis.	P. 34
4. El concepto de adherencia y su importancia en el abordaje de la tuberculosis.	P. 38
<u>Capítulo III Intervenciones del Trabajo Social en el marco del programa de tuberculosis.</u>	P. 42
1. El Trabajo Social y su intervención en el abordaje de la tuberculosis.	P. 42
2. La interdisciplina del Hospital Tornú.	P. 47
3. El concepto de Red y antecedentes en Argentina.	P. 52
4. Análisis de la Red de Trabajadoras Sociales en Tuberculosis.	P. 54
Conclusiones	P. 58
Bibliografía.	P. 61
Anexos	P. 64

Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo analizar “cómo inciden las acciones colectivas del trabajo social en el abordaje de la enfermedad de tuberculosis, inscriptas en el sistema de salud en el marco del programa nacional de tuberculosis, en los procesos de adherencia.” Estos procesos son considerados determinantes para la curación de la enfermedad. Esta investigación de índole cualitativa propone entender la enfermedad atendiendo a los factores biológicos y sociales que atraviesan la tuberculosis. A través del análisis de las políticas públicas sanitarias, y las características del sistema de salud se tomó la intervención del trabajo social en el equipo interdisciplinar de contactos del hospital Dr. Enrique Tornù y la participación del trabajo social en La Red de Trabajadoras Sociales en tuberculosis, para poder analizar la incidencia de la intervención mirando no al individuo, sino al sistema de salud. Como conclusión se estableció que los equipos interdisciplinarios y la intervención del trabajo social en Red favorece la adherencia en tanto propone facilitar la accesibilidad desde un abordaje integral y una construcción colectiva que incluya al sujeto que padece, al efector de salud y al Estado como co participantes del proceso de curación.

Palabras clave: Tuberculosis; adherencia; accesibilidad; intervención en trabajo social; interdisciplina y red.

Introducción:

El presente trabajo fue realizado en las prácticas pre-profesionales incluidas en la materia Taller IV de la Universidad de Buenos Aires. Dichas prácticas fueron realizadas en el Hospital de Agudos Dr. Enrique Tornú ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el consultorio de contactos infanto-juveniles perteneciente al área de neumotisiología de dicho hospital, durante el periodo lectivo del año 2014.

Es importante caracterizar al Hospital de agudos Dr. Enrique Tornú, atendiendo a su historia. Fue creado en 1904, para atender exclusivamente a pacientes que tenían tuberculosis. La creación de este hospital es una materialización de la visión higienista sobre la enfermedad.

Si bien en la actualidad el hospital ya no está especializado en la atención de tuberculosis sigue siendo un centro sanitario de referencia al que acuden diversos pacientes de todo Buenos Aires.

En el transcurso de la práctica se pudo asistir a dos espacios diferentes que abordan la temática de la tuberculosis.

El primero, el consultorio de contactos, en el cual se atiende a las personas que padecen tuberculosis y se realiza el estudio de sus contactos, las personas que por su cercanía pudieron correr riesgo de contagio s

El ~~segundo~~ espacio, la Red de Trabajadoras Sociales en tuberculosis, en la que participa la trabajadora social del equipo y en la que se realizan encuentros mensuales de profesionales que intervienen en tuberculosis en diferentes dispositivos de salud tanto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como en el Conurbano Bonaerense.

En el consultorio de contactos durante las prácticas se pudieron realizar entrevistas sociales a personas que padecen tuberculosis y también realizar observaciones y participar de la atención del equipo interdisciplinar.

En estas entrevistas se pudieron observar las cuestiones propias de la tuberculosis. Cómo adquiere dimensiones sociales, puesto que está atravesada por diversas situaciones problemáticas, y cuyo tratamiento supone repercusiones en la vida cotidiana de las personas que la padecen y en su red primaria. Al ser una enfermedad que requiere un tratamiento prolongado es un factor determinante para la curación la adherencia al tratamiento.

La realidad es que muchos pacientes no terminan el tratamiento adecuadamente. Si bien la tuberculosis es una enfermedad curable la interrupción prolongada del tratamiento puede llegar a causar la muerte.

Esta particularidad señala uno de los determinantes de la enfermedad que es la necesidad de la adherencia al tratamiento

Pero también durante las prácticas se pusieron de manifiesto las estrategias que se proponen en la intervención para el abordaje de la enfermedad.

A raíz de la relación de estas dos variables, surge el problema de investigación: *“¿Cómo se relacionan las acciones colectivas y singulares de las trabajadoras sociales dentro del Programa de tuberculosis, con los niveles de adherencia al tratamiento de los pacientes?”*

Para el análisis del problema de investigación se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo general: *“Analizar las intervenciones del Trabajo Social dentro del equipo de contactos infanto-juveniles del hospital Tornú”*

Objetivos específicos:

- *Describir los impedimentos que pueden surgir a lo largo del tratamiento de tuberculosis dificultando la adherencia al mismo de los pacientes.*
- *Conocer la caracterización que elaboran los profesionales de la salud del consultorio de contactos sobre/de la población que padece tuberculosis.*
- *Analizar los diversos abordajes que se proponen en relación a la intervención en trabajo social dentro del programa de tuberculosis.*

Para responder a los objetivos planteados se realizó un estudio exploratorio, ya que el tema elegido ha sido poco explorado y existe muy poca bibliografía acerca del mismo. Este tipo de estudio permite un acercamiento al análisis de las intervenciones del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario del consultorio de contactos que incluye también la participación en la Red de Trabajo Social propuesta como estrategia intervención para el abordaje de la tuberculosis.

La metodología de la investigación utilizada es de tipo cualitativo, ya que se pretende ahondar en el tema y es concordante con la elaboración conceptual de los objetivos planteados.

En lo referente a la investigación en sí, se toma a Bourdieu cuando afirma la importancia de romper con la sociología espontánea y reflexionar sobre la construcción del sujeto basada en prejuicios y prenociones. Adoptando una actitud de “vigilancia epistemológica” que consiste en la reflexión sistemática de las condiciones sociales e históricas dentro de las cuales los investigadores producen el conocimiento. Además es interesante esta perspectiva puesto que para Bourdieu el conocimiento social debe ser abordado desde un enfoque que privilegie la interdisciplinariedad.

Se orienta la investigación basándose en el paradigma interpretativo, por la importancia de la dialéctica en la investigación, su concepción del sujeto a investigar cercana al investigador que le permita conocer la realidad del mismo y no interpretarla según marcos preconcebidos.

Considerando la idea de la epistemología del “sujeto cognoscente” y el “sujeto conocido” que propone Irene Vasilachis de Gialdino, que aporta, que el “sujeto conocido” no sólo es observable, sino que produce conocimiento. Parte del sujeto situado en un contexto social e histórico y ubicado en un espacio y tiempo determinado. Existe una construcción cooperativa del sujeto que conoce y el que es conocido.

Para este trabajo se toma como unidad de análisis a los profesionales del equipo de contactos del Hospital Tornú y también a la red de trabajo social en tuberculosis en la que interviene la trabajadora social del equipo.

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a un profesional de las diferentes disciplinas que intervienen en el consultorio de contactos (una trabajadora social, una pediatra, una neumóloga y una enfermera) y también a una trabajadora social que fue una de las fundadoras de la red de trabajo social en tuberculosis.

A cada persona entrevistada se le explicó previamente la naturaleza del estudio y se preguntó si daba el consentimiento para participar, así como también para grabar la entrevista. Además se resguardaron los nombres de todos los involucrados y se realizó el compromiso de la puesta en común del resultado final del trabajo.

Para la recolección de datos se usaron como fuentes primarias las entrevistas semi-estructuradas ya mencionadas, además de las observaciones hechas en el cuaderno de campo durante las prácticas en los dos espacios, tanto en la Red como en el consultorio. Que permiten dar cuenta de la intervención del trabajo social dentro del equipo. Así como entrevistas sociales a los pacientes que padecían tuberculosis y que acudieron al consultorio de contactos y que se pudieron realizar durante las prácticas.

Como fuentes secundarias se tomaron datos y estadísticas sobre tuberculosis que permitieran dar una aproximación de la situación actual de la enfermedad. Tanto de la Organización Mundial de la Salud, como del Ministerio de Salud y del propio equipo de contactos. Además las historias sociales de los pacientes que pasaron por el consultorio de contactos del hospital Tornú durante las prácticas, para poder hacer un posible acercamiento a las singularidades personales y sociales de las personas que padecen la enfermedad. Por último se estudiaron las actas de las reuniones de la Red de Trabajo Social en tuberculosis así como documentos acerca de la misma.

El presente trabajo está dividido en tres capítulos y una conclusión final.

El primer capítulo aborda la complejidad de la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento, explicitando las manifestaciones de la cuestión social presentes en la enfermedad, analizando a la población y poniendo en cuestionamientos los mitos y estigmatizaciones que hacen referencia a la enfermedad.

En el segundo capítulo se describen los antecedentes de la intervención en salud y se caracteriza al sistema de salud en el que está inscripta la intervención y el abordaje de la enfermedad. Poniendo de manifiesto sus particularidades. Para poder conceptualizar uno de los puntos claves de la investigación que es la “adherencia”. Para lo que también se incluyen las políticas públicas que son el marco en el que se circunscribe la atención en salud de la tuberculosis.

En el tercer capítulo se analizan las intervenciones del trabajo social en el marco del programa de tuberculosis, conceptualizando y complejizando la propia intervención y señalando las dos estrategias propuestas para el abordaje de la tuberculosis que son el equipo interdisciplinar y la Red de Trabajo Social en tuberculosis.

Al final se realizan unas conclusiones finales que sintetizan todo el conocimiento que se elaboró durante la investigación.

Con

Capítulo I: La tuberculosis Como enfermedad atravesada por las condiciones sociales:

En este capítulo se pretende hacer un acercamiento al concepto de enfermedad entendida como proceso, para así adentrarse en el análisis de la ~~enfermedad de~~ tuberculosis. Una enfermedad plagada de mitos y aún hoy estigmatizante. La cuál está atravesada por las condiciones sociales del sujeto que padece.

“Se parte, por tanto, de la tesis de que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir, en el modo de producción dominante, en este caso, el capitalista. (...) De acuerdo con este enfoque, la tuberculosis se concibe como una enfermedad social cuyas verdaderas causas residen en la estructura misma de la sociedad, ya que el bacilo de Koch se desarrolla, como se ha demostrado, en determinados ambientes físicos y sociales que son producto de la forma en que la sociedad produce y se reproduce, del tipo de relaciones sociales imperantes; en pocas palabras de la estructura económica de la sociedad.”

“Capitalismo y enfermedad”,
ROJAS SORIANO, Raúl.
México, 1983

1. Concepto de enfermedad:

**“La investigación de las enfermedades
Ha avanzado tanto que cada vez es más difícil
Encontrar a alguien que esté completamente sano”**
Aldous Huxley

La enfermedad pueden entenderse de muchos modos y es importante que se defina cuando se usa el término a lo largo de esta investigación.

El concepto de enfermedad visto de una manera biologicista, atendiendo sólo al sujeto de manera individualizada e impersonal, hace que la visión de la enfermedad sea sesgada y no permite analizarla de manera integral.

La OMS define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.¹

Esta conceptualización deja entrever la contraposición entre el cuerpo sano y el enfermo, como si se tratara de dos cuerpos enfrentados. Además esta definición clínica sólo hace referencia a una causalidad biológica. Ya no es suficiente la definición clínica que señala una monocausalidad en la enfermedad. A lo largo de la historia se ha modificado la idea haciendo entrar en escena otros factores como los sociales para determinar la naturaleza social de la enfermedad. Entendiendo que las condiciones sociales de vida, también determinan la enfermedad.

Se debe entonces considerar que son determinantes en el proceso de salud enfermedad las condiciones sociales del individuo y su entorno. Y que son estas las causas del padecimiento de la enfermedad condicionando la “biologicidad del sujeto”.

No se tomará en la investigación el concepto de ruptura entre la dualidad sano/enfermo, como dos aspectos contrapuestos de la persona. Ya que la enfermedad es un proceso, y no una ruptura. Es un proceso que transita la persona y que produce efectos en su cotidianidad y la de las que lo rodean. La medicina dicotomiza la salud/enfermedad, separándolas, no entiende la enfermedad como parte de la salud.

En este proceso están involucrados diferentes factores, no es un proceso que esté determinado por un único factor biológico y que se transite de manera individual.

Por esto su análisis requiere poner la mirada en varios aspectos como son el contexto de la persona, sus condiciones de vida, sus condiciones de trabajo, las características del sistema de salud, de los profesionales que atienden y las políticas públicas del Estado.

¹ Definición de la Organización Mundial de la Salud.

Según Laurell “ *La relación entre el proceso salud enfermedad colectiva y el del individuo, entonces está dada porque el proceso salud enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual*” El estudio del proceso salud enfermedad colectivo, asimismo, centra distinto la comprensión del problema de la causalidad, ya que al preocuparse por el modo como el proceso biológico se da socialmente, necesariamente recupera la unidad entre “la enfermedad” y “la salud” dicotomizada en el pensamiento médico clínico. Ocurre así porque visto como proceso de la colectividad lo preponderante es el modo biológico de vivir en sociedad que determina, a su vez, los trastornos biológicos característicos, eso es, la enfermedad. Esta, así, no aparece divorciada de aquél sino se dan como momentos de un mismo proceso pero diferenciables.²

Entonces no es suficiente el estudio del individuo y de los procesos biológicos de su enfermedad; sino que es necesario el estudio del proceso salud enfermedad colectivo. Para este abordaje integral se requiere de diferentes miradas de diferentes saberes construyendo con la persona una intervención singular.e en salud. Entendiendo

No es suficiente sólo el saber clínico; si entendemos la enfermedad La enfermedad como un proceso que afecta a la cotidianidad de las personas y a sus interrelaciones sociales. La enfermedad como enfermedad social.

“Cada enfermedad significa un rol social fundamental en la vida de los sujetos implicados, a partir del diagnóstico o de la asunción de un rol específico vinculado a ella, las acciones de la vida cotidiana cambian” (Zabala, 2012)

Es interesante además tomarla como un proceso que tiene un carácter social; ya que ver la enfermedad como desviación de la salud; es una concepción que excluye al individuo que padece, lo aparta y lo estigmatiza

² Laurell, Asa Cristina, La Salud Enfermedad como Proceso Social, Revista Latinoamericana de Salud, 1981, 2(1): 7-25.

La condición de enfermedad no sólo trae consigo el padecimiento físico, sino que además repercute alterando su modo de vida, de relacionarse y en muchos casos hasta en su capacidad de percibir ingresos.

En este sentido la enfermedad de tuberculosis es un claro ejemplo de la alteración de la cotidianidad del individuo y su entorno.

2. Tuberculosis, ¿Qué es? :

“La confirmación del diagnóstico de la tuberculosis sacude la vida de las personas, y se sucede como tragedia personal y castigo social...”
MUÑOZ SANCHEZ, LAZA VASQUEZ (2011)

La tuberculosis es una enfermedad que ha acompañado al hombre durante siglos y que aún está presente en nuestros días. Durante su historia tuvo épocas de mayor o menor relevancia, por ejemplo durante el siglo XX fue una de las enfermedades que más fuertemente azotó a la humanidad. Y así tomó mucha más relevancia en la agenda pública. Aunque poco se sabía entonces de la enfermedad, ya que hasta finales de siglo no se descubre el causante, que es, el bacilo de Koch.

Es una enfermedad producida por una bacteria llamada bacilo de Koch³. Puede afectar a diferentes órganos siendo el más común el pulmón. La bacteria se puede encontrar en partículas que quedan suspendidas en el aire al hablar o toser. La más frecuente es la tuberculosis pulmonar, aunque también pueden presentarse otros tipos que afectan a diferentes partes del cuerpo.

Se trata de una enfermedad infecto contagiosa, esto produce un riesgo de contagio a las personas que comparten tiempo y espacio con las que padecen la enfermedad. Por lo tanto esto hace que la enfermedad en sí provoque una mayor carga negativa a las personas que la sufren ya que el miedo a contagiar a sus allegados es un factor que incide en las

³ Mycobacterium tuberculosis es una bacteria responsable de la mayor cantidad de casos de tuberculosis en el mundo. Quien la describió por primera vez, el 24 de marzo de 1882, fue Robert Koch [de ahí el heterónimo (sobrenombre) de esta bacteria: «Bacilo de Koch»], a quien posteriormente (en 1905) se otorgó el premio Nobel de Fisiología o Medicina.

representaciones subjetivas de las personas. El hecho de que sea una enfermedad infecto contagiosa repercute también en las personas que atienden la enfermedad. Los profesionales tomados como personas con sus singularidades y sus subjetividades, pueden tener también miedo al contagio. Hay profesionales de la salud que se niegan a atender a pacientes que padecen tuberculosis por el miedo al contagio.

Además la tuberculosis produce mucho deterioro en la condición física de la persona, algunos de sus síntomas son tos, sudoración nocturna, cansancio, apatía y pérdida de peso. Esta enfermedad debilita a la persona que en la mayoría de los casos no le es posible continuar con su rutina.

Por lo tanto, debido a los efectos negativos que produce en el organismo y a la posibilidad de contagio, se recomienda durante el proceso de enfermedad (por lo menos hasta que se deje de contagiar y se vaya recuperando el peso) que se tomen ciertos recaudos dependiendo del tipo de tuberculosis y el grado de contagio.

Se suele recomendar por lo tanto que se interrumpan las actividades, tanto por el riesgo de contagio como por el deterioro físico.

El hecho de tener que dejar de trabajar es determinante para las personas que padecen la enfermedad, durante las entrevistas realizadas en el consultorio de contactos se pudo de ver que la mayoría de las personas que acudían al consultorio estaban trabajando de manera irregular. Por lo tanto durante el tiempo que estuvieron sin trabajar no tenían acceso a ningún ingreso.

“la mayoría se encuentran insertos en el mercado informal de trabajo”.

Entrevistas TS.

Si bien la tuberculosis es una enfermedad curable, requiere de un tratamiento prolongado. El cual se administra de manera gratuita durante aproximadamente 6 meses.

Este aspecto de la enfermedad también es importante, ya que la persona que la padece debe realizar un tratamiento de larga duración que incluye la toma de la medicación diariamente durante los 6 meses. Además se le hacen pruebas y controles médicos y en algunos casos

también se considera pertinente administrar una medicación preventiva a las personas con las que convive. Esta se llama quimio profilaxis⁴ y suele indicarse en población en riesgo de contagio.

El tratamiento consta de 4 de antibióticos que deben tomarse sistemáticamente todos los días. A veces deben tomarse hasta 14 pastillas por día. Este tratamiento es el mismo que se lleva administrando desde los años 60`. Esta medicación es bastante agresiva y puede tener efectos secundarios perjudiciales para la salud. El más común de ellos es la Hepatotoxicidad⁵, que afecta principalmente al hígado.

El hecho de que no se haya modificado el tratamiento hace pensar a la trabajadora social entrevistada, que no se realizan investigaciones para mejorar los fármacos.

“la TBC no es una enfermedad que deje plata, donde los laboratorios no están implicados, ni interesados en trabajar en la temática.....como no hay plata, el tratamiento viene siendo el mismo desde la década del 60....”

Entrevista T.S.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad, que es relativamente sencillo llegar a diagnosticar. Basta con hacer dos pruebas que no tienen mucha complicación, una placa y una prueba llamada ppd⁶ que consiste en medir la exposición que tuvo la persona al bacilo. La tercera prueba que se puede llegar a realizar es el estudio del catarro, llamado baciloscopia, en el que se analiza el nivel de bacilo en el catarro y se determina el grado de contagio.

En cuanto al tratamiento, que es prolongado, si bien son antibióticos, no son los mismos en toda Argentina. En capital Federal se administran los llamados de 1º generación, se realizan en los talleres del hospital Borda y consisten en 4 pastillas. También existen los antibióticos

⁴ Tratamiento preventivo con isoniacida El Control de la tuberculosis como problema de salud pública. Ed. EUDEBA, 1967.

⁵ La hepatotoxicidad (HTX) se define como la lesión o daño hepático causado por la exposición a un medicamento u otros agentes no farmacológicos. ARTICULO ESPECIAL, 177 REV CLÍN MED FAM 2010; 3 (3): 177-191

⁶ La prueba cutánea de PPD, sigla en inglés de derivado proteico purificado, es un método utilizado para el diagnóstico de la infección de tuberculosis. Se debe volver a medir 48hs después de que se realiza en el dispositivo de salud.

de 2º generación ⁷ que se administran en el resto de la provincia que son 2 pastillas que contienen las 4 drogas ⁸.

Existen dos maneras de indicar el tratamiento de la tuberculosis, el tratamiento autoadministrado, es decir, la persona retira la medicación en el efector de salud regularmente y la toma diaria se la administra la persona de manera ambulatoria. La otra modalidad (esta es la modalidad que propone la OMS y a la que adhiere el programa de tuberculosis) es el tratamiento directamente observado o DOT, en el que la persona que padece la enfermedad concurre al efector de salud todos los días para tomar la medicación bajo la supervisión del personal de salud.

Si bien Argentina adhiere a la estrategia de “Alto Tuberculosis” ⁹ que propone la OMS y en la cual se describe el DOT como la forma idónea de tratamiento existe un debate abierto sobre el tema y no en todos los hospitales se administra de esta manera. Además teniendo en cuenta la falta de personal se vería muy limitada esta modalidad. Algunos profesionales creen que el DOT es contraproducente si lo que queremos es facilitar el acceso al tratamiento.

Por último se destaca que es una enfermedad mortal, si bien es curable sigue muriendo gente diagnosticada con la enfermedad en la República Argentina durante 2013 murieron 8.361 ¹⁰ por tuberculosis. Este hecho hace que el impacto del diagnóstico sea muy fuerte para las personas que la padecen y para sus familiares y amigos.

⁷ El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires presentó un avance en la producción de un novedoso tratamiento contra la tuberculosis desarrollado de forma conjunta por la cartera bonaerense y la Unidad Productora de Medicamentos de la Facultad de Ciencias Exactas de la UNLP.

<http://www.radioprovincia.gba.gov.ar/noticias/12948-tuberculosis-presentan-avance-en-la-produccion-de-medicamentos/>

⁸ isoniazida (INH), rifampicina (RIF), etambutol (EMB), pirazinamida (PZA)

⁹ Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/tb/strategy/es/>

¹⁰ Datos de los indicadores de salud 2013 de Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de Salud. Este dato es estimativo ya que CABA no utiliza el mismo sistema de notificación de casos que el resto del país. Publicado en 2014

Durante las prácticas en las entrevistas se pudo observar cómo incide el impacto del diagnóstico en la persona que expresaba su miedo a la muerte y al contagio de sus seres queridos.

Hasta aquí se podría decir que la enfermedad no tiene mayor complicación, ya que si bien es mortal tiene cura y su diagnóstico es relativamente sencillo de detectar. Pero se trata de una enfermedad que se sigue propagando desde el principio de los tiempos y aún no se pudo erradicar. ¿Por qué entonces si es una enfermedad que tiene tratamiento y es fácil de diagnosticar aún sigue existiendo?

Como bien dice Rojas se trata de una enfermedad social, que está atravesada por la desigualdad social y la vulneración de derechos. Si miramos las estadísticas mundiales¹¹ veremos que hay más prevalencia de tuberculosis en países con mayores índices de pobreza.

Es una enfermedad “invisible”, así la denomina la OMS. Se puede hacer el ejercicio de preguntarnos a nosotros mismos o a las personas de nuestro entorno qué sabemos de la tuberculosis para darnos cuenta de su invisibilización.

*“pero la gente se cree que está erradicada pero es mentira....la gente “¡Ay! ¿Todavía hay tuberculosis?” Te preguntan...nunca se erradicó, porque la gente no termina bien el tratamiento y sigue el círculo que contagia y sigue contagiando, es como un círculo vicioso....
(Entrevista Enfermera)*

Pero aunque no la veamos es la 2º causa de muerte por enfermedad infecto contagiosa en el mundo. Según un informe de la OMS de 2014 se calcula que en 2013 9 millones de personas contrajeron la enfermedad y 1 millón y medio murió a causa de la misma.¹²

Esta contradicción es también una peculiaridad de la tuberculosis. Que siendo curable tenga índices preocupantes de tasas de mortalidad.

¹¹ De los 9 millones de personas que se calcula que contrajeron la TB en 2013, más de la mitad(56%) pertenecían a las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, y una cuartaparte a la de África, que también fue la que presentó mayores tasas de incidencia y mortalidad en relación con el tamaño de la población. Solo India y China representaron el 24% y el 11% de los casos, respectivamente. Informe Mundial Sobre la Tuberculosis 2014. http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

¹² Cifras de la OMS, Nota descriptiva n°114 Marzo 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Los datos más actuales que tienen en Argentina de la epidemiología nacional en tuberculosis son del 2012 y son cifras alarmantes¹³.

3. Mitos y estigmatización en torno a la tuberculosis:

*“En la calle, la buena gente derrocha
Sus guarangos decires más lisonjeros,
Porque al compás de un tango,
Que es “La Morocha”,
Lucen ágiles cortes dos orilleros.*

*La tísica de enfrente, que salió al ruido,
Tiene toda la dulce melancolía
De aquel verso olvidado pero querido
Que un payador galante le cantó un día”.*

Evaristo Carriego. Misas herejes:
El alma del suburbio, Bs As, 1908.

Además de todas las particularidades de la enfermedad mencionadas se trata de un padecimiento que ha acompañado al ser humano desde sus orígenes y que ha estado y está plagado de mitos.

En sus principios el tratamiento de la tuberculosis, antes del descubrimiento de los antibióticos, consistía en alimentarse bien y en tomar aire y sol. Los hospitales que se dedicaban a la especialidad se mantenían lejos de los centros urbanos, y sus construcciones incluían muchos corredores, jardines y altos ventanales. Los únicos cuidados que se daban eran la buena alimentación y baños de sol y aire puro.

¹³ En 2012 se notificaron al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni” 10.006 casos de TB. El 90% de estos casos fueron incidentes (Nuevos + Recaídas) y, el resto, casos previamente tratados (960 casos). Situación de tuberculosis en Argentina 2011-2012 Inst. Emilio Coni http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2014/05/Situaci%C3%B3nTb_2012_Web.pdf

A principios de siglo XX donde tuvo un lugar importante en la agenda pública, la tuberculosis había hecho mella en Buenos Aires,

Era considerada como una enfermedad que estaba relacionada con la “suciedad, la pereza y la mala vida”¹⁴ era mal vista y repudiada socialmente.

Se consideraba a las personas que la padecían como responsables de sufrir la enfermedad por su modo de vivir.

En Buenos Aires era una enfermedad que florecía en los conventillos y en la gente de “mal vivir”.¹⁵

Fue relacionada con el tango y existe de hecho todo un repertorio de tangos que mencionan la tuberculosis. Un ensayo del Prof. Abel Luis Agüero analiza las relaciones entre el tango y la tuberculosis.¹⁶

Diego Armus también la identifica como una enfermedad que padecieron artistas, pintores y escritores, cantantes y poetas. Estos en sus obras dejaban representada los síntomas de la enfermedad y sus mitos. Un ejemplo es el cuadro “La Venus” de Botticelli, en la que queda retratada su joven amante que murió a los 22 años a causa de la tuberculosis¹⁷.

Estos mitos, contribuyen a la idea de la feminización de la tuberculosis, aunque está comprobado que morían más hombres que mujeres, esto no impidió que en la literatura, la pintura y la música quedara retratada la mujer, más asociada al contagio de la tuberculosis que el hombre. “Figuras femeninas asociadas al estigma del contagio”

Entonces padecerla no era como tener una gripe, sino que se relacionaba con ciertas cuestiones de la vida del individuo, dejando a un lado el contexto social y poniendo a la persona como único responsable por tomar malas decisiones respecto de su vida y de su

¹⁴ Diego Armus, La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950, Buenos Aires, Edhasa, 2007

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Realidades sanitarias e imaginario colectivo del proceso de salud- enfermedad en Buenos Aires. La tuberculosis vista a través del tango y otras manifestaciones populares conexas (1880-1940) Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 125, Número 1 de 2012

¹⁷ <http://www.abc.es/20111223/medios-redes/abci-simonetta-vespucci-botticelli-201112231020.html>

cuerpo. Esta visión sesgada no permite analizar qué otros actores intervienen en los procesos de salud y enfermedad además del sujeto.

Por ejemplo el hecho de que tenga una carga negativa en la sociedad padecer tuberculosis es determinante tanto para el impacto del diagnóstico como para el tratamiento. Porque no sólo afecta a la persona, también a sus familiares y contactos, y por otra parte también juega un papel importante en las concepciones que tenga el equipo de salud.

“(....) Te digo la paciente que más me shockeo, con una bebé en brazos, así horquetada acá, así nerviosa, como desencajada porque recién le habían dicho que tenía tuberculosis y estuvimos tratando de tranquilizar, viste que nosotras le hablamos. Decía “esto es tremendo, por qué me pasa a mí”. Estaba angustiadísima por el diagnóstico de tuberculosis, “prefiero que me hubieran dicho que tenía cáncer”. Viste....pero bueno es real....Anda a saber qué sentía respecto de la tuberculosis...Sentía todo eso que tira, toda esa cosa de inoperancia que hay en torno a la enfermedad.”
(Entrevista Neumóloga)

Si nos dejamos llevar por mitos que rodean la enfermedad como puede ser la forma de contagio, el trato a la persona será más negativo.

Se tiende a creer popularmente que la persona con tuberculosis debe estar siempre aislado y que la forma de contagio es inmediato.

Generalmente, después del primer mes de tratamiento la persona deja de contagiar y no hace falta tomar mayores precauciones que mantener una ventilación adecuada, a no ser que se recomiende usar barbijo.

Las personas que tienen más riesgo de contagio son las que suelen pasar más de 4hs habitualmente con la persona que padece tuberculosis, los contactos.

Durante las prácticas se pudieron observar cuestiones que ponían de manifiesto este mito concreto. Familiares que mantenían aislada a una persona en su habitación, otros que tenían un plato y cubiertos sólo para ellos y los desinfectaban con lavandina.

Estas prácticas son contraproducentes para que la persona pueda transitar su proceso de enfermedad. Ya que son estigmatizantes para la persona y su entorno.

Pero, no sólo las familias reproducen estos mitos, también existen en el interior del sistema de salud. Existen profesionales que se niegan a atender a las personas que padecen tuberculosis por miedo al contagio.

Personas que han pasado por más de un dispositivo de salud sin que las atendieran ni que les dieran un diagnóstico. B pasó por dos guardias de hospitales diferentes de Capital Federal sin que le dieran un diagnóstico. P trajo al hospital Tornú un papel en el que se le derivaba desde otro hospital. Cabe aclarar que el tratamiento de la tuberculosis debe hacerse en todos los efectores de salud y de manera gratuita, tanto en los hospitales como en los CeSacs.

Otro de estos mitos del que da cuenta Diego Armus autor de “La ciudad impura” es que la tuberculosis es una enfermedad migrante. Que está asociado a las personas migrantes Armus despliega en todo un capítulo la idea de la tuberculosis importada, el hecho de la fuertes índices migratorios que se daban en los centros urbanos reforzó esta idea.

Se llegó incluso a pensar en hacer exámenes de salud a los extranjeros.

Una teoría basada en la concepción de la diferenciación de debilidades según las razas. *Se asiste a la formación y consolidación de estereotipos: “gallegos” pobres, sucios y tuberculosos; judíos propensos, pero no contagiados; vascos vigorosos; indígenas, negros y mestizos como razas débiles por naturaleza; mujeres nativas tuberculosas y mujeres extranjeras inmunes. Discusiones, representaciones y tomas de posición que contraponen supuestas correlaciones entre la miseria y la tuberculosis, entre las “predisposiciones innatas” y la extensión del contagio según tipos poblacionales, inmunidad según la herencia y la raza...*¹⁸

¹⁸ Diego Armus, La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950, Buenos Aires, Edhasa, 2007

Por último la tuberculosis también es estigmatizada ya que está fuertemente ligada a personas que padecen HIV, enfermedad ya de por sí históricamente estigmática.

“...cuando se conoció...la...la...la realidad de su calidad infectocontagiosa se convirtió en una enfermedad bastante estigma y sobre todo...eh...una enfermedad de la pobreza sobre todo en la época de la revolución industrial...y, por otro lado...eh...después en la época del HIV SIDA también se convirtió en una enfermedad estigma porque era una de las primeras marcadoras de la enfermedad....eh...bueno...o sea que...en principio la enfermedad sigue siendo una enfermedad que produce una cuestión de estigmatización muy fuerte de quienes la padecen.....y también en el equipo de salud.”

(Entrevista Pediatra)

4. Caracterización de la población atendida y la incidencia del origen y la case social:

Un dato sugerente es que se calcula que el 30% de la población mundial estuvo en contacto con el bacilo de Koch (causante de la tuberculosis) pero no todo el mundo desarrolla la enfermedad¹⁹.

Esto pone de manifiesto que la tuberculosis está atravesada por dos variables que se relacionan entre sí. Por un lado la condición de clase, siendo las circunstancias materiales de existencia y la desigualdad en el acceso a la salud factores con alta influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Por el otro, un imaginario social plagado de estigmas y discriminación, producto de un pasado en el que la enfermedad determinó una de las más importantes causas de muerte en el país y era significada como propia de las personas con conductas indebidas.

Karl Marx concibe la historia como un producto de los hombres. Son los hombres los que modifican la naturaleza, crean la sociedad y la organizan. Durante este proceso surgen diferencias marcadas por la estructura jurídico-política, es decir, las leyes, los usos y las costumbres.

¹⁹ Datos de la Organización Mundial de la Salud.

Esto es importante porque desde aquí surgen las desigualdades sociales, si estamos de acuerdo en que los que controlan los medios de producción (la clase dominante) son los que imponen sus reglas en el juego social, también debemos tener en cuenta que los que no cuentan con los medios de producción estarán a merced de los anteriores.

Considerar que la tuberculosis no tiene incidencia en las clases dominantes pone de manifiesto que está atravesada por cuestiones que hacen a la desigualdad social, la explotación laboral, las carencias habitacionales y los bajos recursos económicos.

Según Topalov, es necesario tener en cuenta que los límites del salario repercuten sobre la producción de ciertos valores de uso que no son creados por el capital: los bienes y servicios que no responden a las necesidades inmediatas, uniformes y fraccionables de los trabajadores, como la vivienda popular, los servicios de enseñanza y de salud.¹⁷ Los servicios de salud son un eje de esos valores de uso no fraccionables, donde la aparición del Estado es clave para su desarrollo.²⁰

Por lo tanto el padecimiento de la tuberculosis está atravesado por la condición de clase y la accesibilidad a bienes sociales como el sistema de salud.

Para esta investigación es importante conocer la caracterización que hacen los profesionales del equipo de contactos sobre la población.

“no, no puedo tener una en líneas generales...en...en algunos...en algunas épocas se pensaba por un lado que pertenecen a poblaciones vulnerables, sobre todo en personas que son inmigrantes y que no solamente eso...me parece que tiene que ver con la...con la...alta prevalencia que tiene la tuberculosis en los países de origen, sino que además las situaciones de inmigración producen alta vulnerabilidad y posiblemente tenga que ver con algo de su suficiencia inmunológica.”

(Entrevista Pediatra)

“...la gente se enferma porque por ahí no come bien, no tienen para comer o se enferman por el mismo trabajo, trabajos insalubres también y se van enfermando los pulmones.”

(Entrevista Enfermera)

“todos como seres humanos podemos tener...eh...no enfermamos todos de TBC. Está vinculado con las condiciones, con la alimentación, con el trabajo, está vinculado....sí....con la explotación laboral....con el tema de trabajo ilegal...por lo menos lo que se ve desde este Hospital en el área programática donde

²⁰ TOPALOV, Cristhian. La urbanización capitalista. México: Editorial Edicel, 1979, pp. 65

estamos, ¿no? Es un área donde hay talleres clandestinos de costura, sí, está vinculado a lo mejor con estrés, con las bajas defensas. Sí, lo veo así, como una enfermedad social, no como una enfermedad solo de...biologicista”
(Entrevista Trabajadora Social)

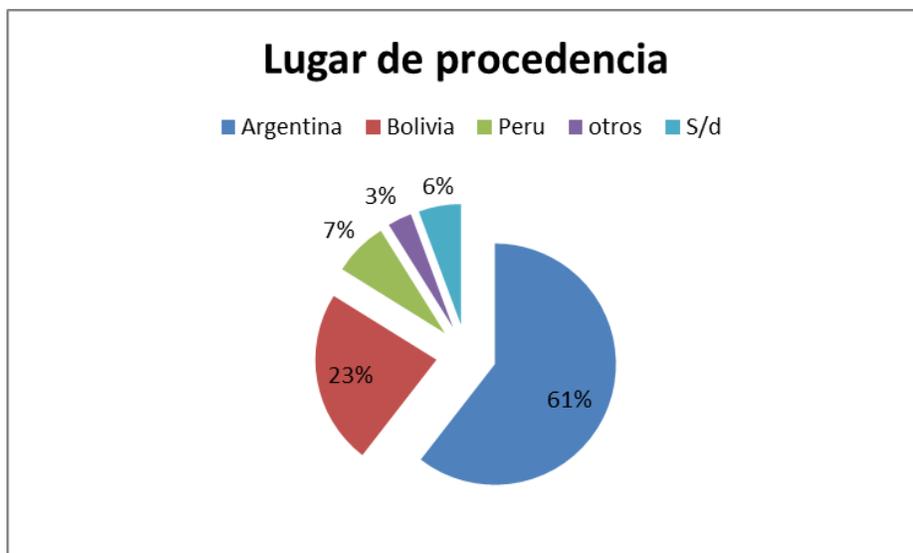
Queda entonces de manifiesto en las caracterizaciones que los profesionales destacan que está presente la tuberculosis en poblaciones que padecen vulneración de derechos, a una vivienda digna, a un trabajo estable y bien remunerado y a condiciones de bajo nivel económico.

Durante las prácticas se pudo comprobar en el consultorio de contactos y en las entrevistas que la mayoría de las personas que se atendían eran hombres en edad productiva que estaban insertos en el mercado informal de trabajo, particularmente en la industria textil.²¹

En el consultorio de contactos en el Hospital Tornú se elaboró en 2014 un análisis del perfil de la población, que rompe con algunos de los mitos de la enfermedad y ponen de manifiesto algunas variables a tomar en cuenta para pensar en la intervención.

De toda la información que se recabo en este trabajo, destacamos las estadísticas que se refieren a la procedencia de la población

²¹ También se usaron datos del Perfil poblacional realizado en el equipo de Contactos del Hospital Tornú 2014



Este gráfico viene a romper con uno de los mitos de la tuberculosis en relación a la procedencia, ya que vemos que más de la mitad (61%) de las personas que se atendieron en el consultorio de contactos del hospital Tornú durante 2014 son argentinos²².

*“No, la traen de allá también (de Bolivia)...vienen muchos a curarse acá porque allá es muy caro y acá es gratis....”
(Entrevista Enfermera)*

Capítulo II: Adherencia del Sistema de Salud: Políticas sanitarias, su análisis en el abordaje del Tratamiento del padecimiento de la Tuberculosis.:

Se propone en este capítulo un análisis de las políticas sanitarias en relación a la tuberculosis, empezando por los antecedentes en la intervención de la misma. Puesto que se considera la accesibilidad a la salud un factor determinante para la curación de la tuberculosis y por tanto para la adherencia al tratamiento. La definición de estos dos conceptos fundamentales para el abordaje de la tuberculosis, atravesados por la conceptualización dentro del sistema de salud.

²² Estos gráficos elaborados por Lic. María Capelli, Lic. María Díaz Colodrero “Grupo de trabajo de tuberculosis infanto juvenil y consultorio de contactos” 2014 (Hospital Agudos Dr. Enrique Tornú).

“El hospital moderno masacra a sus sujetos. A todos sus sujetos. Y a todos Ellos de manera diferente, según su inserción institucional. Los usuarios Fueron reducidos a objeto hace bastante tiempo por la medicina, pero en Ningún espacio de atención de la salud eso es tan fuerte y evidente como en La máquina hospitalaria. En el hospital contemporáneo, los equipamientos Tecnológicos (incluyo aquí desde aparatos de resonancia magnética hasta el Saber médico) subsumieron el valor de las preguntas más básicas. ¿Cuánto vale una vida? ¿Y cuánto cuesta?”

(Onocko Campos, Rosana: Humano Demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria)

1. Antecedentes de la intervención de la salud pública en tuberculosis:

...«De aquellas fétidas pocilgas, cuyo aire jamás se renueva y en Cuyo ambiente se cultivan los gérmenes de las más terribles enfermedades, Salen esas emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son Conducidas por ellas tal vez a los lujosos palacios de los ricos»...
(Rawson, Guillermo. Escritos y Discursos.1895)

En sus comienzos la intervención en de la tuberculosis surgió de la visión higienista de la medicina, centrando los esfuerzos en la educación de masas y la propaganda higiénica oral. Pretendiendo que la enfermedad estaba determinada por las “malas conductas de higiene” de la población.

La higiene es a la vez un saber, un conjunto de prácticas corporales y domésticas y una modalidad del gobierno de la sociedad, pero durante ese periodo fue ascendida a un valor universal del mismo rango que la instrucción, la ciencia, la nación, el progreso...

Desde esta mirada higienista se crean los hospitales monovalentes de tuberculosis, que consistían en sanatorios aislados donde se recluía al enfermo separándolo de la población

sin más tratamiento que aire puro y sol. Uno de estos hospitales es el hospital Dr. Enrique Tornú.

Desde finales del SXIX y principios del SXX, en Argentina se comenzaron a tener en cuenta las desigualdades sociales y las limitaciones que tenían las personas con salarios insuficientes para acceder a la salud y a la educación.

Para el médico higienista Dr. Emilio Coni luchar contra las enfermedades populares evitables significaba tener en cuenta diversos aspectos de la cuestión social, referidos a la protección del trabajador, la legislación del trabajo de mujeres y niños, los reglamentos sobre accidentes de trabajo, el descanso dominical, el trabajo a domicilio, etc.

Según el Dr. Adolfo Muschietti, la medicina social debía incluir otras disciplinas además de la médica, como sociólogos, trabajadores sociales, educadores, abogados...etc.

Este autor en su ensayo Médico-Social realiza una distinción entre higiene y medicina social, aclarando que no son términos equivalentes El autor explica que la higiene es una contribución, pero no puede resolver los problemas de la sanidad pública, en tanto no es posible por sí sola superar el factor económico-social. Mientras que Medicina social significa, ante todo, cura colectiva de todos los males que actualmente atormentan a la humanidad, y significa profilaxis social contra todos esos males viejos,...

El concepto social de esta disciplina se contrapone enseguida al concepto individual de la medicina de hoy, comúnmente practicada. Ésta cura el individuo, aquella la sociedad: ni es para repetirse la convicción errónea de siempre, que curando el individuo se cure también la sociedad. (MUSCHIETTI, A. 1914)

Los médicos iban percibiendo que la asistencia individualizada modifica muy poco las condiciones generales, y se plantean otras acciones de orden colectivo.

Bajo estas tendencias de medicina social y preocupación por la salud pública se crea en 1901 la Liga Argentina contra la Tuberculosis, impulsada entre otros por el doctor Emilio Coni y su esposa, la escritora y dirigente socialista Gabriela Laperrière.

Desde este organismo se vinculó la asistencia material a las tareas educativas para la prevención, donde los Dispensarios “Antituberculosos” eran una institución central.

Esos dispensarios para el tratamiento de los enfermos de tuberculosis se fueron expandiendo por distintos centros urbanos. Según el doctor Gregorio Aráoz Alfaro, sus funciones eran:

*“(...)investigar los tuberculosos, tratarlos médica e higiénicamente, “educarlos”, así como a sus familias, mediante los consejos verbales y escritos y las visitas domiciliarias reiteradas de inspectores competentes y celosos, de dar también a ellos y sus familias la asistencia social necesaria (no sólo médica, sino en alimentos, vestidos, alojamiento, etc.)”.*²³

De modo que, en los dispensarios, no se realizaba solamente la atención médica, sino que se ofrecía una función educativa y una asistencia material mediante prestaciones como alimentos y vestimenta, generalmente suministrados a través de las visitas domiciliarias.

Por esto la historia de la intervención en tuberculosis está teñida desde sus inicios de una visión higienista de la enfermedad y orientada a acciones educativas.

Muchos años han pasado desde los inicios de la intervención en tuberculosis y la realidad de esta enfermedad poco ha cambiado.

Actualmente sigue prevaleciendo asociada a desigualdades sociales como los bajos recursos económicos, las condiciones de explotación laboral y las malas condiciones de habitabilidad. Desigualdades creadas y acentuadas por un sistema capitalista excluyente y

²³ ARÁOZ, A.G. 1918, p.5 La lucha contra la tuberculosis. Asistencia social. Buenos Aires: Flaiban

expulsivo que entiende la enfermedad como una ruptura de la “normalidad” y no como un proceso del individuo y la sociedad.

Entonces debemos plantearnos si es suficiente atender sólo a las cuestiones orgánicas del individuo, para erradicar una enfermedad que tiene cura.

Basándonos en lo observado en las prácticas podemos responder que no, que es necesario atender a las realidades sociales y personales de cada individuo y su entorno para sentar las bases de una atención integral que permita curar la enfermedad y frenar su contagio. Pero también hay que analizar las relaciones del individuo con el sistema de salud.

2. El concepto de accesibilidad para el abordaje de la salud pública en tuberculosis:

Sería muy ingenuo pensar en la enfermedad únicamente teniendo en cuenta al sujeto que padece, como si este fuera un ente aislado.

Se debe entender que la persona que transita una enfermedad está condicionada por su contexto social, sus vivencias y sus representaciones propias.

Durante el proceso de enfermedad la persona se relaciona con el sistema de salud. Por esto es fundamental que podamos situarnos en el contexto actual por el cual transita la persona que padece tuberculosis en el que está enmarcado el Programa de tuberculosis.

Durante el proceso de esta investigación se pudo encontrar muy pocos trabajos de investigación en los que para estudiar la tuberculosis se pusiera el interés en cómo intervienen los equipos en salud y cuáles son las características coyunturales del sistema de salud.

Un sistema de salud que reproduce el Modelo Médico Hegemónico del que nos habla Menéndez en el que existe una desigualdad muy marcada entre el paciente y el profesional. Esta desigualdad empieza desde el lenguaje. Los pacientes muchas veces no consiguen comprender tecnicismos que los médicos se empeñan en señalar sin detenerse a dar una explicación comprensible.

Un sistema de salud que no tiene en cuenta las particularidades del sujeto, ya sean sus condiciones de vida ni sus particularidades culturales.

Mucho se puede hablar sobre el trato deshumanizado de los hospitales, largas esperas, condiciones edilicias insuficientes, pocos recursos económicos. Este desmantelamiento del sistema público de salud incide en el tratamiento de la tuberculosis.

Se pudo comprobar a lo largo de las prácticas diversas situaciones en las que pacientes acudían a distintos dispositivos de salud hasta poder comenzar su tratamiento de manera adecuada.

El vaciamiento del sistema público de salud, es determinante en la accesibilidad y por consiguiente para la adherencia al tratamiento.

Un ejemplo de ese vaciamiento, es la resistencia a la renovación de personal en los cargos. Ocurre a menudo que un referente de trabajo social en tuberculosis se retira, se enferma, se toma vacaciones o fallece y no hay otro referente en el hospital. Esto da cuenta de la visibilidad de la tuberculosis en los hospitales.

Durante el tiempo que se realizó la investigación ocurrieron dos sucesos que dan cuenta del desmantelamiento que se produjo en el hospital Tornú en la atención en tuberculosis. El primero es que se cerró la última sala de internación que existía para pacientes con tuberculosis. El segundo suceso ocurrió cuando se trasladó sin previo aviso el consultorio de contactos a una sala que carecía de los elementos necesarios para la atención. Los espacios para las revisiones clínicas de los pacientes, las entrevistas sociales, y hasta la sala de enfermeras, quedaron separados por armarios. Por lo que los pacientes carecían de

intimidad y esto afecta negativamente a la atención. Esta situación de precariedad denota la falta de interés que suscita la enfermedad para la administración de recursos.

“Y la tuberculosis, yo sé por estos 25 años trabajando en la Ciudad de Buenos Aires, que la tuberculosis no solo la ignoran, sino de ser posible quisieran desaparecerla del mapa por decreto, a ver...como que molesta parecería. “

“Los recortes en recursos tanto profesionales como materiales generan un desgaste en el profesional que atiende y repercuten en la calidad del servicio. Los médicos desampara al paciente que tiene que sortear toda suerte de obstáculos para completar su tratamiento.”

(Entrevista a Neumóloga)

Por lo tanto las características del sistema de salud determinan la calidad y eficacia en la atención y su accesibilidad.

Se propone entonces el concepto de accesibilidad como un determinante en el proceso de salud-enfermedad del sujeto.

Según Ferrara la “accesibilidad se define por el grado de acceso o de facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud.”²⁴

Existen históricamente 5 categorías en las que podemos apoyarnos para medir la accesibilidad. Geográfica, Cultural, Económica, Administrativa y Jurídica.

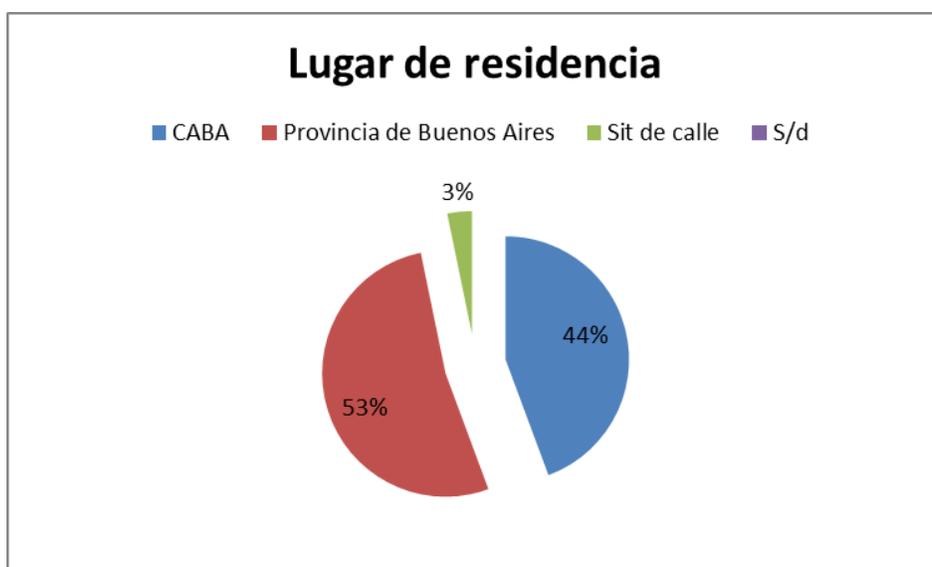
Estas dimensiones o categorías las analiza Ferrara introduciendo matices que las nutren de un sentido social y no puramente cuantificable.

En primer lugar la Accesibilidad geográfica, si bien está referida al tiempo y la distancia que es necesaria para acceder a los recursos de salud, no podemos olvidar que las personas que poseen bajos recursos no tienen muchas veces la capacidad de elegir el lugar donde vivir. Esto obviamente repercute en la distancia o el tiempo que deberán recorrer para acceder a los recursos sanitarios.

²⁴ FERRARA. A. Floreal, “Teoría social y salud.” Ed. Catálogos. Año 1985

La estructura social determina que, las clases dominantes controlan los medios de producción y deciden sobre la locación de los recursos, incluidos los recursos sanitarios. Además se puede considerar el tiempo-distancia como una mercancía, como algo que posee valor económico. Cuanto mayor sea la capacidad económica que tiene el individuo, mayor será su grado de acceso a los recursos.

Por esto Ferrara sentencia que: “La accesibilidad geográfica a los servicios de salud se encuentra fuertemente determinada por la clase social”



Este gráfico muestra cómo en consultorio de contactos del hospital Tornú más de la mitad de la población que se atiende vive lejos del hospital, produciendo un obstáculo en la accesibilidad geográfica.²⁵

Otra de las dimensiones es la Accesibilidad cultural: centrada en la percepción del valor de uso de los bienes y servicios de salud que tiene la población. Para Ferrara esta dimensión tiene que ver con la relación médico-paciente. Esta relación es asimétrica, dice el autor, ya

²⁵ Estos gráficos elaborados por Lic. María Capelli, Lic. María Díaz Colodrero “Grupo de trabajo de tuberculosis infanto juvenil y consultorio de contactos” 2014 (Hospital Agudos Dr. Enrique Tornú).

que existen fuertes diferencias en el recorrido de vida de cada uno de los sujetos y en su entorno social.

En tuberculosis esta dimensión es destacable en la atención, ya que se tiende a estigmatizar a la persona que padece por ser originario de países limítrofes.

Pero la relación médico-paciente también es una relación que tiene roles muy marcados. Así el médico ostenta una autoridad que no está dispuesto a ceder y el paciente se encuentra en una relación de dependencia.

Esta asimetría se reproduce en el lenguaje, o diálogo médico-paciente. Es difícil una comunicación fluida y recíproca cuando existen marcadas diferencias lingüísticas entre ambos.

También habla Ferrara del concepto de libertad terapéutica, que está relacionada con el derecho que tiene el paciente a la elección de su médico y también a lo que respecta a su tratamiento o usos de medicinas “alternativas”. El calificativo “alternativa” se tiende a usar para categorizar a cualquier otro uso medicinal que no obedezca a la medicina científica, que es la predominante.

Otra dimensión es la económica que alude a posibilidad de acceso a los sistemas de salud en función de los recursos económicos disponibles. Por lo tanto las personas con bajos recursos económicos ven limitado su derecho a la salud.

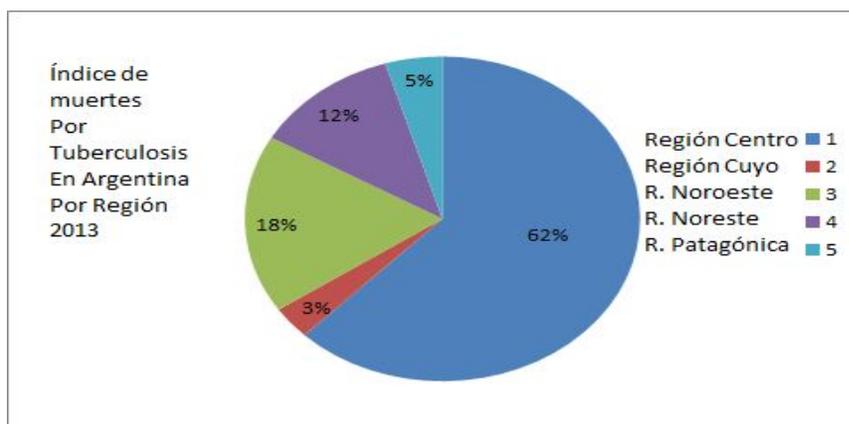
En Argentina el sistema de salud que está fragmentado por sistema público, obras sociales y prepagas, por lo tanto las personas con pocos ingresos o con trabajos informales ven limitado su acceso a la salud únicamente al sistema de salud pública. La tuberculosis además es una enfermedad que puede incidir directamente en los ingresos de la persona negativamente.

Por último la dimensión administrativa habla de los turnos, trámites y organización burocrática que impone obstáculos que se deben superar materializados en requisitos formales y largas esperas.

Se toma esta dimensión administrativa como parámetro para medir el llamado vaciamiento del sistema de salud, que no invierte en insumos tanto materiales como profesionales. Esto da lugar a que personas que tengan que acceder a los hospitales públicos tengan que levantarse a las 5 de la mañana para intentar conseguir un turno para un especialista. Y una vez que consiga acceder al turno, el profesional esté totalmente saturado ya que tiene que atender pacientes cada 10 minutos, produciendo un desgaste que afecta al desarrollo de su tarea e intervención.

*En el hospital Piñero hay una tasa de cifras de....mayores de 100 x 100.000/hab y en otras zona zonas no. A ver....si yo, lo primero que tengo que hacer es redireccionar recursos, en un lugar tengo 100 casos y en el otro tengo 1...bueno.....redireccionar recursos.
(Entrevista Neumóloga)*

Esta declaración pone de manifiesto que las estadísticas sirven para elaborar lineamientos de acción en relación a las mismas.



Este gráfico pone de manifiesto las marcadas diferencias que existen por región en el territorio Argentino. Además se puede señalar que provincia de Buenos Aires es la que tiene las tasas más altas de muerte por tuberculosis, un 42,9%. Sin embargo se pudo ver en el gráfico anterior que muchas personas que padecen tuberculosis en provincia de Buenos

Aires se atienden en Capital Federal. Por lo tanto no es coherente el acceso a la atención en salud con los índices de mortalidad por tuberculosis.²⁶

3. El análisis de las políticas públicas en relación a la tuberculosis:

*Artículo 16.- Las personas enumeradas en el artículo 4 que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley, sufrirán una multa de quinientos pesos moneda nacional (\$ 500) a diez mil pesos moneda nacional (\$ 10.000). Accesoriamente se harán pasibles de amonestaciones y en caso de reiterado incumplimiento, de suspensión temporal en el ejercicio profesional de uno (1) a tres (3) meses.
(Ley 15.465 Régimen de Enfermedades de notificación obligatoria)*

Según lo ya expuesto queda de manifiesto la enfermedad de la tuberculosis como como un factor preocupante de la salud pública, por lo tanto es interesante analizar las políticas públicas en las que está enmarcada la enfermedad. Ya que la creación y aplicación de las políticas sanitarias son un determinante en el sistema de salud y su implementación.

²⁶ Gráfico de elaboración propia a partir de los datos de los indicadores de salud 2013 de Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de Salud. Este dato es estimativo ya que CABA no utiliza el mismo sistema de notificación de casos que el resto del país. Publicado en 2014

En principio en 2012 se promulgó la ley: 26.796 que prevé la incorporación de la vacuna Bacilo de Calmette y Guérin (BCG) contra la tuberculosis en el Plan Materno Infantil obligatorio en todas las coberturas sanitarias del país.

Esta ley es importante ya que es una ley que propone como obligatoria la única vacuna que existe como prevención de la tuberculosis. Esta vacuna previene la tuberculosis cerebral y medular que son los tipos más graves de. Pero no previene el tipo de tuberculosis más extendido que es la pulmonar.

Por lo tanto aunque se trate de una ley de prevención es insuficiente para la disminución de casos.

Existe también una ley nacional: la Ley 15.465, en la que están reguladas enfermedades infecto contagiosas. En el marco de esta ley se dictan los pasos de cómo ha de procederse con estos casos y se pone el énfasis en la necesidad de informar los casos, para “controlar” la expansión de la tuberculosis.

Esta ley nacional es la llamada “enfermedades de denuncia obligatoria” en la que están incluidas las enfermedades infecto contagiosas.

Podemos hacernos a la idea tan sólo con el título de esta ley cuál es su propósito. El de regular el control y la notificación de los casos. Se desprenden de varios artículos la obligatoriedad de la notificación de casos, el modo de notificar y quienes están obligados a notificar, las repercusiones de los profesionales de la salud en este incumplimiento (arts. 1, 3, 4,5)

Es importante el ARTÍCULO 6°.- *El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, con la finalidad de lograr un más perfecto cumplimiento de los propósitos perseguidos por la ley 15.465, promoverá la adopción de acuerdos con los gobiernos de provincia, a fin de uniformar procedimientos, mejorar la colaboración necesaria entre las autoridades de las distintas jurisdicciones, la utilización de los recursos respectivos y obtener que las reglamentaciones provinciales sean concordantes.*

Se pone de manifiesto el incumplimiento de la ley nacional ya que no existe una notificación de casos unificada en Argentina. Puesto que en Capital Federal el sistema de notificación es distinto, esto impide llevar un cálculo preciso de las cifras de tuberculosis nacionales. Anteriormente ya se mencionó que en Capital Federal se utiliza un sistema de notificación de casos propio, que no coincide con el del resto del país.

Pero además existe una Ley provincial de la Provincia de Buenos Aires Ley 10.436 que deja al descubierto la fragmentación de las políticas públicas en tuberculosis.

Esta Ley Provincial de Buenos Aires crea un régimen de amparo destinado a asegurar la protección socio-económica del paciente afectado con tuberculosis. Regula el otorgamiento de un subsidio económico que se deberá percibir durante la duración del tratamiento. Esto es esencial puesto que se ha de abandonar toda actividad por un mínimo de 6 meses es tiempo estimado de tratamiento.

Si se analiza esta Ley provincial se verá que es excluyente, ya que las personas que padecen tuberculosis, pero que no pueden o no quieren atenderse en provincia no cumplen los requisitos para cobrar el subsidio. Tampoco las personas que no tienen establecido su domicilio allí.

Pero además en la práctica este subsidio se está cobrando mucho tiempo después de que la persona haya terminado el tratamiento, con lo que no cumple su función principal que es asegurar un ingreso a las personas que padecen tuberculosis durante el tiempo que no pueden trabajar.

Otra política sanitaria relacionada con la tuberculosis es el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB) es un organismo dependiente de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Creado por la Resolución 678/08, y puesto en funcionamiento el 1 de julio de 2008.

Tiene como misión fortalecer la atención en los servicios de salud, especialmente el primer nivel de atención, de las personas afectadas por tuberculosis, garantizar su tratamiento, y distribuir en forma gratuita y sostenida los medicamentos para tuberculosis sensible y

multirresistente²⁷; fortalecer y apoyar los tratamientos supervisados (TDO); incentivar la búsqueda activa de casos para el diagnóstico temprano de la enfermedad (particularmente en grupos de alto riesgo y en áreas con altas tasas de notificación de casos).

Su visión es contribuir a dar respuesta efectiva a la necesidad de fortalecimiento de las políticas públicas sanitarias nacionales y a las recomendaciones internacionales para el control de la tuberculosis (TBC). Para esto adhiere a la Estrategia Alto a la Tuberculosis que ha generado la OMS, para detener la enfermedad es la base sobre la que asienta el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, elaborado por la Alianza Alto a la TBC²⁸

Las funciones y objetivos del Plan Nacional de Tuberculosis están muy bien planteados, pero en la práctica del programa, no existen referentes en tuberculosis en todos los efectores de salud. Falta personal en los hospitales, y campañas de prevención. Por lo que aún no se pudo ver el cumplimiento de todo este protocolo en la intervención.²⁹

La ciudad de Buenos Aires, además, cuenta con una red de hospitales y centros de salud de atención gratuita para toda la población. La gestión de la salud pública se encuentra regulada por la Ley básica de salud de la ciudad de Buenos Aires N° 153/99, la cual tiene como objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin. Los alcances de dicha ley rigen en

²⁷ La tuberculosis multirresistente (TB-MR) es aquella que no responde, como mínimo, a la isoniazida ni a la rifampicina, los dos antituberculosos más potentes. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/features/qa/79/es/>

²⁸ Tiene 6 componentes: 1. Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo 2. Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente MR y otros problemas. 3. Contribuir a fortalecer los sistemas de salud. 4. Involucrar a todo el personal de salud.

5. Empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades 6. Posibilitar y promover la realización de investigaciones

²⁹ El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis tiene los siguientes objetivos epidemiológicos y programáticos:

- Reducir la morbimortalidad por tuberculosis.
- Reducir la transmisión de la infección en la población.
- Reducir la resistencia bacteriana a los medicamentos antituberculosos.
- Garantizar el acceso universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento centrado en el paciente
- Garantizar la información adecuada a toda la comunidad, en especial a los grupos de riesgo, sobre la prevención, infección, sintomatología y tratamiento de la TB.

Y establece como estrategias:

- Búsqueda y detección precoz de los casos de TBC
- Tratamiento normatizado, supervisión y apoyo a la persona afectada por TBC.

Quimioprofilaxis.

- Coordinación y participación de todo el personal y servicios de salud en el control de la TBC.
- Abogacía, Comunicación y Movilización Social de la comunidad para involucrarla en el control de la enfermedad.

el territorio de la ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la ciudad.

Por último se quiere incluir en este apartado la ley 26.529, en la que se regulan “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. En los artículos de esta Ley se hace referencia al derecho que tiene el paciente a ser asistido, sin distinción alguna por cuál sean sus creencias, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual, o cualquier otra condición.

El paciente tiene derecho a un trato digno y a que se respete la intimidad y confidencialidad de su información. Tiene derecho a la autonomía de voluntad, es decir, a decidir aceptar o rechazar el tipo de terapias o pruebas clínicas. Tiene derecho a la información detallada y por último a realizar una inter consulta.

Es importante tener siempre presente los derechos enumerados, ya que en la práctica diaria se pierden en la relación médico-paciente, y se tiende a olvidarse de la persona como sujeto de derechos.

4. El concepto de adherencia y su importancia en el abordaje de la tuberculosis:

“el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos
(OMS, 2004; Sección 1, p.9).

Históricamente se tendía a pensar la adherencia como una responsabilidad del sujeto que, de hecho, fue llamada cumplimiento terapéutico. Poniendo la responsabilidad de la concreción del tratamiento únicamente en la persona que padece la enfermedad.

Si se habla de adherencia como la entienden Epsein y Cluss: “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido” (Epsein y Cluss, 1982). Esta está referida a una definición ligada al cumplimiento terapéutico, que deja de lado la responsabilidad que deben asumir los profesionales de la salud en ese tratamiento. No se tienen en cuenta las capacidades del sujeto y su entorno, ni tampoco se analiza al sistema de salud.

Se considera que la accesibilidad a los recursos de salud es un factor que está muy ligado a la adherencia al tratamiento, más en una enfermedad que conlleva un tratamiento prolongado.

Alicia Stolkiner dice en este sentido que *“la accesibilidad es un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de la combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la que adquiere la utilización de los servicios”*³⁰

Para caracterizar la accesibilidad es importante situar la misma en el contexto en el que se reproduce, en el modelo médico predominante en los sistemas de salud.

En concreto el Modelo Médico Hegemónico³¹, que caracteriza Menéndez. El autor habla de que este modelo se centra en una concepción de la medicina individualista y biologicista, lo importante es atacar la “enfermedad” sin importar el sujeto. Para Menéndez la concepción que se tiene de enfermedad en este modelo médico es entendida no como un proceso, sino como una ruptura.

En este modelo tecnocrático se reproduce el monopolio del saber. La relación médico-paciente es asimétrica y dependiente. El uso del lenguaje reproduce esta asimetría.

³⁰ Storkiner, A. ; Barcala, A. – “Reforma del sector salud y la utilización de los servicios de salud en familias NBI – estudio de caso del libro La salud en crisis – un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales, Ed. Dunken, Buenos Aires, 2000.

³¹ Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

“El sistema de salud aliena al individuo del conocimiento de las causas y de los procesos sociales asociados a sus procesos de salud-enfermedad”³²

Menéndez explica que el sistema de salud está fuertemente fragmentado debido a una estructura burocrática y que tiene tendencia a eliminar el síntoma de la enfermedad, es decir, a la medicalización.

Por lo tanto el sistema de salud pública en el que se atiende la persona que padece tuberculosis es precario y expulsivo. No es lo común que se creen y planifiquen estrategias para aliviar los obstáculos en la accesibilidad. Por el contrario no se toman en cuenta estos obstáculos en relación al sistema de salud, si no que se entiende que la persona es la única responsable en su proceso de curación.

Es cierto que la accesibilidad se construye, pero considerar que “los sujetos también son constructores de accesibilidad”, no implica iguales responsabilidades de uno y otro lado. “Los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización” (Comes y otros, 2006).

“Y bueno, no te puedo decir cuánto más de un lado o del otro, pero si no hay estudios que analicen eso, ya a mí, viste....me genera....me parece que estamos mirando mal el problema del abandono. Porque siempre lo estamos mirando al paciente, porque el abandono ya de por sí es “el paciente me abandonó” y yo qué hice para que el paciente se mantenga en el sistema y continúe el tratamiento y todo eso...Y nunca...y lo he buscado, ¿eh? Porque me interesa el tema y no hay trabajos que lo relacionen con ningún determinante del equipo de salud. Del equipo local, de lo macro, de....El abandono....a ver....”

(Entrevista Neumóloga)

Hasta aquí se hace evidente que en el proceso de adherencia intervienen tanto el sujeto que padece la enfermedad como el equipo de salud. Por esto hay que analizar las singularidades tanto del paciente como del profesional que atiende “se pone en contacto a una historia individual y social de un paciente, integrante de una clase social y del médico que también

³² Belmartino, Susana. Ponencia Modelo Médico Hegemónico. Jornadas A.P.S. CONAMER. A.R.H.N.R.G.
<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>

integra otro grupo social” (Ferrara, 1985: 46). Como ya se analizó a lo largo de la presente investigación esta relación paciente-médico es asimétrica, y muchas veces es conflictiva. Entra en juego la concepción de los profesionales médicos esta idea del “paciente bueno”, que sería el que acata sin discutir todas las prescripciones médicas y las lleva a cabo.

También el contexto social que rodea al paciente incide en la adherencia, “tomando en cuenta que las posibilidades de adherir o no a un tratamiento se corresponden con el grado de vulnerabilidad y están determinados por los niveles de desigualdad a los que están expuestos los grupos sociales” (Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2011:31). Por lo tanto si se considera que la población que enferma de tuberculosis padece además situaciones de vulneración de derechos que afectan a sus condiciones de vida, se tornará más complicado el “cumplimiento del tratamiento”.

Otra variable de la adherencia es la particularidad del impacto del diagnóstico de la enfermedad, como impacta en la subjetividad del sujeto, en las representaciones que tiene de la enfermedad, la salud, la atención...etc. Y que se construye a partir de la pertenencia cultural y el tipo de acceso a recursos simbólicos que cada persona tiene.

Entre todas las variables que se están estudiando no hay que dejar de lado las particularidades de la enfermedad que también inciden en la adherencia, las representaciones sociales que se hacen de la enfermedad y las características del tratamiento. En esta investigación ya definimos los mitos que afectan a la tuberculosis y también se hizo referencia a su tratamiento farmacológico prolongado.

Por último se entiende la adherencia como proceso, por lo tanto el mismo debe ir adaptándose a las particularidades de las condiciones personales y sociales por las que pasa el sujeto, su entorno y también el equipo de salud, para poder co-crear unos lineamientos de acción que favorezcan la continuidad y término del tratamiento.

Por todo esto, se propone una definición de adherencia entendida como un proceso dinámico que se construye entre los profesionales y el paciente, ambos sujetos con su particularidades, bagajes e historicidades, y que teniendo en cuenta las características de la enfermedad, la singularidad de la persona, contexto social, las características del sistema de salud, las particularidades de la institución y las políticas públicas. Cooperan para establecer unas líneas de acción y acompañamiento que faciliten la continuidad del tratamiento.

Capítulo III: Intervenciones del trabajo social en el marco del Programa de tuberculosis:

El último capítulo de este trabajo pone el énfasis en uno de los ejes del problema de estudio, que es la intervención del trabajo social en tuberculosis. Para esto se hará una aproximación a la conceptualización tanto del trabajo social como de su intervención. Pero también y en relación a las estrategias de intervención del trabajo social se analizan dos metodologías de intervención que son esenciales en la investigación. El abordaje interdisciplinar y el abordaje en Red. Ambas consideradas estrategias de intervención en las que se inscribe el trabajo social.

1. Análisis de la Intervención del trabajo social en el marco del programa de tuberculosis:

El eje central de esta investigación es la intervención del trabajo social enmarcado en el programa de tuberculosis, por lo tanto es pertinente que se defina a qué se hace referencia cuando se habla de trabajo social.

Esta disciplina ha sido tomada como voluntarismo durante décadas y por eso tomamos a Marilda Yamamoto para definir el trabajo social como profesión inserta en el mercado de trabajo.

“El Trabajo Social que surge como profesión inserta en la división social y técnica del trabajo imperante en el modo de producción capitalista” (Yamamoto, 1997).

Según la perspectiva Histórico-Crítica Marilda Yamamoto (1998), plantea 3 presupuestos para el análisis de la profesión:

El primer presupuesto tiene que ver con poder mirar y entender el contexto socio-histórico, ya que la intervención despojada del contexto social contemporáneo y sin poder hacer un análisis de dónde estamos y de dónde venimos despoja a la intervención de sentido y la vuelve inocua.

El segundo supuesto propone interpelar el trabajo social inserta en el mercado laboral “Abordar el Servicio Social como trabajo supone aprehender la llamada ‘práctica profesional’ profundamente condicionada por las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, o sea por las relaciones entre las clases en la sociedad, rompiendo con el endogenismo en el Servicio Social. (...) la constitución e institucionalización del Servicio Social como profesión en la sociedad depende de una progresiva acción del estado en la regulación de la vida social, cuando pasa a administrar el conflicto de clase que en nuestra sociedad presupone la relación capital/trabajo constituida por medio del proceso de industrialización y urbanización” (Yamamoto, 1998: 35-36)

Privilegiar la producción y la reproducción de la vida social, como determinantes en la construcción de la materialidad y de la subjetividad de las ‘clases que viven del trabajo’. “El Servicio Social es considerado como una especialización del trabajo, y la actuación del asistente social como una manifestación de su trabajo, inscripto en el ámbito de la producción y reproducción de la vida social. (..) Tiene en la cuestión social la base de su fundación como especialización del trabajo.” (Iamamoto, 1998:40-41)

Se toman estos 3 supuestos que propone Iamamoto para definir la profesión como inserta en la sociedad, que como cualquier otra está atravesada por los factores particulares del profesional pero también determinada por las características del mercado laboral y de la institución en la que está inscripta. En la que coexisten determinantes que convergen y se contradicen, por lo tanto se debe pensar la intervención como síntesis de múltiples determinantes objetivos y subjetivos.

Sumado a lo expuesto, para Iamamoto (1998) existen una serie de características que organizan el perfil social e histórico del asistente social: es una actividad humana ejercida por sujetos de clases (sujetos que trabajan y traen una herencia cultural, bagaje teórico y técnico, valores ético-sociales, etc.); es una profesión atravesada por relaciones de género (composición predominantemente femenina que afecta su imagen en la sociedad, las expectativas sociales que recaen sobre las mismas y los trazos de subalternidad que la profesión carga frente a otras de mayor prestigio y reconocimiento social y académico); posturas y comportamientos mesiánicos y voluntaristas vinculados a la tradición católica oriunda de los orígenes de la profesión; y el compromiso con valores humanistas.

Además, en la dinámica de la intervención, los intereses y objetivos institucionales y profesionales entran en juego con las necesidades, visiones y objetivos de la población usuaria. Por ello, viendo la coexistencia de intereses, convergentes o contradictorios, es necesario pensar a la intervención profesional como síntesis de múltiples determinantes objetivos y subjetivos. (Mallardi, M. 2013)

Bajo estos criterios se reflexiona también el posicionamiento del trabajo social en el hospital y su intervención.

Dar cuenta de los términos de análisis de la intervención profesional “un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica-ideológica que sostenemos (explícita e implícitamente) y de cómo esta visión se materializa en esa acción-con-sentido. En esta línea es posible comprender el refuerzo o las líneas de ruptura que estamos realizando, mediante la intervención profesional, sobre el instituido que como profesión tiene el Trabajo Social”. (Cazzaniga, S. 1997)

La intervención profesional se entiende como “...una construcción artificial de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores” (Cazzaniga, S. 2001: s/r). Toda intervención parte de la manera de cómo se toman las variables en juego y está influida por los intereses de los actores intervinientes y el contexto en el que es producida. Se plantea como el cruzamiento de lo universal y lo singular, estando atravesada con construcciones sociales vigentes y también las particulares del sujeto con el que se trabaja. Este juego universalidad – singularidad permite construir una intervención que no descontextualice la acción y a la vez no ignore la subjetividad del individuo.

Para caracterizar la intervención dentro del Trabajo Social Iamamoto destaca tres competencias: teórico-metodológica, ético-política y técnico-operativa (IAMAMOTO: 2002).

La primera implica elaborar un marco para la acción, ofreciendo una explicación aproximada y transitoria del contexto a intervenir;

La segunda refiere a la importancia de conocer datos sobre dicha realidad, de la coyuntura en la que se va a trabajar, de las relaciones de fuerza en las instituciones, de los problemas de la población sujeto de intervención, etc. Y además, tener un posicionamiento ético político al respecto;

La tercera hace referencia a la capacidad del profesional de actuar y responder a las demandas de la institución y de los sujetos en base al conocimiento de recursos y posibilidades de intervención en red. Desde este posicionamiento, también implica la elección de estrategias que requieren el conocimiento de las condiciones y relaciones en el espacio donde el trabajador social está inserto. Por último, la autora plantea la importancia de que estos tres elementos aparezcan integrados en la práctica profesional porque solos se debilitan y por lo tanto, debilitan la intervención.

Tomando entonces la perspectiva de Yamamoto en cuanto al análisis de la intervención profesional deberá tomarse inscripta en la institución. En este caso hablamos de un hospital. Por lo tanto el trabajo social como disciplina viene a replantearse la intervención con el usuario como mero objeto de estudio, para tomarlo como sujeto de derechos. Específicamente estamos hablando de derechos en salud.

El trabajo social pone en tensión la visión biologicista, aportando una concepción basada en el derecho a la salud. Interviniendo con el sujeto desde una perspectiva integral y teniendo en cuenta las subjetividades de los profesionales que intervienen en el tratamiento. De la institución donde está inserto. Así como tiene en cuenta también las intervenciones del Estado.

Hasta aquí las reflexiones teóricas de la profesión del trabajo social y su intervención. Pero interesan concretamente las acciones dentro del programa de tuberculosis.

La intervención se basa en la construcción de accesibilidad a los servicios de salud pública, realizando las articulaciones inter e intra institucionales que requiere cada persona para el tránsito de su tratamiento.

También se procura desde la instrumentación de las entrevistas sociales, tanto de primera vez como de seguimiento, para conocer las condiciones de vida del sujeto, sus potencialidades y limitaciones así como las representaciones subjetivas que tiene acerca de la enfermedad. Pero también reforzar la importancia de la continuidad del tratamiento.

“Una entrevista, tendrá para el trabajo social un doble valor: conocer la trayectoria del sujeto, pero a la vez producir la autorreflexión de ese sujeto sobre su vida.”³³

A partir de este conocimiento de las particularidades y singularidades de las condiciones de vida³⁴ se puede pensar en recursos que pueden ofrecer las políticas públicas que fortalezcan las capacidades del sujeto para favorecer la adherencia.

Sobre todo se destaca el subsidio para personas que padecen tuberculosis regulada por la Ley 10.436, que tiene dos inconvenientes fundamentales:

1. Que este subsidio una vez que se otorga tiene un plazo de ejecución de dos años, es decir, que la persona lo cobrará mucho tiempo después de haber terminado su tratamiento.
2. El subsidio es excluyente, ya que requisito fundamental para percibirlo es realizar el tratamiento de tuberculosis en provincia de Buenos Aires.

Durante la entrevista social surgen las representaciones de los sujetos acerca de la enfermedad que impactan en el procesamiento del diagnóstico de la tuberculosis. La intervención de la trabajadora social consiste en deconstruir los mitos acerca de la enfermedad y facilitar información acerca de la enfermedad para reforzar el proceso de adherencia.

Pero además se procura realizar un seguimiento de la persona que está en tratamiento reforzando la importancia del mismo y convocando a la persona de manera telefónica si se detecta la interrupción del mismo.

La intervención en trabajo social también pone el acento en la prevención, para ello actualmente se están realizando charlas informativas acerca de la tuberculosis en la sala de espera del consultorio.

³³ Cazzaniga, S. 1997, El abordaje desde la singularidad, cuadernillo temático n°22

³⁴ Las Condiciones de vida hacen referencia “a las condiciones materiales necesarias a la subsistencia, a la nutrición, vivienda, saneamiento, y a las condiciones ambientales, que son hechas esencialmente por la capacidad de consumo social” (Almeida Filho, 2000 en Vázquez, 2010: s/r).

2. La interdisciplina del Hospital Tornú:

El área Programática del hospital Tornú comprende la zona oeste de la ciudad de Buenos Aires, donde se ubican zonas de asentamientos habitacionales precarios, como es “el playón de Chacarita³⁵”. También acuden personas que viven en los barrios de La Paternal, Parque Avellaneda, Flores, Bajo Flores y Liniers, barrios donde se ubican talleres clandestinos, lugares donde suelen ser empleados migrantes de países limítrofes (Salgado 2012:64). Otros pacientes se acercan desde municipios más lejanos de la provincia de Buenos Aires, referidos por el reconocimiento que el hospital cuenta en la atención de la tuberculosis.

La tuberculosis entonces es una enfermedad en la que inciden diversos factores como biológicos como sociales, cuando se aborda esta enfermedad entonces no se puede simplificar la mirada. Surge entonces como estrategia de intervención para el abordaje de la tuberculosis la interdisciplina.

Se entiende la interdisciplina como una co-creación de la intervención entre distintos saberes que trabajan en conjunto para trabajar en una misma situación.

La interdisciplina en salud es un emergente que cobra cada vez más presencia en el sistema sanitario, ya que cada vez es más evidente que no se puede entender la enfermedad como un agente externo que hay que eliminar, sino como proceso que afecta a la cotidianeidad de las personas y en el que las condiciones sociales determinan el acceso al sistema de salud.

Alicia Stolkiner conceptualiza la interdisciplina como un movimiento epistemológico dando cuenta de la importancia de la intersubjetividad para pensar la cuestión de la subjetividad en su producción en relación a otros.

Rolando García plantea que el abordaje interdisciplinario de problemas complejos implica un movimiento en el cual, las disciplinas deben proponerse la construcción de una

³⁵ 7 El asentamiento "Playón de Chacarita" se encuentra emplazado en terrenos lindantes con la estación Federico Lacroze, y limitados por las vías, las calles Fraga, Teodoro García, Céspedes, Guevara y la Avenida Elcano.

conceptualización común al problema, y la construcción de estrategias de intervención comunes en el abordaje clínico-teórico.

La lógica del Trabajo Interdisciplinario permite articular herramientas de diferentes saberes y disciplinas. Para ello se torna imprescindible interrogar los conceptos establecidos, abrir a las preguntas y dar lugar a la creación, tanto teórica como clínica.

Se consolida en los acuerdos básicos ideológicos entre los miembros del equipo y funciona como un marco referencial común; que permiten plantear el problema y desplegar las acciones necesarias para transformar los obstáculos institucionales en posibilidades de generar cambios.

Para Alicia Stolkiner: “(...) es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción”

Retomando las palabras de Stolkiner, “el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal; y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar”

Es importante aclarar que no se trata de un abordaje Multidisciplinario que tendería a fragmentar al sujeto, sino que es un movimiento interdisciplinario; que va estableciendo una estrategia y una construcción común del problema, es decir, un marco común. Dando lugar a una multirreferencialidad teórica y práctica.

El consultorio de contactos infanto juveniles, está formado por un equipo interdisciplinar que se crea de manera espontánea en 2003. Se crea espontáneamente y por necesidad, se

buscaban los profesionales de distintos servicios para conocer las diferentes miradas ante la situación de un mismo paciente.

En sus inicios participaban del equipo 4 médicos, 1 trabajadora social y 3 enfermeros. Actualmente el número de profesionales es más reducido. En la actualidad intervienen en el consultorio una neumóloga, una pediatra y una trabajadora social además de tres enfermeros. Pertenece al servicio de neumotisiología del hospital Tornú y se encarga de atender a personas que padecen tuberculosis como a sus “contactos”. Lo principal cuando llega una persona diagnosticada con tuberculosis es el estudio de sus contactos. Esto significa hacer una indagación de las personas que pueden llegar a haberse contagiado y citarlas al consultorio para entrevistarlas y evaluar si necesitan realizarse los estudios médicos.

Pero además, durante la consulta, que se realiza en equipo, y en la que están dependiendo del día, neumóloga y trabajadora social o pediatra y trabajadora social. Se crea un espacio en el que la persona obtenga toda la información necesaria acerca de la enfermedad. Y también poder sentar las bases para generar un vínculo que permita conocer a la persona y facilitar la intervención.

“Siempre abro un poco más el juego a preguntar cuestiones más vinculadas, no con lo biológico...igualmente no sólo yo, porque muchas veces esto lo hacen también mis compañeras. No soy sólo yo la que tengo esta mirada, se comparte, pero...por ahí yo estoy más atenta, por ahí ellas están registrando que la ppd, que si la radiografía...que si se olvidaron de alguien y por ahí yo estoy más atenta al tema más de la vida cotidiana de la persona. Preguntando un poquito más acerca del trabajo, acerca de la familia, acerca de la escuela.”

(Entrevista T.S.)

En observaciones durante la investigación se comprobó que muchos pacientes, ya diagnosticados, no tenían suficiente información sobre la enfermedad o llegaban al consultorio con información errónea.

El equipo de contactos prioriza la deconstrucción de mitos entorno a la enfermedad, contribuyendo a disminuir la ansiedad que provoca el diagnóstico.

Un dato importante es que el consultorio atiende sin turnos, los lunes y miércoles por orden de llegada. Reduciendo así la espera.

Este es uno de los objetivos del consultorio, que la persona que padece tuberculosis y su entorno tenga el mayor acceso posible al tratamiento y las pruebas necesarias para frenar el contagio, favorecer la adherencia y el término del tratamiento.

“Entonces bueno, nosotros revertimos un poco este concepto y lo que nosotros hacemos es trabajar preventivamente para que el paciente no abandone y obviamente optimizar los mecanismos para comunicarse con el paciente si deja de venir....este...y nos centramos en favorecer la accesibilidad al máximo y trabajamos en establecer un vínculo con el paciente de empatía suficiente como para que esa alianza terapéutica, como la llamamos alguna vez, sea un acompañamiento o sostén para que el paciente pueda llevar a término su tratamiento, o sea, ir con el paciente”

(Entrevista Neumóloga)

Para esto es necesario además respetar y promover los derechos del paciente. Ocurrió durante las prácticas que un padre muy angustiado llegó al consultorio con su hijo mareado, cuenta que al pedir el turno para hacer la ppd a su hijo le realizaron una extracción de sangre y por eso el mareo.

Se descubrió que profesionales del hospital estaban realizando una investigación y realizaban las extracciones a personas que padecían tuberculosis sin pedirles su consentimiento ni explicarles el motivo. El equipo de contactos se comunicó con dichos médicos para frenar estas prácticas que atentaban contra los derechos de los pacientes.

Tres de los ejes más importantes que se ponen de manifiesto en la atención del consultorio de contactos son facilitar el acceso al sistema de salud, la prevención para la no interrupción del tratamiento y el respeto a los derechos del paciente.

Además de la intervención conjunta ya mencionada, desde el equipo se procura que todas las personas que inician el tratamiento tengan una entrevista social con la trabajadora social. En la misma se ofrece además el espacio para futuras consultas y entrevistas de seguimiento. Durante esta entrevista se intenta conocer más acerca de su cotidianidad, de su entorno, de su familia, su trabajo y sus condiciones de habitabilidad. Se le pregunta

acerca de cuestiones que hacen a la particularidad de la persona para poder realizar un abordaje singular.

Así, al indagar acerca de su entorno se pueden realizar estrategias de prevención, para prevenir el contagio y conociendo la situación laboral y económica gestionar y dar información sobre recursos que faciliten la adherencia, atendiendo a otros aspectos de la vida de la persona. Además de realizar derivaciones y articulaciones inter e intra institucionales.

Se trabaja también con las representaciones que tiene la persona acerca de la enfermedad, con la información que maneja y también con su recorrido dentro del sistema de salud, esto ayuda a construir una intervención que incluya las vivencias y creencias que tiene el individuo.

Para aunar todos los conocimientos crear una intervención en equipo se procura mantener reuniones de todo el equipo, Debido al tiempo que se emplea en la atención y teniendo en cuenta que todos los profesionales del equipo trabajan además en otras áreas del hospital, estos encuentros se tornan cada vez más dificultosos.

Cada vez el tiempo es más reducido y la falta de personal en el hospital y la merma del propio equipo han hecho que muchas veces el nexo de unión sea la trabajadora social y que prime la atención de los pacientes en el consultorio a las reuniones de equipo.

Eso no vendría a ser un obstaculizador en lo que sería el abordaje interdisciplinario, sino que vendría a ser un obstáculo para trabajar interdisciplinariamente.

(Entrevista T.S.)

Pero aún con la carrera de tiempo se sigue intentando realizar y pensar las estrategias de intervención de manera conjunta.

Una de ellas es la participación de la trabajadora social del equipo en la Red de Trabajo Social en tuberculosis. Considerando esta Red como una estrategia favorable para el abordaje de la temática.

3. El concepto de Red y antecedentes en Argentina:

Hay algunos caminos transitados, pero en realidad se trata de pensar y actuar desde un enfoque que implica atravesar un proceso de desadaptación de modelos adquiridos, no siempre sencillo de realizar. Muchas de nuestras acciones son impredecibles, azarosas, coyunturales. Dependen del encuentro con los otros, de la posibilidad de recorrer el territorio. Pero nos acompaña siempre una certeza: la confianza en la capacidad de las personas, el registro claro de que nadie puede solo y un animarse a abrir ventanas, transitar senderos, explorar hendijas.

(Elina Dabas)

La mayoría de las redes existentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron creadas en tiempo de crisis y han demostrado ser un espacio de contención social para aquellos que se encuentren en estado de vulneración. Sin embargo, las redes han seguido existiendo todos estos años y a su vez han incrementado en volumen y cantidad. Sigue manteniéndose la particularidad de que responden una problemática social como, por ejemplo, ambientales, salud, género, etc.; habiendo una minoría que sean solidarias y que brinden asistencia social sin tener una temática específica.

El término red es un constructo sociológico que empieza a ser utilizado en la segunda mitad de los años cincuenta en el ámbito de la cultura antropológica de los países del norte de Europa, para representar el tejido de contacto y relaciones que las personas construyen en torno a la cotidianeidad. El término se presta a evocar el conjunto de relaciones y vínculos en los cuales la persona se encuentra inmersa (Barnes, 1972)

Como señala Elina Dabas (2001), las primeras intervenciones desde el enfoque de las Redes Sociales datan de los años 60' en el campo de la psiquiatría y la psicología social. La misma sostiene "...uno de los pioneros fue Ross Speck quien frente a la dificultad de ver progresar ciertas terapias familiares por agotamiento de los integrantes o por falta de recursos para ayudar al paciente...convocaba a grandes asambleas familiares del mismo...resulta particularmente interesante que las convocatorias masivas que Speck

realizaba las denominaba intervenciones en red, en lugar de terapia de red...”, sabiendo que él intervenía en una red “preexistente” y se trabajaba en un primer momento sobre la conciencia del lazo que unía a los participantes.

Particularmente, en Argentina, podemos advertir que el trabajo en red toma una preponderancia distinta en la década de los ochenta, en comparación a etapas anteriores de la historia de nuestro país. Se restauraba la democracia, luego de un régimen cívico militar, que había coartado e impedido a través de la violencia de Estado, la formación de grupos de personas que trabajen de manera conjunta en base a intereses comunes.

A mediados de los años 80', las redes sociales tomaron una forma distinta, encontraron más participación en el campo político. Es así que durante este periodo con la vuelta de la democracia y la participación ciudadana, nacen y se originan innumerables redes sociales.

Ya en los años 90, con el discurso neoliberal nuevamente se puede observar que la morfología de las redes sociales se modifica nuevamente. Con un Estado mínimo que debía achicarse para generar eficacia en sus políticas, y una economía que era conducida por las fuerzas del mercado (oferta y demanda), el campo de participación política quedaba librado al azar para la participación de las redes sociales y las ONG.

Por supuesto, en referencia a esta época, se habla de participación formal y no de participación real. Es decir, la participación en el discurso oficial era que a través de la participación de la ciudadanía, se iban a lograr mejoras sustanciales de la calidad de vida en términos cualitativos y cuantitativos de las personas. Es ahí cuando hablamos de participación formal, pero se obviaba que un mercado regido por los dueños del capital sin control ninguno del Estado, genera desempleo, salarios bajos, servicios públicos transformados en privados, entre otras cosas. Es claro que la falta de acceso a los servicios públicos (salud, educación, vivienda) condiciona la participación como sujeto social, y por ende, condicionan la participación real.

El estudio de las prácticas de intervención en redes sociales nos da cuenta, de agentes sociales que accionan en un espacio social. En él entablan relaciones desde las posiciones que ocupan. Dichas posiciones son relativas e implican la puesta en marcha de un pensamiento relacional. Este pensamiento nos coloca ante el problema de percepción y de acción de las prácticas por parte del operador. Al respecto Rodríguez Nebot plantea que..."lo importante es ver que cuando uno trabaja en el campo de la conexión se parte de pautas culturales o de pautas de conocimiento. Es decir la conexión de grupos prefigurados socialmente; pero hay otro tipo de conexiones que las podemos llamar cuasi-delirantes (potenciando las anteriores)

3. Análisis de la Red de Trabajo Social en Tuberculosis:

*El mundo no "es tal como nos es dado"
Sino que lo construimos entre todos
Y esto nos coloca en situaciones
De responsabilidades compartidas.
(Elina Dabas)*

*"Se entiende por red un espacio de encuentro y diálogo en pos de objetivos comunes, para el logro de un quehacer solidario y creativo sostenido por la intercomunicación y la interacción."*³⁶

La red de trabajadoras sociales en tuberculosis se crea en 2007 por únicamente dos profesionales de los efectores de salud más representativos en la atención de esta enfermedad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Hospital Tornú y el Hospital Muñiz.

"Surge a partir de las situaciones que se vivían en este caso en ambos hospitales, similares, costosas....viendo los paciente que van de un lado a otro....abandonan....surge la necesidad de comunicarnos.....no sólo por teléfono, que eso siempre lo hacíamos.....había mucha gente trabajando en esto y bueno....empecemos a ver que surge y que se comparte de todo esto...que estamos más o menos en la misma

³⁶ Definición dada por la Red de Trabajo Social en Tuberculosis.

línea de trabajo, con los mismos objetivos....veíamos las mismas dificultades....esta era la idea de trabajar en equipo para conformar la Red.”
(Entrevista T.S. Fundadora de la Red)

Se crea viendo la necesidad de buscarse los referentes de la enfermedad en trabajo social, ya que sí existía una red de Médicos, pero las reflexiones en relación a la intervención en trabajo social estaban muy desvalorizadas por la visión clínica de los sujetos y no se abría el debate en los encuentros de la Red a cuestiones relacionadas con el contexto social y los factores sociales que inciden en la tuberculosis.

“Ahí surgían muchos profesionales que tenían opiniones que tendían a culpabilizar al paciente, nosotros les cuestionábamos a los médicos, en este colectivo que se estaba formando surgían muchas miradas de tener en cuenta las condiciones, tener en cuenta la subjetividad, lo largo del tratamiento.....incluso en ese momento había gente que opinaba que había que irlo a buscar con la policía....”
(Entrevista T.S. Fundadora de la Red)

En un principio eran pocos los profesionales referentes en tuberculosis y no existían equipos interdisciplinarios para el abordaje de la enfermedad más que el que existía en el Hospital Tornú. Los profesionales médicos sólo convocaban a las trabajadoras sociales en situaciones puntuales en los que los pacientes interrumpían el tratamiento.

Desde este lugar se empieza replantear diferentes miradas acerca de la adherencia, y a analizar formas de intervención en los distintos hospitales. Para poder generar una construcción común de intervención en tuberculosis. Así surge la Red de Trabajo Social en tuberculosis en la cual, sus inicios, participaron solamente profesionales de Capital Federal.

Con el fin de poder entender la temática y elaborar estrategias de intervención que se enfocaran en una mirada más abarcativa de la enfermedad se empiezan a buscar materiales y bibliografía para poder sostener la práctica en una base teórica que modifique lo que hasta ahora se venía dando en una suerte de intervención artesanal y que se daba de diferente manera en cada hospital, pero como norma se consideraba al trabajador social como una suerte de “policía” al que se interpelaba únicamente cuando el paciente interrumpía el tratamiento prescrito.

“En la mayoría de los hospitales el neumólogo recurría a la trabajadora social específicamente en esas situaciones.....no conformaban un equipo, específicamente cuando el paciente no adhería”
(Entrevista a T.S. Fundadora de la Red)

Con el tiempo la Red se fue ampliando y sosteniendo hasta convocar en la actualidad a profesionales tanto de capital federal como de la provincia de Buenos Aires, Pudiendo así reunirse con Trabajadoras Sociales del Conurbano bonaerense ya que como se comprobó existe un gran número de personas de este territorio que se atienden en efectores de Capital.

El objetivo general de la Red es *“Generar un espacio de encuentro de Trabajadores Sociales de los distintos efectores del Ministerio de Salud del GCBA relacionados con la promoción, prevención, atención y tratamiento de la tuberculosis a fin de repensar la práctica cotidiana y unificar criterios de intervención para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por Tuberculosis.”*

Otro de los objetivos de la Red es la posibilidad de fomentar la visibilización de la tuberculosis con el fin de deconstruir los mitos y estigmatizaciones que rodean a la enfermedad y para esto se procura realizar actividades de información, prevención y promoción en diversos ámbitos. Para esto se realiza material de información sobre la enfermedad que se reparte en efectores de salud y también se organizan talleres de prevención y promoción en torno a la temática.

En la actualidad participan de la Red aproximadamente 17 Trabajadoras Sociales de diferentes efectores de salud que intervienen en tuberculosis. Se realizan encuentros mensuales en el hospital Muñiz o en el instituto Vaccarezza para poder generar una continuidad.

Durante estos encuentros se pretende reflexionar sobre la intervención y facilitar las articulaciones y derivaciones asistidas con el fin de mejorar la accesibilidad.³⁷ Poniendo en común la información y las experiencias de los diferentes efectores para mejorar la atención del sistema de salud en cuanto a tuberculosis.

Para mejorar esta accesibilidad se propone desde la Red la metodología de intervención desde equipos de salud interdisciplinarios, *considerando la adherencia al tratamiento*

³⁷ Con el fin de mejorar las articulaciones y derivaciones conformaron una lista de referentes en tuberculosis en diversos efectores de salud.

*como cuestión fundamental para la curación del sujeto y la minimización del contagio. Se entiende que la continuidad del tratamiento está atravesada por cuestiones subjetivas y cuestiones socio-económicas y culturales, pues se modifica toda su vida cotidiana*³⁸.

Se realizan ateneos, ya que se propone esta instancia de trabajo como estrategia para repensar las prácticas profesionales y analizar las nuevas situaciones problemáticas que se ponen de manifiesto durante la atención cotidiana.

Además se procura participar en otros espacios en los que se aborde la temática en tuberculosis presentando elaboraciones teóricas con el fin de seguir compartiendo y generando conocimiento acerca de las particularidades de la enfermedad y su abordaje.

En 2012 se comenzaron a realizar las jornadas anuales de reflexión en tuberculosis organizadas por la propia Red de Trabajadoras Sociales en las que se comparte información y se realizan talleres en torno a la temática de tuberculosis.

Se pone el énfasis en que los organismos y administraciones estatales puedan incluir la tuberculosis en la agenda pública como un problema de salud que requiere un abordaje integral, para esto se elaboró y presentó una propuesta de ley que regule la concesión de un subsidio para personas que padecen tuberculosis en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

³⁹

Por lo tanto a través de todas las acciones mencionadas se pone de manifiesto la idea de la intervención en Red en constante reflexión de la temática y su abordaje, considerando la importancia de la constante capacitación por el sostenimiento de la creencia de la aparición de nuevos escenarios sociales en los que se interviene. Pero también desde este espacio se insta a los organismos públicos responsables a dar respuestas a esta problemática compleja de la salud.

³⁸ Definición de la Red de Trabajo Social en Tuberculosis.

³⁹ Esta propuesta se encuentra en el anexo.

Conclusiones:

A lo largo de toda esta investigación se propone una mirada holística para entender la enfermedad de tuberculosis que pueda abarcar la realidad compleja en la que está inscripta. Atendiendo al aspecto biológico de la enfermedad que produce un deterioro de salud severo y un riesgo de contagio que determina la cotidianeidad del individuo que la padece y su entorno. Generando además una carga y estigma producto de su historicidad y particularidades.

Condicionado por las representaciones subjetivas que se tiene de la enfermedad, tanto de los profesionales, como de las personas que la padecen y también de la sociedad en su conjunto.

Pero también poniendo el acento en las diversas manifestaciones de la cuestión social que se observan en el análisis del padecimiento de la enfermedad, la vulneración de derechos, la explotación laboral, la extrema pobreza, la violencia institucional, todos estos condicionantes del proceso de atención-salud-enfermedad.

Se fueron enumerando por tanto los factores sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, entendidos estos procesos como dinámicos, complejos y que son determinados por el acceso a los recursos de salud y la atención de los profesionales en las instituciones.

Por esto se considera necesario que al analizar el padecimiento de la enfermedad se incluyan todos los actores y las características de los mismos que participan en dicho proceso.

Así se toman como actores interaccionando en el mismo espacio al sistema de salud y los profesionales de la atención, a los sujetos que padecen la enfermedad y al Estado, que a través de las políticas públicas se considera garante del acceso a la salud de los ciudadanos.

Estos actores son los que participan en el proceso que determina la curación de la enfermedad, que según lo expuesto en este trabajo es el proceso de adherencia al tratamiento. Que desde la intervención en trabajo social se considera el foco en el que poner el énfasis en el abordaje de esta temática.

Para fortalecer la adherencia se propone facilitar la accesibilidad del sujeto al sistema de salud, que es un condicionante para la continuidad del tratamiento y la curación de la enfermedad, como también para frenar su contagio.

Considerando necesario reflexionar sobre las prácticas que se proponen para facilitar este acceso desde el sistema de salud.

Según lo analizado en este trabajo de investigación y teniendo en cuenta las múltiples y complejos determinantes que inciden en el proceso de adherencia se considera que la intervención más favorable para el abordaje de la enfermedad sea interdisciplinaria, ya que sólo así se podrá abarcar los diferentes factores que se ponen en juego cuando hablamos de tuberculosis.

Así la co-construcción de una intervención común con diferentes profesionales permite incidir positivamente en la adherencia al tratamiento tanto de la persona que padece como del efector de salud que atiende. Incluyendo disciplinas complementarias que se interpeleen constantemente sobre la mejor estrategia de intervención para cada situación singular.

Como se dijo al principio el hecho de que intervengan factores tanto sociales como biológicos en la tuberculosis pone de manifiesto que es necesaria disciplinas como la medicina y el trabajo social para poder conformar una mirada más integral de la situación. Aportando ambos saberes específicos que son complementarios y necesarios para la intervención.

Pero además es imprescindible visibilizar la enfermedad e interpelar a las organizaciones gubernamentales acerca de las políticas públicas que se proponen para la tuberculosis.

Ya que al realizar un análisis de las mismas se puso de manifiesto que estaban elaboradas desde una perspectiva del control y no del cuidado. Proponiendo prácticas en la intervención que pueden llegar a ser excluyentes, como el tratamiento directamente observado.

La creación de la Red en Trabajo Social, tiene entre sus objetivos visibilizar la enfermedad de la tuberculosis que favorezcan la inclusión de la temática en la agenda pública. , generando espacios colectivos de reflexión y cuestionamiento, tanto de las complejas realidades sociales que intervienen en la temática, como en las formas de abordaje más eficientes y eficaces.

Generando además una suerte de entramado que permita la fluidez en la intervención fortaleciendo de manera artesanal la articulación y la derivación que está mermada por el vaciamiento del sistema de salud pública. Y cuestionando permanentemente las prácticas en la intervención en los distintos dispositivos de salud.

Bibliografía:

ACEVEDO, P. “*Investigación e intervención en Trabajo Social: revisando supuestos e identificando nuevos escenarios*”, en *Reconstruyendo lo social. Prácticas y experiencias de investigación desde el Trabajo Social*, Buenos Aires, Espacio. 2006

ARÁOZ Alfaro, Gregorio. “*La lucha contra la tuberculosis en la infancia*”. En: *El libro de la Cruz Roja. Buenos Aires: Talleres de la Cia. Fabril Financiera, 1932.*

ARMUS, D. *La Ciudad impura: Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires. 1870-1950*. Buenos. Aires. Edhasa, 2007

ARROSI, HERRERO, GRECO. “*Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura*”; CEDES; Resumen ejecutivo 2011. Disponible en página web: <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2011/9560.pdf>

BORDIEU, CHAMBOREDON, PASSERON. “*El oficio de sociólogo*”, Buenos Aires, Siglo XXI. . (2008) [1973]

BOSSIO, ARIAS, FERNANDEZ. “*Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género*”; *Salud Colectiva*; 8 (Supl 1):S77-S91; 2012.

CÁCERES, F. “*Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso*”. *Med UNAB*, 7, p.172. 2004

CAZZANIGA, S. “*Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*”. Espacio Editorial, Buenos Aires. 2007

CAZZANIGA, S. “*El abordaje de la singularidad*”. En: *Desde el Fondo, Cuadernillo Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social. Editorial Mimeo.1997*

COMES Y OTROS. “*El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios*”; Facultad de Psicología, UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XIV; Buenos Aires; 2006.

CUSTO E, COCHA M F, BRARDA M E. “*El conocimiento en la construcción y conquista de autonomía en los diferentes ámbitos de intervención profesional*” Ponencia presentada en el II encuentro Argentino y Latinoamericano de Prácticas Sociales y pensamiento crítico, Univ. Nac. De Córdoba 4 y 5 de junio de 2008.

DABAS, E. Redes Sociales: “*Niveles de Abordaje en la Intervención y Organización en Red*”. Panorama. 2001

EPSTEIN, L.H. y CLUSS, P.A. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 960-971. 1982

FERRARA, F. “*Teoría social y salud.*”_Ed. Catálogos. Año 1985

GOMEZ OCAMPO - TENTI FANFANI “*Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*”. Miño y Dávila Editores. 2ª edición. Buenos Aires. 1994.

GÜEL DURÁN, A.J. “La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA: un abordaje desde la perspectiva de Trabajo Social”. *Revista de Trabajo Social. Caja Costarricense de Seguro Social. Edición N. 64. Año 27. Setiembre. 2002*

LAURELL, A. C.”La Salud-Enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales* Nº 19 - Enero de 1982.

IAMAMOTO, Marilda y otros, “Intervención profesional frente la actual cuestión social en

IAMAMOTO, M. y otros. “*Trabajo social y mundialización. Etiquetar desechables o promover inclusión*” VIII jornadas de Servicio Social. Espacio Editorial. Bs. As. 2002

IAMAMOTO, M. “*Servicio Social y División del Trabajo*”. Cortez Editora, San Pablo. 1997

MALLARDI, M. “*Conocimiento Situacional y práctica del Trabajo Social. Aportes desde la planificación situacional*”, En: Oliva, Andrea Antonia y Mallardi Manuel Waldemar (Compiladores): *Aportes tácticos operativos a los procesos de intervención en Trabajo Social*. Consejo Editor UNCPBA. 2011

MALLARDI, M. “*Procesos de intervención en Trabajo Social: Aportes para comprender su particularidad*”. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Problemáticas Internacionales y Locales. www.ceipil.org.ar

MENÉNDEZ, E. “*Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*”; En: Spinelli H, compilador; *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*; Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

MENÉNDEZ, E. “*Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*”; *Cuadernos Médicos Sociales* N33; Rosario; 1985.

MUSCHIETTI, Adolfo. “*Ensayo médico-social: el prejuicio de la prostitución y la lucha antivenérea.*” Buenos Aires: Editora Buffarini, 1914.

MUÑOZ SANCHEZ, LAZA VAZQUEZ, RUBIANO MESA “*Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados*”; *Index Enfermería*; vol.20, n.1-2; 2011

NUÑEZ, Rodolfo. “*Del rol estático a las posición dinámica en el desarrollo de las prácticas del trabajo social*”. 2004

OLIVA, A. “*Trabajo Social y lucha de clases. Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina*”; Buenos Aires; Editorial Imago Mundi; 2007.

OLIVA, A. A. “*Antecedentes del trabajo social en Argentina, Asistencia y Educación Sanitaria.*” Este artículo forma parte del trabajo de tesis de doctorado, bajo la dirección de la doctora Dilsea Bonetti. Dicha tesis fue presentada en defensa pública en el Programa de Posgraduación en Servicio Social de la PUC-SP (Brasil), con el título “*Trabalho Social na Argentina. Traços Históricos*”, Brasil, 2005.

Trabajo Social No. 8, (2006) páginas 73-86 © Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia

ONOCKO CAMPOS, R. “*Humano, demasiado humano: Un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria*”; en Salud Colectiva, (Spinelli H., compilador); Lugar Editorial; Buenos Aires; 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “*Estrategia Alto a la Tuberculosis*”. 2013.
Disponible en página web: http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/es/

RODRÍGUEZ NEBOT, J. “*En la frontera*”. Editorial Multiplicidades. Montevideo. 1997

ROJAS SORIANO, R. “*Capitalismo y enfermedad*”; P y V Editores; México; 1ºed. 1983

ROVERE, M. “*Redes: Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*”. Ediciones Secretaria de Salud Publica de la Municipalidad de Rosario, 1998.

ROZAS PAGAZA, M. “*Límites y posibilidades de la intervención profesional y la cuestión contemporánea*”; en Fernandez Soto (Comp.); “*El Trabajo Social y la Cuestión Social*”; Editorial Espacios; Buenos Aires; Argentina. 2004

SPECK, R y ATTENAVE; C. “*Redes Familiares*”. Editorial Amorrortu. 1973

STOLKINER, A. “*La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*”. Artículo Publicado en El Campo Psi (<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>) 1999

STOLKINER, A. “*De interdisciplinas e indisciplinas*”, en (1987) Elichiry, N. El niño y la escuela – reflexiones sobre lo obvio, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

TOBAR, OLAVIAGA, SOLANO. “*Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*”; CIPPEC; 2012.

VASILACHIS DE GIALDINO, I. coord. ” *Estrategias de investigación cualitativa*”. Editorial Gedisa. (2006)

WEBER SUARDIAZ, C. “*La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social*”, en Revista Escenarios N° 15 “*La producción de conocimiento en trabajo social y sus aportes a la intervención*”, Buenos Aires, Espacio. 2010

ZABALA, J. “*La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina*”; Salud Colectiva; 2012; (Supl 1):S9-S21

Anexo

ENTREVISTA NEUMOLOGA

E: ¿Y cuál es...?

N: Médica neumonóloga, te hago un pequeño resumen.

E: Perfecto.

N: Médica neumonóloga desde el 90` la especialidad, yo me formé acá en el Htal Tornú, en el servicio de neumotisiología y en el 2005 me trasladé al otro servicio que estoy ahora que es promoción y protección de la salud. En el marco de este servicio de promoción de la salud integro el equipo de contactos de tbc que se encarga del estudio de los grupos familiares, laborales y o de colegio de los pacientes con tbc.

E: ¿Cómo llegas al equipo?

N: El equipo no es que llego, sino que lo conformamos precisamente porque teníamos una especie de...o sea...todos los días había un trabajo de buscarnos y de llamarnos y de...y de...antes no había tanta...tanto teléfono, entonces era un ir y venir buscándonos siempre. La doctora que estaba acá en este servicio que es donde siempre se hizo el estudio de contactos, en prevención y protección, la Dra. Marta Rodríguez, la pediatra, la Dra. Ana Giuffre y la trabajadora social Beatriz Piziani y yo en neumó. Por cada paciente que uno tenía una duda, se generaba toda una serie de búsquedas y de recorridos, este...en consulta...y en lo que sea. Entonces hicimos un...reunámonos de los 4 servicios, yo inicialmente me integré por neumó al equipo, este...y bueno, buscamos un lugar y nos constituimos como grupo de trabajo, hicimos toda una presentación al CATA, al comité asesor del Htal, este...porque como queríamos gestionar espacio físico y todo eso...bueno esto se logró en 2003. Van a ser 12 años ya...

E: No había ningún antecedente, que vosotras supierais...

N: No, no, no, ni hay, de contactos no hay, no sé si de tbc hay en otros hospitales pero de contactos no, porque en otros hospitales en general el estudio de contactos se hace...o lo hace promoción, o lo hace el área, o lo hace el mismo médico tratante de neumó. Eso es en general como funcionó siempre el estudio de contactos. Este...y nosotros lo quisimos hacer así, atravesando los distintos servicios que nos comprometemos en esta tarea.

E: ¿Por qué un equipo interdisciplinar?

N: Surgió así porque la búsqueda siempre era entre los médicos y el servicio social, siempre...o sea...y yo en sala siempre trabajé Beatriz (t.s.) yo en sala particularmente me apoyaba mucho en el trabajo del servicio social porque es la parte que me interesó siempre cubrir del paciente que yo atendía o al que le daba el alta y todo eso...entonces siempre estuve vinculada con el servicio social y hay profesionales que no se vinculan tanto con el servicio social, pero...obviamente que tenía que ser parte de este equipo y surgió por una necesidad propia. Nadie nos pidió que nos reuniéramos, los neumonólogos no registraron y por ahí no registran, este...lo que uno hace. Lo que sí deben registrar es que es una parte

del trabajo que ellos no hacen. Hay hospitales donde no hay equipo de contactos y ese trabajo muchas veces lo tiene que hacer el neumonólogo que inicia el tratamiento a la persona.

E: Sí, sí... ¿Qué facilitadores encuentras tú en este trabajo en equipo para la intervención en general?

N: Facilitadores hubo...hubo diversos, fue muy interesante el inicio cuando estaba con todas las pilas, digamos toda la gente a la que nosotras recurrimos, porque digamos, nosotras 4, sino también los otros servicios con los que nosotros trabajamos, que es radiología, los estudios que nosotros pedimos, y laboratorio fueron este...dos lugares donde tuvimos que articular desde el inicio. Siempre estuvieron de acuerdo y accesibles la verdad que se armaron...que se integraron al equipo, digamos, laboratorio, tanto la parte de análisis generales por ahí un poco menos...la parte de micro bacterias, ahora las doctoras tienen una jefa, antes hubo otras pero siempre estuvieron muy integradas. Hace poco una de las bioquímicas venía a nuestros ateneos. Participaba de los ateneos. Tuvimos distintas especialidades y siempre insistimos en incorporar distintas especialidades, a psicopatologías en un momento los convocamos y vinieron como acompañamiento de algunas situaciones. Más que nada, las especialidades o los lugares donde nosotros sentimos que...nuestro trabajo tiene también implicancia, ¿no?

E: ¿Y qué tipo de obstáculos...?

N: Perdón y de las autoridades, que en ese momento, esto es muy importante, que nos facilitaron conseguir el espacio y conseguir distintas cosas...que no es menor en una institución conseguir un espacio físico. De hecho, ahora que lo acabamos de perder, y que nos damos cuenta, si vos me mencionas obstáculos, el obstáculo es el no reconocimiento. Todo el reconocimiento que tuvimos en un principio después dejamos de tenerlo, cambian las autoridades y bueno...actualmente directamente se nos pidió el espacio y no se nos ubicó en un lugar digno y razonable...este...y para nosotros uno lo toma...o sea...no podes tomarlo de otra manera como un no reconocimiento.

E: Sí

N: Entonces el obstáculo...el reconocimiento, uno no lo quiere para que me den un diploma ni un abrazo, medalla y beso, el reconocimiento es para que me permitan trabajar en las condiciones razonables...o sea...vos podes ver en el hospital como lugares que obviamente están muy reconocidos porque brilla todo en su espacio físico, y otros como esto, vos miras esta oficina y bueno...te das cuenta donde estamos ahora...obstáculos es según el reconocimiento institucional, que es lo que nos va articular el trabajo, nos va a facilitar el trabajo...este...que no...fuera, tuvimos al contrario, mucho reconocimiento, mucho...porque nosotros hemos salido a comunicar toda nuestra modalidad de trabajo en toda oportunidad que tuvimos y en los ámbitos médicos, ¿eh?, o sea...se que las chicas han ido a las del servicio social, a las jornadas y todo eso, pero hemos llevado, mismo Beatriz

ha presentado en el congreso de medicina respiratoria de los especialistas y se han presentado trabajos, o sea que, este...afuera siempre tuvimos reconocimiento, en la red de tbc siempre estuvo nuestra existencia, nosotros nos presentamos en la red, con todo nuestro trabajo de presentación que ya estaba casi...institucionalizado y llevamos nuestra historia clínica que la elaboramos nuestro propio instrumento y lo llevamos como un modelo...como una propuesta de modelo para estudiar los focos a los demás hospitales, hubo gente que se interesó...o sea...acá vino gente a preguntar en dos oportunidades de dos hospitales distintos a preguntarnos como podían organizarse, digamos, eso nos interesa mucho...yo toda oportunidad que tenemos de comunicar lo que hacemos nos parece valioso. Digamos la experiencia en todos estos años con las dificultades que hubo me parece que fue buena y que es algo comunicable, incluso es comunicable con sus obstáculos y con sus errores.....sí.

E: Sí....

N: Este...pero obstáculos....eh...pero insisto, con el no reconocimiento institucional viene todo lo demás...yo en una época estaba pidiendo un administrativo, mira vos, yo ahora estoy pidiendo un médico para el equipo...este...o sea con un administrativo...porque nosotros no estamos cumpliendo con varios requisitos que son formales, como notificación de casos....se notifica el caso...pero yo antes llevaba un registro, no tenemos base de datos de la quimio profilaxis de los contactos de todo...las altas, de todo, de todo un trabajo administrativo muy interesante que después sirve para hacer un análisis...para saber lo que uno está haciendo, y bueno, no se supo sostener todo eso...la presentación de trabajos...nos habíamos prepuesto todos los años presentar un trabajo de comunicación de la labor, presentar un trabajo requiere revisar todo, hacer cálculos, o sea, era cuali y cuantitativo el trabajo, y...bueno...no lo pudimos hacer más...o sea...vas perdiendo algunas cosas...el obstáculo es el deterioro progresivo de la labor. Lo que nunca se afectó es la modalidad del trabajo, en cuanto a que el objetivo nuestro es un objetivo constituyente del grupo, que es este...la atención, bueno, no vamos a ponerlo que sabemos que es obligatorio....atender adecuadamente, en tiempo y forma...y respetando los derechos...

E: Respetando los derechos del paciente.

N: Eso ni se menciona, pero lo que sí tratamos de facilitar siempre es la accesibilidad. Nosotros sabemos que en tbc un tema clave, crítico es el cumplimiento, la adherencia, el cumplimiento del tto, por eso trabajamos muy mancomunadamente con servicio social, porque servicio social para los médicos neumonólogos siempre era el servicio que tenía que rescatar a los pacientes que no cumplían, a los abandonicos.

E: Ajá

N: Entonces bueno, nosotros revertimos un poco este concepto y lo que nosotros hacemos es trabajar preventivamente para que el paciente no abandone y obviamente optimizar los mecanismos para comunicarse con el paciente si deja de venir....este...y nos centramos en

favorecer la accesibilidad al máximo y trabajamos en establecer un vínculo con el paciente de empatía suficiente como para que esa alianza terapéutica, como la llamamos alguna vez, sea un acompañamiento o sostén para que el paciente pueda llevar a término su tto, o sea, ir con el paciente, este...y bueno...eso no se ha perdido nunca, nunca lo perdimos ni nunca lo vamos a perder, en ningún caso lo vamos a perder, con todos los obstáculos mientras sigamos atendiendo. El año pasado tuvimos una crisis porque la Dra. me dijo “no vengo más a contactos” porque la verdad las condiciones eran indignas, ya no tenemos reemplazo. Nunca habíamos dejado de atender, siempre nos cubríamos, que se yo, pero llegó un momento que quedamos las dos una está un día una otro día...llegó un momento que Ana tomó sus vacaciones...se baja la persiana un día. Tratamos de no tomarnos juntas, ¿no?...y bueno...se atiende o lunes o miércoles cuando una está de vacaciones. Ya no tenemos reemplazo, me entiendes, entonces, nos estiramos, nos estiramos, tratamos de sostener la demanda...que por ahí se deteriore en la calidad con los tiempos y todo eso...pero...lo que se mantiene siempre es el...espíritu...la ideología con la que se constituyó inicialmente. Entonces el paciente es una persona con derechos a información y accesibilidad y tiempo...y tiempo.

Yo personalmente para mí es clave, en todo lo que yo he presentado de este y otros temas...si el médico no cambia...digo el médico, porque las trabajadoras sociales manejan otros tiempos, pero los médicos estamos siempre apurados, entonces sino pegamos un giro de 180° en eso...no hay caso...de que hay cuestiones a las que hay que dedicarles tiempo...un inicio del tratamiento de tbc puede durar una hora...hablando con la familia...

E: Sí...

N: Es un espacio...pero para eso le tenes que dar un espacio...una mañana, vos sabes, y eso no es fácil sostenerlo pero bueno...por ahora lo estamos sosteniendo...

E: Ajá...eh...

N: Cortame...

E: No...va, porque a lo mejor me resuelves otra cosa...

N: Pero interrumpime...

E: ¿Qué funciones cumples dentro del equipo?

N: Eh...yo entré como médica neumonóloga...y después cuando pasé...es...la cuestión es siempre la misma...digamos...soy una referente por tener la especialidad, soy una referente porque soy médica de adultos, creo que la función es esa, médica de adultos. Tenemos médica pediatra, la Dra. Giuffrè ella hizo una capacitación en tbc, con la que es nuestro referente...con el servicio que es nuestro referente, en pediatría, el hospital de

niños de el Gutiérrez. Entonces la Dra. se capacitó con la directora de neumo de este, con una capacitación de tbc infantil, digamos, ella también tiene su capacitación.

Entonces la función específica es...ahora que quedamos nosotras dos, yo soy la médica de adultos y yo soy la médica de niños....

E: y dentro del equipo...articulaciones....

N: No, tenemos...en algún momento nos hacíamos cargo...éramos más formales...había una coordinación, decidimos que la coordinación sería rotativa, así que todas nos íbamos turnando de estar un año una cosa así en la coordinación...yo cuando estuve en la coordinación a mí lo que más me interesaba, yo soy bastante obsesiva...por eso a mí me desgasta, me siento mal con esto de no tener el apoyo de los datos, esa información. Pero yo elaboré todas las bases de datos que tuvimos mucho tiempo...viste...con todos los datos de los pacientes, todos los datos de los pacientes. Este...porque sistemáticamente eso sí es una virtud de la formación médica...tener todo...cuantificado...para hacer un análisis...

E: Para hacer un análisis de la información.

N: objetivo, de donde uno está parado. Mi formación en las salas fue eso...toda la vida hicimos eso...la computadora te ayuda muchísimo, antes lo hacíamos a mano....hay que cargar los datos.

E: En el consultorio se sigue haciendo a mano....

N: No, no, en contactos lo hacíamos en la compu, lo que pasa...nada...yo traje una compu de mi casa que después la abandonamos en la mudanza, después se rompió y no trajimos otra...

E: Ah, el Excel famoso donde cargáis los...

N: claro, la base de datos...te sirve para todos los grupos de contactos, para las quimio profilaxis, o sea, cuando estaba en la coordinación me gustaba eso...tener al día los datos y coordinar...eh...en realidad coordinación la tenía...casi siempre estuvo a cargo de las trabajadoras sociales, son las que nos iban tironeando...María fundamentalmente, para cumplir...con actas...hacíamos ateneos...tengo las actas de las reuniones...la discusión de casos. Sin la discusión de casos no se puede avanzar. Ahora estamos respondiendo a la demanda, la verdad, solamente...

E: No queda tiempo....

N: Pero funcionando bien...este...con reuniones de equipo....se podría, pero precisamos 2 personas más por lo menos.

E: ¿Cuál es la caracterización que haces del sistema de salud en relación al trabajo que se hace dentro del equipo? Como crees que apoya u obstaculiza, o ¿Cuál es tu visión del sistema de salud en el que estáis inscriptas?

N: Mi visión es tremendamente pesimista, yo soy una persona tremendamente optimista, aunque no lo exprese, digamos, con gran sonrisa... Pero soy optimista, más que nada en base a lo que uno siempre tiene que intentar seguir mejorando... Pero la visión del sistema es de lo peor, porque... un poco por todo lo que ya te mencioné, pero particularmente en tbc, yo que hago epidemiología, aquí en el servicio siempre tuve la coordinación de epidemiología, entonces, sé como se manejan las distintas patologías, como se atribuye carga de recursos, digamos. Y la tbc, yo sé por estos 25 años trabajando en la Ciudad de Buenos Aires, que la tbc no solo la ignoran, sino de ser posible quisieran desaparecerla del mapa por decreto, a ver... como que molesta parecería. Porque fijate vos, este hospital era todo de tbc. Obviamente la evolución de la enfermedad y de las características sociales y del tipo de abordaje de la enfermedad hacía que no fuera necesario que haya un hospital monovalente y además que la tbc ya no requiere internación salvo en determinados casos. Pero se olvidaron de salvo en determinados casos, porque cerraron... no existe ya en la ciudad, esta sala que se cerró acá en este hospital fue la última sala acá en la Ciudad de Buenos Aires para tbc y eran 12 camas.

E: ¿En el Muñiz no hay?

N: En el Muñiz hay una sala hay una sala de internación pero está muy, digamos, a ver... ocupada con pacientes co infectados con HIV, entonces tambien tiene su tema... no es una sala para tbc. Yo sé que hay gente que sostiene que no tiene que haber sala para tbc, lo que pasa... de hecho acá se internan desde que está cerrada esta sala, no creo que la vayan a abrir nunca más... de hecho en clínica médica se interna tbc, eso significa que bloqueas una sala de 3 o 4 camas porque tenés que dejar al paciente solo... y bloqueas esas camas, o sea, no hay un razonamiento lógico del manejo de la enfermedad cuando requiere internación. Este año tuvimos como 3 meningitis tuberculosas, o sea, hay funcionarios, altos funcionarios, en todos los niveles que creen, que siguen pensando como el común de la gente que cree que la tbc es una enfermedad del pasado. Entonces no toman los recaudos básicos de planificación sanitaria, xq sino a nadie se le ocurriría cerrar una sala de tbc... entonces... este... el panorama yo lo veo ominoso porque no hay ninguna voluntad de ocuparse y ni hablar del sistema de... esto es muy largo, no quisiera entrar en estas cuestiones, pero, digamos, la red de tbc es la que maneja la atención de la enfermedad, es muy eficiente en la...

E: ¿La red de médicos?

N: Sí, la red de médicos. Es muy eficiente en la procuración de la medicación, que en general salvo en faltantes así aislados la medicación siempre estuvo asegurada. En nación también, eh? Ellos trabajan para asegurar la notificación, que los médicos cumplamos con

la notificación, este...pero nunca se ha analizado un redireccionamiento de los recursos en relación a la incidencia de la enfermedad por zonas.

E: Ajá...

N: me entiendes, porque ellos enfatizan mucho...lo han expresado, no estoy diciendo nada que no haya dicho el jefe del programa de tbc.

E: Sancinetto

N: Enfatiza el tema de las cargas, de la procedencia de personas de la comunidad boliviana o peruana en la tbc. Está centrado en eso, y al no salir de eso no lo puede abordar en la dimensión que corresponde, digamos, de ver. Porque él mismo señala que en el hospital Piñero hay una tasa de cifras de...mayores de 100 x 100.000/hab y en otras zona zonas no. A ver...si yo, lo primero que tengo que hacer es redireccionar recursos, en un lugar tengo 100 casos y en el otro tengo 1.....bueno.....redireccionar recursos.

Recursos es todo, médicos y trabajadores sociales, o sea yo siempre la concibo la tbc en equipo, no la concibo que no se aborde en equipo, no podría trabajar en tbc si no es relación con t.s. Y bueno, esto no se hace.....o sea, porque no hay voluntad de hacerlo.

E: Porque hay como una traba....

N: Sí, total...no hay voluntad de hacerlo. Si cerras salas, no direccionas recursos, no analizas donde tenes que...Si el problema está focalizado en una zona...o sea todo....ya hace años, 15 años que la epidemiología se maneja con georreferenciamiento, en base a ver cuáles son las zonas más críticas, donde están los peores indicadores. Si de algo me sirve a mí la medicina dura, la del número s es para usar esos números para tomar decisiones. Si ya tengo identificado que esta zona, bueno a ver que hago....

E: Sí

N: Son muchos años, para mí el panorama....Y a nivel nacional también, no te hago la crítica sólo de ciudad, a nivel nacional también.....Yo tuve un debate que después me enteré que subió y que se armó un lío bárbaro con la jefa del programa de nación en ese momento....Del congresos de especialistas, ella va y presenta todo el panorama de tbc y muestra el mapa, un mapa como este, donde siempre está en rojo, desde que tengo uso de razón el norte. Salta, Jujuy, Chaco, Formosa y el Cono urbano bonaerense. Este mapa lo vemos hace 20 años, seguir mirando el mapa de qué nos sirve....si no hay.....Me dijo, bueno, el federalismo no permite que uno intervenga a nivel nacional.....Le digo, pero la nación lo que tiene que declarar es la emergencia en esas zonas. La emergencia sanitaria respecto a tbc. No es una intervención en una provincia, es una decisión en base a las estadísticas. No hubo caso, se sigue....y esto habrá sido ya hace unos cuantos años que se sigue viendo ese mapa que es el mismo. Ese mapa no va a cambiar hasta que no haya una decisión política de cambiarlo. Esto está en relación con necesidades básicas insatisfechas.

Y en todos los lugares donde está la tbc en rojo es lo mismo....indicadores....y acá en ciudad por ejemplo tenemos un muy buen análisis estadístico del departamento de epidemiología del que nosotros dependemos, este servicio depende del ministerio. Ellos hacen un análisis de situación de salud que es excelente....este....lo hacemos todos, porque lo hacen con los datos que aportamos nosotros, ¿no? Pero ellos consolidan la información y tienen un equipo de residentes que elaboran el análisis de situación. Y ellos hacen el análisis de tbc desde un punto de vista, georreferenciando con....eh....necesidades básicas insatisfechas. Entonces se está haciendo un análisis de la tbc en relación a inequidades en salud. Y en todo el análisis tienen un capítulo especial para tbc porque es la primera causa de muerte en la ciudad de Buenos Aires evitable, por enfermedad infecciosa, antes que el SIDA.

Entonces ellos hacen un análisis muy minucioso de tbc y en ninguna parte de todo ese análisis registran de qué nacionalidad es la persona. ¿Entendes?

E: Sí.

N: Ese es un análisis científico. Y con ese análisis las autoridades...Porque el análisis de situación de salud es una herramienta epidemiológica para que los funcionarios tomen decisiones.

E: Y no.....

N: Está ahí, está en Internet, lo tengo yo impreso....está en un libro, de ahí saqué este....

E: Pero no se hace nada....

N: Entonces, su respuesta, si me constriño un poco a tu pregunta el panorama es patético.

E: Desalentador también ¿no?

N: No, desalentador no porque....o sea a mí a esta altura no me lograron desalentar en 25 años, no lo van a lograr, yo sigo haciendo la mía. Yo para mí, yo cambio el mundo con cada paciente que atiendo.

E: Sí.

N: Con todas las adversidades que a mí me pueden tirar, sigo trabajando en estas condiciones. Hay otros que deciden que no, que una manera de reclamar activamente sería no atender más. A mí me dijeron, "bueno cerrá, no atiendas más". Y el paciente que culpa tiene. Igual aunque deje de atender no se van a enterar, si no te escuchan.

E: Hablando de este mapa, ¿tú crees que podrías hacer una caracterización de la persona que padece tbc?

N: No es casual, no es casual, es imposible derribar los estigmas que hay sobre tbc cuando hay toda una cosa que sigue reforzando todos esos prejuicios, todos esos estereotipos. Y

después al paciente que vos le decís que tiene tbc le cae todo eso encima. Le cae toda una condena social implícita. ¿Me entendés?

E: Ajá...

N: Desde funcionarios que no quieren ocuparse de su enfermedad, hasta la gente que tiene temor de haber sido contagiada. Digamos cada uno con su argumento de forma muy subliminal o muy directa terminan afectando a la persona que padece tbc. Nosotros vemos a la persona como un cúmulo de todas las cosas que le han tirado encima. La tbc es una enfermedad como cualquier otra. Yo lo hice toda la vida esto, es el día de hoy que no puedo creer...bueno, no sé cuando me pase a mí cuando la tenga, si la tengo yo alguna vez, no sé que me va a pasar, pero...Genera una cosa....Te digo la paciente que más me shokó, con una bebé en brazos, así horquetada acá, así nerviosa, como desencajada porque recién le habían dicho que tenía tbc y estuvimos tratando de tranquilizar, viste que nosotras le hablamos. Decía “esto es tremendo, porqué me pasa a mí”. Estaba angustiadísima por el diagnóstico de tbc, “prefiero que me hubieran dicho que tenía cáncer”. Viste...pero bueno es real....Andá a saber qué sentía respecto de la tbc...Sentía todo eso que tira, toda esa cosa de inoperancia que hay en torno a la enfermedad.

El paciente trae todo eso y nosotros lo que hacemos es con paciencia y con tiempo. Nos tomamos tiempo para desarmarle, explicarle, darle información, mucha información...información...información...abrirle a la posibilidad de que pregunte todo lo que quiera. El paciente no se va sin que le digamos “¿Tiene alguna duda o alguna pregunta? Si no piénselo y la próxima lo trae”. Estoy convencida de que hay que darle información, a mí no me molesta que la paciente me diga “yo leí en Internet”, hay médicos que se enloquecen cuando les dicen eso. Bueno, se interesó y leyó, quién no lee en Internet hoy en día. Y bueno le decís si eso es correcto, no es correcto... De hecho una persona que lee en Internet sobre la enfermedad que padece, por lo menos demuestra interés.

Así que con información, el tema es ese, desarticular todos los prejuicios y estereotipos que padecen los pacientes a parte de la enfermedad. A mí me gratifica mucho...

E: ¿Crees que existen características generales que pueden definir a la población que padece tbc? Por eso hablábamos de las zonas geográficas, Piñero...Cono urbano....

N: No, no, para nada, no porque incluso dentro de grupos identificados culturalmente...hay grupos que se pueden identificar culturalmente...me ha pasado a mí, vos sabes que yo atendí en Formosa...Es muy personal, hay gente que se lo toma de una manera, gente que se lo toma de otra...Todos se preocupan porque bueno, es una cantidad de medicamentos que tienen que tienen que tomar durante mucho tiempo...

E: Me refiero a las personas que la padecen, o sea, que hay más riesgo de contagio en según que población....o para todo el mundo es igual...

N: Ah... creí que era como se la tomaban....

Más riesgo en uno que otro....buenos sí, hay mas riesgo en un uno que en otro...

E: Te pregunto porque no todo el mundo piensa igual...

N: Sí, sí, sí, hay factores predisponentes, que están en relación con lo que te dije. Con la alimentación, con el hacinamiento. Eso es indiscutible. Un lugar que es un solo ambiente y viven varias personas separadas por cortinas hay más riesgo de padecerla. Nosotros tenemos muchos casos de familias, en la familia que más tuvimos fueron 13 casos.

E: 13 casos de tbc en la misma familia....es un montón...

N: En muchos años, en muchos años...Esas familias ensambladas que son 4 o 5 grupos familiares viviendo en un mismo previo, en distintas casas...pero bueno evidentemente....

Nosotros hicimos un trabajo que era muy interesante que yo no lo pude validar con estadísticas nuestras, bio estadísticas. Pero bueno muy interesante porque analizamos la línea de transmisión y había muy pocos cónyuges....Primero las edades, eran jóvenes que es lo que está descrito en todo el mundo....este....y como una línea de transmisión descendente o lateral. Descendente de mayores hacia menores pero casi nunca de menores a mayores....de hijos a padres o a abuelos. Y lateral en el sentido de hermanos y primos. Hermanos y primos como que se re contagian, está en relación con el....trato...

E: Claro de pasar mucho tiempo juntos.

N: Y en relación a este trabajo, nadie en el congreso podía creer que cónyuges se contagiaban muy pocos. Vos fijate, cada tanto nos cae algún cónyuge, pero son muy pocos.

Pero bueno, a ver...hay todo un capítulo en la bio medicina que son los factores de riesgo. No hay que usar los factores de riesgo como un factor estigmatizante más, pero hay que tener en cuenta lo que está demostrado el hacinamiento, la alimentación, ciertos tratamientos inmunosupresores. Ciertamente hay un tratamiento inmunosupresor que tiene una alta incidencia de tbc. Pero bueno, hay distintos grupos de riesgo. Pero no en relación a cuestiones ni culturales, ni de procedencia....De hecho e tema de los bolivianos y peruanos...

E: Es un tema muy hablado...

N: Pero muy poco analizado, o sea, ni hay que ocultarlo, ni hay que sobrestimarlos. Está reconocido que Bolivia ha tenido tasas muy altas, digo ha tenido xq después las fue disminuyendo, porque hubo una intervención de la OPS, de OMS fuerte. Vos ves que los pacientes vienen con información con tratamientos completos y todo eso....Pero tenían déficit en el sistema de salud pública, eso se fue regularizando....¿Me entiendes?....Pero a ver yo leo mucho a un autor chileno que me gusta, Victorino Farga, que es un tipo que sabe

una barbaridad, y el lo que pones es. El trabaja con alguien de la Universidad de Barcelona, ahora no me sale el nombre....

E: En Barcelona hay índices elevados de tbc también.

N: Sí, sí...y el lo que dice es: siempre las migraciones traen aparejadas... y las grandes ciudades, es un problema que no entienden, o sea, si vos te vas a centrar en conceptos que son más que discriminatorios y xenófobos te quedás en eso. Pero está descripto en todas las grandes ciudades del mundo hay mayor incidencia. Precisamente por el flujo migratorio. Pero la solución no es poner una placa de RX en la frontera para que todo el mundo se....a ver, Victorino Farga lo que dice es “lo mejor que hay que hacer con la tbc en migrantes es facilitar al máximo el acceso a la atención”.

Hacé lo que te corresponda hacer en tu lugar de trabajo, después si el Estado quiere generar un convenio....podés promocionar algo de eso, pero si cada uno en su lugar de trabajo atiende lo más accesiblemente....

E: Después, algo que creo que el concepto, o el “fantasma” dentro del estudio de la tbc es el concepto de adherencia, de interrupción de tratamiento.....Cuáles crees que son las causas de que cuando se hable de tbc siempre se hable de esto?

N: Responder científicamente a eso, hablo de la medicina científica y también hablo de la antropológica, que es otra disciplina por la que estoy ahí....Si tomamos los datos de la medicina científica no hay ningún estudio. O sea, cuando los médicos neumonólogos evaluamos los abandonos y factores de abandono, vos tomas un estudio y vas a ver factores de riesgo, variables...lo podés analizar por edad, por sexo, nacionalidad, por todo lo que se te ocurra, por alcoholismo, por privación de libertad....no hay ninguna variable y a mi me parece que siempre se hay que analizar multivariadamente un problema de salud. Todas las variables que se analizan son referidas a los pacientes, no hay absolutamente ningún trabajo que analice los abandonos de tratamiento según variables del equipo de salud. O sea qué cantidad de profesionales, qué cantidad de t.s., si faltó medicamento o no, cuanto rechazo a la demanda hubo, cuantas veces el paciente fue y no tuvo un médico ni una t.s. que lo atienda....eh....o sea, todo lo que sería rechazo a la demanda. A ver....cualquier persona que se siente más o menos bien, los que están graves sí van y se quedan ahí hasta que alguien se....Pero hay mucho rechazo a la demanda en todos lados en general, acá, en el cono urbano, en cualquier parte....

Y bueno, no te puedo decir cuanto más de un lado o del otro, pero si no hay estudios que analicen eso, ya a mí, viste....me genera....me parece que estamos mirando mal el problema del abandono. Porque siempre lo estamos mirando al paciente, porque el abandono ya de por sí es “el paciente me abandonó” y yo qué hice para que el paciente se mantenga en el sistema y continúe el tratamiento y todo eso...Y nunca...y lo he buscado, ¿eh? Porque me interesa el tema y no hay trabajos que lo relacionen con ningún

determinante del equipo de salud. Del equipo local, de lo macro, de...El abandono...a ver....

E: Habría que pensarlo de manera integral....

N: Multivariable....a ver, esto no es, esto parte de un concepto viejo que ni se habla del tema....de una cuestión médica....a ver yo te diagnostico, te doy un tratamiento y vos lo único que tenes que hacer es cumplirlo. Si vos no lo cumplís yo empiezo a analizar cuáles son las causas por las que vos no cumpliste el tratamiento. Y bueno si todos los análisis parten de eso no vas a encontrar causas verdaderas, vas a encontrar causas que quieras buscar.

E: Y con respecto a esto que alternativas crees que se podrían implementar...

N: Y volvemos al panorama pesimista. La alternativa, cuando algunos hablábamos del equipo de salud. Siempre que fuimos a sala siempre salíamos una t.s. y una médica. Pero siempre que nos preguntan como podemos hacer es eso. Yo no concibo el abordaje de la tbc si no es en equipo con la interdisciplinar, porque sola ningún médico puede....Cuando yo le cuento esto a un médico me dice” y en qué momento lo haces” porque estamos siempre corriendo....Bueno, nos organizamos como podemos y en equipo. Uds. tienen a lo mejor más información sobre ciertos aspectos de los pacientes, este....Nosotros creo que hemos logrado algo que está muy discutido en las ciencias sociales y en medicina para nada, no se habla de eso. Pero nosotras yo creo que hemos logrado la transdisciplina. Yo me siento medio trabajadora social, hemos logrado la transdisciplina real en este equipo y no interdisciplinar. Y no por el hecho de que las hago mirar radiografías....es una nota de color. Pero bueno, yo creo hemos sido atravesadas transdisciplinarmente. María se mete en los temas médicos pero....ancha, como pancho por su casa y con todo derecho, totalmente como debe ser.

E: Entonces crees que la alternativa es la intervención transdisciplinar....

N: Totalmente. Es muy difícil, ni siquiera es algo que se puede proponer. Uno lo puede contar y te pueden mirar como se está mandando la parte... Yo comunico lo que hemos logrado....Hay algo que tuvimos una suerte de confusión en un momento dado de que....La verdad es que compartimos ideológicamente una forma de atender y eso no es fácil y no tenemos mezquindades de ningún tipo....viste....sin eso es muy difícil....Trabajo, por lo menos me conformaría interdisciplinar.....

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL HTAL TORNÚ EQUIPO DE CONTACTOS

E: ¿A qué disciplina perteneces?

TS: Soy trabajadora Social

E: ¿Cuánto tiempo llevas participando del equipo de contactos?

TS: 5 años.

E: ¿Cómo llegaste al equipo de contactos?

TS: Porque en realidad ingresé por concurso al Htal Tornú, al servicio social, y el cargo que se concursaba era el de Beatriz Piziani que hacía 20 años que estaba en el área de neumotisiología en la parte de tbc y hacía desde el 2003 que ya venía trabajando y fue una de las fundadoras del equipo de contactos. Me propuso, si bien yo entraba en el área de servicios sociales, a ver si estaba interesada en el área de neumotisiología y la verdad es que sí, me gustaba y además me gustaba también ingresar a un proyecto que ya venía funcionando. Estaba bueno eso, por las referencias que tenía del equipo, y también por la historia que tiene el hospital que está bueno, bueno a mí me interesaba. Después me enteré

que la gente que estaba en este htal había dejado la tbc de lado y hacía otras cuestiones y así ingresé.

E: ¿Por qué un equipo interdisciplinar para intervenir en tbc?

TS: Por la complejidad que tiene la problemática, la tbc si bien es una enfermedad más, es una infectocontagiosa que, como que irrumpe no solo en la vida de la persona que la padece sino en los contactos que generalmente son la familia, si la persona estudia los compañeros de estudios, de trabajo y...modifica digamos la vida cotidiana de las personas. Y además de eso, en el equipo me parece interesante trabajar porque se trabaja desde una perspectiva integral de la persona y no sólo teniendo en cuenta una enfermedad.

E: Dentro de las disciplinas que hay en el equipo t.s., neumo, pediatría y enfermería, ¿consideras necesaria alguna otra disciplina?

TS: Psicología, psicología y tuvimos un par de experiencias que convocamos a compañeros del htal. La verdad es que fue muy difícil trabajar con el servicio de salud mental de acá....Lo que después se logró, porque veíamos que de verdad era una necesidad y queríamos que alguien participe, ¿no? , del consultorio, en la consulta interdisciplinaria. Lo que se logró, porque que participen era imposible, por cuestiones de tiempo, por cuestiones de disponibilidad. Es como tener algunas referencias a la hora de hacer admisiones...que nos reserven turnos....Pero la verdad es que como que no se pudo sostener en el tiempo y hubo como hasta diferencias de criterios....y no sé...cuando les invitábamos a las reuniones de equipo y no sé, en vez de trabajar sobre situaciones de los pacientes que les derivábamos o abordar...es como que analizaban al equipo de contactos. Era como..."no xq en realidad nos derivaron a esa paciente xq Uds. En realidad son los que están angustiados y no la paciente..." Viste cuando decís....Parecía además como si nosotras no tuviéramos criterios a la hora de derivar....

E: Criterio profesional...

TS: Sí. Y después tuvimos otra experiencia con la gente de bacteriología que fue muy interesante. Vinieron las compañeras de laboratorio, que son las que hacen las baciloscopias que les derivamos nosotras. Y la verdad es que estuvo súper interesante porque la verdad es que ellas querían, ellas pidieron participar. Y el intercambio que se daba, la verdad que ellas planteaban queremos ver a las personas, xq siempre estamos viendo una muestra que Uds. Derivan y queremos ver que hay detrás de eso. Digamos y cuando en las entrevistas surgieron todas estas cosas de la situación familiar y personal, es como que ellas se involucraban más en la tarea y después de 5 años, yo nunca había ido. Fuimos con Matías y María Jesús al laboratorio, y nos mostraron ellas a nosotras, xq yo nunca había ido....Matías siempre me decía "tenemos que ir a bacterio, te voy a mostrar como se ve el bacilo en el mricoscopio ".....como ver la otra parte, fue sumamente interesante.....

Y ellas nos contaron como se hacia el estudio, nos mostraron como se veía el germen...cuanto tarda en reproducirse, como es diferente al de la gripe...viste cuando....puedes ver un montón de cosas....Pero bueno, las chicas no pueden estar por ahí permanentemente, pero para algunas actividades está bueno que estén....

E: ¿Cuáles crees que pueden ser los facilitadores de un trabajo interdisciplinar en TBC?, ¿Qué facilitadores ves en el trabajo interdisciplinar?

TS: A...ver...***Primero ya de por sí, no trabajar sola creo que ya es un facilitador ...Tener un equipo para abordar las problemáticas complejas que se ven en el consultorio ya de por sí es un facilitador.*** No es lo mismo...como en otras áreas...no sé...trabajas en abuso sexual infantil...y...la verdad es que trabajar sola...Por más que cada uno se ocupe de una partecita, no...no es lo mismo que haya un equipo con otra gente con la que puedas pensar estrategias y como abordar otras cuestiones me parece que es fundamental, no sé...no me veo trabajando sola en esa área.

Por ahí, no sé, yo en la sala lo vivo más como un trabajo solitario, tampoco me gusta, no sé, no me agrada. Me parece que dificulta el trabajo....

Facilitadores.....bueno a ver, previo al equipo ya hay acuerdos institucionales previos de funcionamiento que son facilitadores para el abordaje de la temática.....Por ejemplo, que haya, una neumo, una pediatra, una ts. ...facilita...digamos....en la intervención profesional y también....en la intervención con el otro.

Para el trabajo social, la accesibilidad es una cosa que trabajamos...en eso también facilita, se entiende...

E: ¿Y obstáculos?

TS: No por ahí obstáculos del trabajo interdisciplinario en sí, porque la verdad es que no sé, no encuentro tantos obstáculos en el trabajo interdisciplinario. Lo que sí veo es que a veces hay obstáculos que dificultan el trabajo interdisciplinario...por ejemplo los tiempos. Que uno no puede dedicarse por ahí, es tanta la gente que viene, que te dedicas a la asistencia y te descuidas otros espacios que son tan importantes como la asistencia.

Y a veces también lo que veo, es que a veces desde las diferentes disciplinas...si bien acordamos que era importante esto de reunirnos, tener ateneos...tener reuniones de equipo...eh...se prioriza siempre la asistencia...que está bien por un lado...a ver...la gente viene a atenderse y la tenes que atender. Yo no digo que no...pero...también es parte de la atención reunirnos como equipo y pensar algunas cuestiones....por que si no....

Se ha dado en algunos momentos xq el equipo se ha conformado....no siempre fuimos las mismas...y algunas personas han pasado por el equipo y se fueron, si bien Ana, Lili son fundadoras junto con Bea...Después bueno ingresé yo, después estuvo Matías, otros médicos...Y a veces, cuestiones de criterio médico, que no sé, la gente venía un lunes le atendía un médico le decía una cosa, venía un miércoles le atendía otro médico le decía otra cosa...como equipo eso no está bueno.

Eso no vendría a ser un obstaculizador en lo que sería el abordaje interdisciplinario, sino que vendría a ser un obstáculo para trabajar interdisciplinariamente.

E: ¿Cu cuáles son tus funciones dentro del equipo?

TS: En realidad yo estoy, por un lado en el equipo de contactos donde trabajamos lunes y miércoles, una consulta conjunta, junto a una pediatra y a una neumóloga. En un primer

momento éramos 3 profesionales atendiendo la consulta. Después, bueno, en el equipo éramos 5, 1 se jubiló, otra se fue, quedamos 3. En 2 días de atención tuvimos que dividirnos xq no podían las 2 médicas los 2 días... ***Entonces atiendo, el lunes con la pediatra y el miércoles con la neuromo. Lo cual hace que muchas veces yo sea como el nexo por esta cuestión de falta de reuniones de equipo, por esta cuestión de que yo estoy los dos días...muchas veces...***No es mi función, pero es lo que hago normalmente y la información la comparto con las compañeras.

En el equipo de contactos vemos a las familias de las personas que están en tratamiento por TBC...digamos primero se hace una consulta en la que se preguntan sobre síntomas...se ve todo el tema clínico, se le piden todos los estudios (rx y ppd) y bueno una vez que vienen se evalúa si alguno tiene que hacer prevención o no...y yo como t.s. Siempre abro un poco más el juego a preguntar cuestiones más vinculadas, no con lo biológico...igualmente no sólo yo, xq muchas veces esto lo hacen también mis compañeras. No soy sólo yo la que tengo esta mirada, se comparte, pero...por ahí yo estoy más atenta, por ahí ellas están registrando que la ppd, que si la rx...que si se olvidaron de alguien y por ahí yo estoy más atenta al tema más de la vida cotidiana de la persona. Preguntando un poquito más acerca del trabajo, acerca de la familia, acerca de la escuela. Si hay algún chico, como es infanto juvenil el consultorio, donde también atendemos a niños y adolescentes de 0 a 18 años. Si hay algún chico que va a la escuela yo soy la que me ocupo de...escuelas o por ahí geriátricos, no sé, instituciones en general soy la que hago más la vinculación y el trabajo inter institucional. También desde el equipo de contactos hemos ido a las instituciones como equipo, ¿eh? A dar charlas de prevención de difusión de la enfermedad, cuando surge alguna situación...Como función también yo estoy muy metida en el tema de prevención y promoción. Lo hemos hecho en actividades en la sala de espera, dando charlas....

Y después, bueno yo estoy en el consultorio de adultos de neumotisiología y trabajo con todos los pacientes, intento trabajar con todos los pacientes que inician el tratamiento de TBC. Y ahí trabajo con el Dr. Matías Escafati, en entrevistas en conjunto, a veces no. Y después intento tener una entrevista social con cada una de las personas que inician el tratamiento y ahí también trabajo un poco el tema de...digamos de cuestiones sociales, de factores que por ahí inciden en lo que es la adherencia al tratamiento...evaluando algunas cuestiones vinculadas a la vulnerabilidad social de las personas que llegan a la consulta. Viendo desde el servicio social y con las políticas públicas con las que se cuenta ver lo que se puede hacer. Asesorando sobre programas sociales, sobre el subsidio para personas con TBC de provincia de Bs.As. Y después también una de mis funciones que ya está como por fuera del hospital, pero bueno, que es parte también de mi trabajo es la participación de la red de trabajadoras sociales que intervienen en TBC. Que de ahí también ahora que estoy hablando de políticas públicas también se intenta tener una injerencia en lo que es el desarrollo de políticas públicas, exigiendo al Estado mayor presencia, tratando de que la enfermedad esté en la agenda pública. Articulando entre efectores de salud de la ciudad y de la provincia de Buenos Aires.

E: ¿Cómo entiendes la enfermedad?

TS: Y la enfermedad yo la entiendo...con lo que se trabaja de las personas en tratamiento, ¿no? Que es una enfermedad más...pero por otro lado no es una enfermedad más, es una enfermedad social que está vinculada con las condiciones de vida de las personas, con la vulnerabilidad social...Que si bien todos podemos tener TBC, y es algo que uno dice porque de verdad todos como seres humanos podemos tener...eh...no enfermamos todos de TBC. Está vinculado con las condiciones, con la alimentación, con el trabajo, está vinculado...sí...con la explotación laboral...con el tema de trabajo ilegal...por lo menos lo que se ve desde este Htal en el área programática donde estamos, ¿no? Es un área donde hay talleres clandestinos de costura, sí, está vinculado a lo mejor con estrés, con las bajas defensas. Sí, lo veo así, como una enfermedad social, no como una enfermedad solo de...biologicista

E: ¿Puedes elaborar una caracterización de las personas que atiendes en el consultorio?

TS: Te mandé el informe....

E: Jajá jajá...sí, tengo el informe.

TS: Jajajaja...sí, la mayoría de las personas que atendemos son hombres....tengo los números...Es un poquito más de la mitad de los pacientes que atendemos son hombres, la mayoría se encuentran insertos en el mercado informal de trabajo. Este htal, digamos, como tiene mucha historia en lo que es TBC viene gente de todos lados. Del área programática no vienen muchos pacientes, la mayoría vienen de otras áreas programáticas de otros htals de CABA y muchas personas también vienen de provincia de Buenos Aires que por ahí ya han pasado por diferentes efectores y terminan acá. Pero bueno, este htal siempre fue referencia en la temática de TBC. En sus inicios nació para atender a personas con TBC.

E: ¿Crees que es el motivo por la que viene gente de otros lados a atenderse aquí?

TS: Creo que ese es uno de los motivos...otro es que el sistema de salud en provincia de Buenos Aires no funciona muy bien, por ahí la población que tienen que atender es mayor y cuentan con menos efectores de salud y se acercan acá, sí. Lo cual a ver, si bien este hospital está en la ciudad de Buenos Aires están financiados por el gobierno nacional y son de todos. Es algo que...buenos sos de Capital o sos de Provincia no importa de donde seas, tienes el derecho de atenderte donde quieras. Lo que sí estaría bueno es que no tenga que viajar la gente 2 hs para atenderse en este hospital, donde tampoco las condiciones son las óptimas, no es que esto es el paraíso. Pero bueno, si venís boyando de por ahí, no sé, de 2 hospitales en Matanza donde te dijeron que esperes, que te van a atender, que te atienden a las corridas, que cuando te dicen que saques un turno están de Paro...y pasan los días y pasan los días y la gente se siente mal. Y bueno terminan cayendo....la verdad es que también pasa en Capital que la gente fue boyando...no es que esto es la panacea....Uno ve que tenes como otros recursos.

E: Como hablamos del sistema de salud, ¿Qué caracterización haces del sistema de salud en el que está inscripto....?

TS: El programa....

E: Ajá...

TS: Y...actualmente, es amplia la pregunta...el tema de salud...es como muy amplia la pregunta...

E: Me la han contestado en 2 minutos.....jajaja....o en 40....

TS: Y me parece que es un sistema de salud que tiende a achicarse, depende del gobierno de turno...que tiende a achicarse...donde ha habido desfinanciamiento de los recursos de salud...y eso repercute en la atención a la gente. Yo te decía, en la atención, centrándonos en lo que es TBC, ¿no? De como se dejó de...bueno...cuando aparecieron los medicamentos, cuando dejó de ser una...enfermedad mortal, cuando este htal dejó de ser monovalente...dejó de ser especializado en TBC....cuando empezó a ser un hospital general, ahí hubo todo un cambio...pero bueno se fue de todo ese cambio a que este hospital sea un hospital de referencia dentro del sistema de salud dentro del Gobierno de la Ciudad, a que lo deje de ser, a que cierren las salas de neumotisiología...a que de neumo se vayan achicando las salas de neumonología en sí...Digamos históricamente había 48 camas, ahora hay en funcionamiento 24...una sala de neumotisiología se cerró, ahora se va a cerrar la otra y van a quedar 24 camas.

Donde la verdad nosotras éramos un equipo de 5 profesionales, ahora somos 3...Donde neumonólogos que atienden TBC, pasaron de ser 4, por diferentes situaciones...uno se jubiló...otro se murió.... (Se murió el viernes, todo mal...)...y otro se jubila el mes que viene. De los 4 queda Matías.... Donde....la TBC no es una enfermedad que deje plata, donde los laboratorios no están implicados, ni interesados en trabajar en la temática....como no hay plata, el tratamiento viene siendo el mismo desde la década del 60...Hasta a los mismos profesionales de la salud no les interesa....los residentes ni quieren rotar por TBC....siempre yo tratando de convocarlos que vengan al consultorio...no es una enfermedad que convoque, digamos....y la verdad es que....

E: No es una enfermedad glamorosa....

TS: No, la verdad es que no....Esto que hablamos antes, del perfil de la población. Sigue siendo una enfermedad que siguen padeciendo generalmente...la gente que...a ver...no es para estigmatizar, sino para tomarlo como parte de la problemática y abordarlo con la complejidad que merece, ¿no?, siguen siendo gente en condiciones de pobreza, gente migrante, gente que no tiene trabajo.... Y bueno claro, que vive en condiciones insalubres....y muy precarias....entonces...claro...”mejor hagamos asma...” Lamentablemente es así, pero bueno, dentro de todo eso, en el sistema también se va achicando y va quedando como diluido...y también dentro del sistema...A la TBC se le da poco espacio...y la realidad es que en ciudad aumentó. Pero bueno el sistema de salud es como que es muy amplio. Pero bueno por ahí me acoté más a lo que es TBC.

E: Sí, perfecto....eh....bueno uno de los puntos cuando se lee sobre TBC es la pérdida del seguimiento del tratamiento, interrupción, abandono, adherencia...hay muchos términos. Primero, ¿cuál es el término que consideras más adecuado? Y después ¿Cuáles son las causas que afectan?

TS: No te lo tatuaste todavía...

E: Jajajaja, no....

TS: Nosotras repetimos mucho que no nos gusta hablar de abandono, porque el abandono implica poner al paciente en un lugar de único responsable. Lo que tratamos de trabajar y abordar la temática desde un concepto de adherencia considerando que hay 3 pilares fundamentales, uno por supuesto que es la persona en tratamiento, que tiene que venir a los controles, hacerse los chequeos, tomar las pastillas todos los días y hacer todo lo que se le indica acá.

Que tiene que hacer todo esto para curarse, pero también, contando con un pilar que es el sistema de salud más específicamente tomándolo como al equipo de salud que interviene en la temática que también tiene que hacer su trabajo al tratar de hacer lo más accesible posible todo lo que es la atención en el hospital, haciendo acuerdos con...no sé...por ejemplo...con laboratorio, con la parte de rayos, con la parte de bacteriología...Bueno no se, también si uno quiere hacer alguna inter consulta en salud mental. Estas cuestiones que te decía de articular y de facilitar el acceso trabajando interdisciplinariamente, en equipos....Que la persona no tenga que ir...por su atención a neumo...para la atención de los chicos a pediatría...para hacerse esto....Bueno, no, tratar de centralizar y brindar la mejor atención posible....ser flexibles con los horarios, facilitar cuestiones....no sé, que no tengan que sacar turno....para venir a atenderse....

Y por otro lado, otro de los pilares que consideramos esencial para la adherencia al tratamiento es el Estado como garante de políticas públicas...este....garantizando los recursos materiales concretos...(porque ya viste, sino se entiende que se entienda...)
Cuestiones básicas que necesita una persona para poder llevar a cabo un tratamiento y para la reproducción misma de su vida...Porque uno de los temas es que al ser una enfermedad infecto contagiosa la persona tiene que dejar de trabajar y si estamos hablando de que quizás, la mayoría de las personas con las que trabajamos está inserta en el mercado irregular de trabajo y se le pide que tiene que dejar de trabajar, no cobra un subsidio...no tiene una licencia...Y bueno como hacemos desde el Estado para garantizar eso.

En ciudad de Buenos Aires no existe nada, sólo las mismas políticas públicas precarias que tenemos para todo el resto de la población...que es ticket social, ciudadanía porteña, nuestras familias y si está en situación de calle o desalojada el subsidio habitacional que también se gestionan, tardan meses en cobrarlos. Eso por ejemplo desde la red lo....intentamos tener reuniones, ver en el Ministerio de Desarrollo Social...esto fue hace poquito....Qué se podía hacer, digamos para facilitar estas cuestiones....Nada, la verdad, nada....lo mismo que al resto de la población, no es que porque tienen TBC tienen algo.....es lo mismo....

Y después, por ejemplo en Provincia de Buenos Aires que sí existe un subsidio de TBC....el mismo si bien muchas personas pueden cobrarlo, la gente cobra después de un año de iniciado el...la gestión...o sea, cuando la persona ya está de alta...Pero también ponen muchas trabas...por ejemplo una de las trabas es que la persona se tiene que atender en el lugar donde le corresponde el subsidio y muchas personas no quieren atenderse en ese

efector de salud, por X causas. Y eso hace que se les niegue un derecho que tienen por no querer ingresar en uno de los requisitos.

Bueno ahí como equipo de salud estamos fallando, porque ahí en vez de hacerle accesible el recurso le estás poniendo trabas....pero bueno....

Y que otra parte....

E: Esa es la definición de adherencia...y la siguiente es... ¿qué factores consideras que factores consideras que inciden en esa pérdida de adherencia?

TS: Y bueno...algunos tienen que ver con....si volvemos al concepto anterior...hay factores que pueden estar vinculados con cuestiones personales...por ejemplo, consumo problemático de alguna sustancia.

Después hay otros factores que están vinculados con la accesibilidad al sistema...la gente se cansa...bueno nos ha pasado que quizás de derivar a alguna persona a algún efector y que vuelvan y en el medio hay como un manoseo, más allá de que nosotros no hacemos una derivación de bueno “ándate a tal lugar y chau”. Llamamos, nos contactamos con el efector de salud correspondiente, le avisamos que va a ir esa persona...les hacemos todos los papeles, les consultamos que días atienden. Pero más allá de eso muchas veces se falla en esta articulación y no sé...muchas veces no se aborda de la misma forma que en este lugar y la gente quería hacer un tratamiento auto supervisado y quizás desde el efector le bajan que tiene que ser un tratamiento directamente observado entonces si no adhiere a ese tipo de tratamiento se lo deja fuera...entonces ahí como sistema en vez de estar facilitando las cosas le estás complicando la vida a la gente. Y eso hace que vuelvan para acá....pero estamos hablando de gente que viaja de Pilar al Tornú, de La Matanza al Tornú...son 2hs de viaje. Porque allá se encapricharon con que tienen que hacerlo así y si no, no hacen nada....Y entonces cuál es el foco...porque....le estás diciendo que supuestamente le estás dando un tratamiento directamente observado para facilitar, para garantizar la curación y es eso o la nada...o sea...Tampoco estás garantizando nada.

Y por otro lado el Estado con las políticas públicas paupérrimas que tiene...tampoco colabora en el tratamiento de la TBC. Por un lado monta todo un mecanismo del Estado para lo que es el control. Porque que epidemiología, que esto que lo otro....Y por otro lado no tenes un subsidio que darle a la gente para continuar con su vida...

E: Buenos y ya que estás te voy a preguntar por la red. Primero ¿Por qué una red?

TS: Y bueno para lo que es el abordaje de la temática y cuando estamos hablando de que la gente pasa por varios efectores, que la gente por ahí vive en un lugar pero se atiende en otro...trabaja en otro y estudia en otro...bueno...todas esas cuestiones implican que uno tenga que estar articulando con otros profesionales. Y también porque uno se enriquece trabajando con otras colegas y porque también, uniéndote puedes exigir otras cuestiones.

No es lo mismo una persona de forma individual que pida algunas cuestiones vinculadas a la defensa de ciertos derechos para la población, no es lo mismo hacerlo una persona individual que hacerlo desde una organización y desde una red.

PROYECTO DE LEY

Artículo 1°- El objeto de la presente ley es la creación de un régimen de amparo en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires destinado a asegurar la protección socio-económica del paciente afectado de tuberculosis, la continuidad de su tratamiento y cualquier otro tipo de riesgo derivado de dicha enfermedad.

Artículo 2°- La autoridad de Aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud o aquel que lo reemplace en el futuro.

Artículo 3°- El régimen de amparo creado por la presente ley provee de asistencia económica a todo aquel paciente diagnosticado, siempre y cuando no esté protegido por los subsectores de la seguridad social o el privado; o que no existiendo distracto laboral no perciban remuneración alguna.

Artículo 4°- El subsidio se otorga durante el periodo de tratamiento médico que debe ser debidamente certificado por la autoridad sanitaria correspondiente, el cual se extenderá en caso de proseguir la incapacidad laboral.

Artículo 5°- El término de la incapacidad laboral se fija de acuerdo a la indicación médica correspondiente.

Artículo 6°- En caso de niños, niñas o adolescentes, el subsidio se adjudica a un adulto responsable que garantice el cumplimiento del tratamiento.

Artículo 7°- Se establece el monto del subsidio mensual en el valor de un salario mínimo en la Administración Pública local.

Artículo 8°- El monto del subsidio se incrementa en un veinte (20) por ciento cuando el paciente permanezca internado en un establecimiento hospitalario del subsector estatal y hasta un treinta (30) por ciento cuando sea necesario agregar el control de alguna asociación mórbida.

Artículo 9°- El subsidio está exento de todo tipo de gravamen y es intransferible e inembargable.

Artículo 10°- Los beneficiarios están obligados a los exámenes, tratamientos y demás condiciones establecidas por la Autoridad de Aplicación y la inobservancia da lugar a la pérdida del beneficio otorgado.

Artículo 11°- Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley serán incorporados a la partida presupuestaria correspondiente.

Artículo 12°- El Poder Ejecutivo convoca a las redes que trabajan en la materia para coordinar y realizar el seguimiento de la implementación de la presente ley.

Artículo 13°- Comuníquese, etc.

Cláusula transitoria primera- El Poder Ejecutivo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reglamentará la presente Ley en el término de noventa (90) días.

FUNDAMENTOS

El presente proyecto se funda en un dato alarmante de la realidad sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires, el aumento sostenido de la tasa de afectados con tuberculosis. Partiendo de dicha premisa, se considera que un régimen de amparo que se traduce en un subsidio a aquellos ciudadanos que no estén cubiertos por el subsector de la seguridad social o el privado garantizará la observancia del tratamiento necesaria para reencausar la tendencia actual.

La tuberculosis (en adelante, TBC) es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica que se localiza generalmente en los pulmones. La bacteria más representativa es la *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch. No obstante, puede afectar también al sistema nervioso central, al genitourinario, al aparato digestivo, al sistema linfático, al sistema circulatorio, a los huesos y a las articulaciones. En un 25% de los casos activos, la infección se traslada de los pulmones causando asociaciones morbosas. Ello ocurre con más frecuencia en pacientes inmunosuprimidos y en niños.

La *Guía para el equipo de salud* elaborada por el Poder Ejecutivo nacional en 2009 advertía que a pesar de que el “diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado lograría la curación en la mayoría de los pacientes, con la consiguiente disminución de las fuentes de infección y el riesgo de contraer la enfermedad en la población, debido a algunos problemas de funcionamiento del sistema de salud en el manejo de la enfermedad, como la falta de detección de los casos existentes, los abandonos del tratamiento y, más recientemente la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos tradicionales, la tuberculosis en la actualidad sigue siendo un importante problema de salud pública, por el daño que provoca, principalmente, como causa de enfermedad y, en menor medida, también como causa de mortalidad”.⁴⁰

El *Informe mundial sobre la tuberculosis 2012* de la OMS indica que “la carga mundial de TBC sigue siendo enorme. Se calcula que en 2011 hubo 8,7 millones de nuevos casos de TBC (un 13% coinfectados por el VIH) y que 1,4 millones de personas murieron por esta causa (cerca de 1 millón seronegativas para el VIH, y 430.000 seropositivas). La TBC es una de las principales causas de muerte en la mujer; en 2011 causó 300.000 muertes en mujeres seronegativas para el VIH y 200.000 en mujeres seropositivas. Detrás de los progresos mundiales también se ocultan variaciones regionales. Así, las Regiones de África y Europa todavía no están en camino de lograr reducir la mortalidad en 2015 a la mitad de la registrada en 1990”.⁴¹

⁴⁰ http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf

⁴¹ Informe mundial sobre la tuberculosis 2012, pág. 1.

Su aparición y desarrollo se halla fuertemente ligada a la pobreza, al hacinamiento y a la inequidad en el acceso al sistema de salud -factores que empeoran el cuadro de situación: el 98% de las muertes asociadas a tuberculosis se dan en las clases bajas y medias.⁴²

Entre el 70 y 80 % de los casos de tuberculosis asociadas a pacientes VIH positivo reside en Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Santa Fe. En este sentido, la asociación morbosa entre la TBC y el virus de VIH resultan de particular atención para el sistema sanitario.

La TBC es el prototipo de infección que requiere la integridad de la inmunidad celular para su control y justamente el VIH produce el deterioro funcional, cuantitativo y cualitativo progresivo de los Linfocitos T CD4 -responsables de este tipo de inmunidad.

Consiguientemente el sistema inmune celular se deteriora lo que permite el desarrollo de la TBC. Es por esta razón que, por cada año de vida con VIH, aumenta 30% el riesgo de desarrollar TBC respecto de los pacientes sin dicho virus. Además, se llega a duplicar la probabilidad de reinfecciones de TBC para los pacientes con VIH. En el mismo orden, la TBC condiciona alteraciones inmunológicas debilitando la respuesta del organismo a la infección con VIH, desarrollándose lógicamente una sinergia fatal.

Finalmente, de estos datos surge que el tratamiento simultáneo de ambas infecciones mejora la evolución de cada una de ellas. Es necesario considerar que solo el 2% de los pacientes con TBC están coinfectados con VIH, mientras que el 50% de los pacientes con VIH padecen TBC.

La TBC se transmite por vía aérea y sólo se produce por personas que tengan activa la enfermedad a través de partículas expelidas por el paciente bacilífero con la tos, estornudo, hablando o cantando. La dosis infectante es considerablemente baja, de modo que la inhalación de una sola de las bacterias puede causar una infección. **Un paciente con TBC activa sin tratamiento puede infectar entre 10 y 15 personas por año.** La cadena de transmisión puede romperse si se aísla al enfermo y se comienza de inmediato la terapia antituberculosis efectiva.

Al cabo de dos semanas, aquellos pacientes con TBC activa y no-resistente dejan de ser contagiosos. **Sólo el tratamiento correcto y completo rompe efectivamente la cadena de transmisión**, la mayoría de los pacientes con TBC se curan si cumplen el tratamiento adecuado. Dado que el tratamiento auto administrado registra una falta de cumplimiento elevada, consideramos que es adecuado proponer un tratamiento directamente observado o supervisado donde el paciente sea monitoreado por un profesional en la toma de medicamentos. Por ello, el paciente en este régimen de amparo contrae obligaciones o contraprestaciones.

“Existen dos estrategias concretas: una es la prevención del contagio y la otra el diagnóstico y tratamiento precoz. Además, debemos destacar que la tuberculosis es una

⁴² <http://www.medicos-municipales.org.ar/titu20408.htm>

enfermedad que predomina en los pobres, por eso siempre se la quiere ocultar. Esto trae graves problemas, porque las nuevas generaciones médicas no piensan en tuberculosis y eso produce una falta de preparación frente al problema. Para entender la complejidad de la situación, sólo basta decir que anualmente se registran alrededor de 2.500 casos nuevos de tuberculosis en la ciudad” explicaba el Dr. Sancineto, encargado de la Red de Tuberculosis en la Ciudad en 2007.

En 2008 fueron asistidos 2.155 pacientes y la tasa llegó a un preocupante 141.46/100 000 habitantes.⁴³ En 2009 la cifra trepó a 2.197, en 2010 a 2.308⁴⁴ y en 2011 la cifra alcanzó 2.499 casos siguiendo una distribución socio-territorial similar al de los años anteriores.

Por todo lo expuesto, consideramos que las pacientes que no tienen medios de subsistencia con tuberculosis deben recibir el amparo del Estado de la Ciudad a los efectos de ser protegidos y evitar la creciente transmisión de la TBC.

Por ello, se solicita la pronta aprobación del presente proyecto.

⁴³http://www.medmun.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=363%3Aboletin-temas-de-salud-ano-16-no-146-ago-2009&catid=74%3Amundo-hospitalario-ano-xviii-no-155-agosto-2009&showall=1

⁴⁴ Informe de la Red para la atención de la Tuberculosis, Año 2010, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.