



UNR Universidad
Nacional de Rosario

CEI CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS



Maestría en
Salud Pública

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

Tuberculosis en grandes conglomerados urbanos: modelos de atención-cuidado en un hospital general de agudos en el marco de la atención primaria de la salud de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2019-2020.

AUTORÍA: Rocío Nahir Barrios

DIRECCIÓN DE TESIS: Dra. María Belén Herrero

CO-DIRECCIÓN DE TESIS: Dra. María Eugenia Esandi

Ciudad de Buenos Aires, 26 de octubre de 2022

AGRADECIMIENTOS

A Belén por inspirar un amplio compromiso académico en general y, especialmente, en la dirección de esta tesis. A María Eugenia por los importantes aportes como docente y co-directora. A docentes y compañeros/as de la maestría por promover la reflexión acerca de aquello a lo que nos dedicamos y forma parte de lo que somos. A amigos/as del campo de la salud por contribuir a esas reflexiones y por su acompañamiento. A las personas entrevistadas que trabajan con la TB a diario en el hospital por brindar generosamente su experiencia para este estudio. A mi bellísima familia por regalarme el tiempo para dedicarme a lo que me apasiona como una de las tantísimas expresiones de amor. A quienes seguirán a mi lado desde otro lugar: Cristina y Homero.

RESUMEN

Esta investigación tuvo por objetivo analizar el proceso de atención-cuidado de la tuberculosis (TB) en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires reconociendo sus capacidades institucionales para un abordaje integral, integrado e intersectorial. Se realizó un estudio con enfoque cualitativo basado en 14 entrevistas al personal de salud involucrado en el proceso de atención-cuidado de la TB del Hospital Fernández en el periodo 2019-2020. Se observó que el proceso de atención-cuidado de la TB se organiza a partir de las intervenciones de diferentes servicios predominantemente desde un modelo de atención biomédico. Combinan modalidades de abordaje episódicos y longitudinales con relevancia en la asistencia de aspectos biológicos por sobre los psicológicos y sociales. Requieren de la adecuación de las personas con TB a la dinámica institucional, hecho particularmente evidente frente a la reestructuración de los servicios durante la pandemia por COVID-19. Se reconocieron mecanismos de articulación e intervenciones específicas que implican una adecuación del personal de salud a las necesidades en salud de las personas afectadas. Se debe continuar trabajando para desarrollar modelos de atención-cuidado que incidan en las condiciones de vida de las personas con TB integrando prácticas de los ámbitos implicados en el control de la enfermedad.

Palabras claves: Tuberculosis; Condiciones Sociales; Atención Integral de la Salud; Atención Primaria de la Salud

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the tuberculosis (TB) care process in a hospital in City of Buenos Aires, recognizing institutional capacities for applying a comprehensive, integrated and intersectoral approach in the care of this disease. A qualitative study was carried out based on 14 interviews with health personnel involved in the TB care process of the Fernández Hospital in the period 2019-2020. According to qualitative data analysis, a biomedical care model prevails in the care of TB patients at the hospital, with participation of different services alongside this process. This participation combines an episodic and a longitudinal modality, mainly focused on the care of biological aspects over psychological and social ones. They require the adaptation of people with TB to the institutional dynamics, a fact that is particularly evident in the face of the restructuring of services during the COVID-19 pandemic. Some specific mechanisms of articulation and interventions were recognized, which imply an adaptation of the health personnel to the health needs of the affected people. There is need to reinforce the development and implementation of health care models that target to the living conditions of people with TB and integrate practices from different settings involved in disease control.

Keywords: Tuberculosis; Social Conditions; Comprehensive Health Care; Primary Health Care

CONTENIDO

Listado de elementos gráficos y tablas	4
Listado de abreviaturas y siglas	5
I. INTRODUCCIÓN	6
a. Planteo del problema	6
b. Pregunta de investigación.....	9
c. Justificación de la investigación	10
II. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	11
III. EXPLICITACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	16
IV. DESARROLLO DE PRESUPUESTOS TEÓRICOS.....	18
a. La determinación social del proceso salud-enfermedad	18
b. La estrategia de APS como respuesta.....	19
c. Los modelos de atención predominantes en los servicios de salud...	20
d. De la atención al cuidado.....	21
V. ABORDAJE METODOLÓGICO	26
VI. DESARROLLO Y ANÁLISIS	31
a. Descripción de las personas entrevistadas.....	31
b. El proceso de atención-cuidado de la TB en el HF	31
c. Respuestas tradicionales	42
d. Líneas de fuga	55
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	67
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	78
IX. ANEXOS	98

LISTADO DE ELEMENTOS GRÁFICOS Y TABLAS

Figura 1	25
Figura 2	32
Figura 3	42

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires

AP: Área programática

APS: Atención primaria de la salud

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

HF: Hospital general de agudos Juan A. Fernández

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSC: Organización de la Sociedad Civil

TB: Tuberculosis

I. INTRODUCCIÓN

a. Planteo del problema

Actualmente la Tuberculosis (TB) continúa siendo una de las enfermedades infecciosas que genera mayor carga de enfermedad a nivel global (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Si bien se dispone de métodos de diagnóstico adecuados y de tratamientos específicos, aún persiste como un importante problema de salud pública en la mayoría de los países de Latinoamérica (OMS, 2019). En ellos se observa que las mayores tasas de incidencia de TB se localizan en barrios marginales de grandes conglomerados urbanos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017a). Dicha distribución se ha explicado por ser escenarios de urbanización acelerada, con fuertes inequidades sociales e importante magnitud de población en condiciones de pobreza (OPS, 2017a).

La mayor probabilidad de enfermar por TB en territorios con condiciones de vida relacionadas a la pobreza¹ ha sido descrita ampliamente en Latinoamérica (Santos y otros, 2007; Acosta, 2008; Bossio y otros, 2012; Munayco, 2015; Bergonzoli y otros, 2016; Pereira y otros, 2018; De Castro y otros, 2018; Hilal y otros, 2019; André y otros, 2020; Barrios y otros, 2021; De Paiva y otros, 2022). Desde los enfoques que consideran los determinantes sociales de la salud, se ha afirmado que las deficientes condiciones de vida repercuten en la condición nutricional, en la probabilidad de infectarse con el bacilo de la TB y en la capacidad del organismo de responder a la infección por lo que se incrementa la vulnerabilidad a la enfermedad (Lonroth y otros, 2009; Hargreaves y otros, 2011; Creswell y otros, 2011). A su vez, dichas condiciones de vida resultan en dificultades para un diagnóstico temprano (Trigueiro y otros, 2014), para el cumplimiento del tratamiento (Alves y otros, 2012; Arrossi y otros, 2012; Herrero y otros, 2011; 2015a; 2015b; Silva y otros,

¹ Se describen como condiciones de vida relacionadas a la pobreza a: situación de calle, la falta de provisión de agua potable en la vivienda, la desocupación, la informalidad laboral, el bajo nivel de ingresos, la ausencia de mecanismos de protección social, la cobertura de salud exclusivamente pública, la ausencia de servicios de transporte público cercano a la vivienda, entre otras.

2014; Anduaga-Beramendi y otros, 2016; Harling y otros, 2017; Santos y otros, 2018) y se asocian a un incremento en la mortalidad por esta causa (Yamamura y otros, 2017; Arcoverde y otros, 2018; Alves y otros, 2020; Valencia-Aguirre, Arroyave y García-Basteiro, 2022).

En la región, se ha observado que los costos directos e indirectos de la TB suelen recaer sobre las personas afectadas y sus familias a la vez que sus ingresos disminuyen resultando en importantes pérdidas económicas que agravan las condiciones de pobreza (Mauch y otros, 2013; Moreira, Kritski y Carvalho, 2020; Guidoni y otros, 2021). Por otra parte, cada vez existe más evidencia en cuanto al impacto favorable de los programas de protección social como una estrategia de abordaje de la enfermedad que acciona sobre las condiciones de vida. Las transferencias condicionadas de dinero (Torrens y otros, 2016; Nery y otros, 2017; Durovni y otros, 2018; De Souza y otros, 2018; Oliosi y otros, 2019; Carter y otros, 2019; Chirico y otros, 2019; Klein y otros, 2019), las bolsas de comida (Durovni y otros, 2018; De Souza y otros, 2018), los boletos de transporte, las pensiones por discapacidad y las tarifas sociales en servicios básicos (Andrade y otros, 2019) se han asociado a mejores resultados en el tratamiento, en las tasas de incidencia y en las tasas de mortalidad por TB (Aragão y otros, 2021).

Para lograr el control de la TB en la región se ha establecido que se deben promover acciones que mejoren las condiciones de vida de las personas afectadas de grandes conglomerados urbanos a partir de la implementación de un modelo de atención de la enfermedad basado en un abordaje integral, integrado e intersectorial (OPS, 2017a). De esta forma, se orienta a una atención de salud adaptada a las necesidades de las personas afectadas, con coordinación de las intervenciones de diferentes ámbitos implicados en el control de la problemática y que incluya acciones conjuntas de servicios de salud, programas gubernamentales y de la sociedad civil para incidir sobre los determinantes de salud (OPS, 2017a). Dicho modelo de atención se articula con el desarrollo de una estrategia de atención primaria de la salud (APS) desde un enfoque integral que busca dar lugar a mejoras en las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e

infraestructura básica de una población en un territorio (Labonté y otros, 2009; Ase y Burijovich, 2009; OPS, 2019).

No obstante, en muchos países de la región la estrategia de APS se ha constituido con un enfoque selectivo en el cual los distintos niveles del sistema de salud se hallan desarticulados por importantes procesos de segmentación y fragmentación (Cueto, 2004; Labonté y otros, 2009; Giovanella y otros, 2015; Instituto Suramericano de Gobierno del Sur [ISAGS], 2015). Si bien en los últimos años se han descrito experiencias más cercanas a un enfoque integral de la APS en diferentes países (Giovanella y otros, 2015; Pereira y otros, 2015), mayormente se ha indicado un impacto limitado de las acciones para el control de la TB en muchos de ellos (Lopes, Vieira y Lana, 2015; Costa y otros, 2019; Ferreira, Santos y Orfão, 2019; Sanine y otros, 2021). Esto se ha relacionado al carácter que asume la estrategia de APS en los distintos escenarios señalando una escasa integración en las acciones de diferentes ámbitos intervinientes con dificultades para la intersectorialidad desde los servicios de salud.

En Argentina, la TB persiste como un importante problema de salud pública con una distribución entre jurisdicciones sumamente desigual (Ministerio de salud de la Nación [MSAL], 2020). La Ciudad de Buenos Aires (CABA) presenta desde hace años una de las tasas de incidencia de TB más elevada a partir de una alta densidad de personas con TB en villas y asentamientos precarios (Ministerio de Salud de CABA, 2020a). Tras evidenciarse el incremento constante de la problemática, el modelo de atención integral, integrado e intersectorial fue enunciado como parte de la nueva política sanitaria para lograr el control de la enfermedad en la jurisdicción (Ministerio de Salud de CABA, 2017a). Se planteó la necesidad de trabajar sobre la base del fortalecimiento de vínculos de trabajo entre diversos ámbitos de abordaje resultantes de las políticas de APS (Ministerio de salud de CABA, 2017a). Al igual que en otros países de la región, la estrategia de APS de la CABA se ha constituido con un enfoque selectivo de intervenciones que reproducen un modelo de atención biomédico en el primer nivel de atención focalizado en las poblaciones más desprotegidas (Duré, 2007;

Muntaabski y otros, 2010). Por ello, la implementación de un abordaje de la TB desde un enfoque integral de la APS implica sortear obstáculos relacionados a las características históricas identificadas para el sector en la CABA.

El modelo de atención-cuidado de la TB propuesto depende de intervenciones específicas y mecanismos de articulación entre diferentes ámbitos intra e interinstitucionales. Conocer la perspectiva del personal de servicios de salud concretos acerca del abordaje de la TB desarrollado en ellos es un primer paso para dar cuenta de cómo seguir para dar lugar a nuevo modelo de atención. Esta investigación corresponde a un estudio de caso cuyo objetivo es analizar el proceso de atención-cuidado de la TB en un hospital general de agudos de la CABA reconociendo las capacidades institucionales para desarrollar un abordaje integral, integrado e intersectorial de la TB en el periodo 2019-2020 desde la perspectiva del personal de salud involucrado.²

b. Pregunta de investigación

Considerando la perspectiva del personal de salud involucrado ¿Cuáles son las capacidades institucionales para desarrollar un abordaje integral, integrado e intersectorial durante el proceso de atención-cuidado de la TB de un hospital general de agudos de la CABA en el periodo 2019-2020?

² Para este estudio se retomaron los datos recolectados durante el proyecto de investigación "Desarrollo de la estrategia de investigación operativa en TB: diagnóstico de situación de los casos notificados de TB y de su abordaje en el área programática de un hospital general de agudos de la CABA" del que he formado parte. Este fue seleccionado en la convocatoria Salud Investiga 2019-2020 del Ministerio de Salud de la Nación. Durante el año 2020, irrumpió la pandemia por COVID-19. Si bien el análisis del impacto de dicho emergente en el proceso de atención-cuidado de la TB no se encontraba entre los objetivos de la investigación, en algunas entrevistas al personal de salud emergieron aspectos sobre la reorganización de los servicios del hospital durante dicho año. Aquellos relacionados con los objetivos del proyecto fueron incorporados al análisis.

c. Justificación de la investigación

La TB constituye una de las enfermedades que acompaña a la humanidad desde hace mucho tiempo e importantes han sido los avances históricos que han disminuido el impacto de esta enfermedad a nivel mundial. Actualmente, su persistencia puede interpretarse como una contundente expresión de los modos de vida que surgen ante la vulneración de derechos sociales. Su presencia es capaz de señalar cómo ocurre la garantía de ciertos derechos sociales por parte del Estado. Siguiendo un marco de salud colectiva desde una perspectiva de derechos, el estudio de los modelos de atención-cuidado de la TB en los servicios de salud de grandes conglomerados urbanos resulta de suma importancia para reflexionar acerca de las políticas públicas para el abordaje de la enfermedad. En la CABA, los hospitales generales de agudos constituyen los efectores de salud más antiguos dentro de la estrategia de APS. Históricamente han concentrado la capacidad diagnóstica que permite confirmar la enfermedad por lo que se comportan como referentes obligados para el abordaje inicial de gran parte de las personas con TB. Un estudio de caso sobre el proceso de atención-cuidado de la TB situado en uno de estos efectores puede indicar parte de los puntos críticos para la integración de las acciones de control de la TB en el marco de la estrategia de APS de este escenario. A su vez, puede contribuir a sensibilizar a los diferentes ámbitos involucrados en el control de la problemática en cuanto a las acciones necesarias para implementar un abordaje integral, integrado e intersectorial de las personas con TB.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN

A continuación, se describe el resultado de la revisión de la bibliografía regional que remite a abordajes integrales, integrados y/o intersectoriales de la TB desde servicios de salud de grandes conglomerados urbanos. En este sentido, la perspectiva de integralidad fue identificada en aquellos estudios que plantean aspectos que exceden a un enfoque centrado en el abordaje técnico de aspectos biológicos de la TB. Si bien existen estudios en toda la región, se destaca que Brasil es el país que cuenta con más producción bibliográfica relacionada a los modelos de atención-cuidado de la TB desde una perspectiva de integralidad de la salud a partir de equipos de salud interdisciplinarios organizados en base a la estrategia de APS.

Caben mencionarse en primer lugar los estudios de Ballestero y otros (2014), Castilla y Ferrari Mango (2015), Castilla (2016) y Oliveira y otros (2021) que asumiendo un enfoque de integralidad analizaron las necesidades de salud percibidas por las personas en tratamiento por TB asistidas en servicios de salud de diferentes niveles como un insumo para la construcción de cuidado. Identificaron que las personas con TB reconocían que la transmisión de la enfermedad se relacionaba con sus condiciones de vida por lo que plantearon la necesidad de mejoras en las mismas (Oliveira y otros, 2021). Asimismo, señalaron la importancia de las políticas sociales para el abastecimiento del hogar tales como las relativas a la alimentación en comedores escolares, merenderos, comedores barriales o la leche que se otorga en servicios de salud del primer nivel de atención y las transferencias monetarias condicionadas municipales, provinciales o nacionales (Castilla y Ferrari Mango, 2015; Castilla, 2016). Dada la imposibilidad de continuar trabajando, mayormente en condiciones laborales precarias, las personas con TB multirresistente³ destacaron la importancia del apoyo familiar, las bolsas de comida y boletos de transporte que alivian los problemas financieros para

³ La TB multirresistente es aquella en la cual el bacilo de la TB ha desarrollado mecanismos de resistencia a dos de las principales drogas utilizadas en el tratamiento de la TB. Requiere de una adaptación del esquema terapéutico farmacológico que, entre otras cosas, implica una prolongación del tratamiento y seguimiento más estrecho (Zerbini y otros, 2013).

así poder sostener el tratamiento (Ballestero y otros, 2014). Es decir, en estos trabajos se identificó las personas con TB requerían que los servicios de salud trasciendan el abordaje de aspectos biológicos para facilitar el acceso a las redes sociales de apoyo socioeconómicas.

Existen diversos trabajos donde se indagó a los equipos de salud de áreas metropolitanas con alta incidencia de TB tanto por las necesidades de las personas con TB como por las estrategias aplicadas para su atención. Los estudios de Sá y otros (2012), Cardozo y otros (2015), Muñoz Sánchez y García Alvarado (2016), Orlandi y otros (2018), Freire y otros (2020), Barros y otros (2021) y Aráujo y otros (2022) describieron que era necesario fortalecer redes de apoyo que impacten en los determinantes sociales ponderando el rol de los incentivos, como las bolsas de alimentos y el boleto de transporte, para el sostenimiento del tratamiento de las personas con TB. Si bien ello se indicó para todas las personas que padecen la enfermedad (Cardozo y otros, 2015; Muñoz Sánchez y García Alvarado, 2016; Orlandi y otros, 2018; Freire y otros, 2020), la importancia de dicha intervención se subrayó en aquellos grupos sociales que se consideraban vulnerables a interrumpir el tratamiento: mujeres dedicadas a la prostitución (Sá y otros, 2012), personas en situación de extrema pobreza (Barros y otros, 2021) y personas arias (Aráujo y otros, 2022). Otras estrategias señaladas implicaron brindar información sobre la enfermedad a la población para reducir su estigmatización y promover el acompañamiento familiar (Sá y otros, 2012; Barros y otros, 2021) y las visitas domiciliarias a las personas con TB y sus familias por parte de profesionales de enfermería (Barros y otros, 2021; Aráujo y otros, 2022).

La bibliografía hallada describe que para desarrollar un abordaje integral se requiere de redes de cuidado integrado a partir de mecanismos de articulación entre diferentes servicios de salud. Ello resulta crucial para la implementación de un modelo longitudinal de atención-cuidado de la TB en base a la estrategia de APS. No obstante, se pueden señalar los trabajos de Paula y otros (2014), Ballestero y otros (2014) y Coelho y otros (2016) que identificaron una insuficiente integración en las acciones de servicios de salud de diferentes niveles asistenciales. Desde la perspectiva de personas con TB

multirresistente que debieron concurrir a servicios de salud especializados para iniciar su tratamiento se refirió a que ellas mismas quedaban a cargo de moderar la trasmisión de la información de registros médicos entre servicios de salud especializados y del primer nivel de atención (Ballesteros y otros, 2014). Desde la perspectiva de equipos de salud, por un lado, se identificaron dificultades en los servicios de salud del primer nivel secundarias a falta de recursos que conducían a demoras en el diagnóstico, motivo por el que se asumía que las personas con TB optaban por consultar en hospitales del estado de São Paulo (Paula y otros, 2014). Por el otro, se reconoció que se debía trabajar para una mejor comunicación entre profesionales de los hospitales y de centros del primer nivel de atención de los estados de Paraná y Paraíba (Coelho y otros, 2016; Pinheiro y otros; 2017).

Asimismo, en los distintos trabajos descriptos se señala la necesidad de fortalecer el vínculo entre los servicios de salud y los demás ámbitos implicados en el control de la enfermedad, como la sociedad civil y los administradores de políticas públicas de salud, a partir de acciones intersectoriales. Gomes y Sá (2009) y Sá y otros (2011) indagaron la participación de los equipos de salud de un área metropolitana del estado de Paraíba en este tipo de acciones evidenciando que, si bien se identificaba una condición social desfavorable en la gran mayoría de las personas con TB, existía una escasez de intersectorialidad adjudicada por los equipos de salud a la poca participación de la comunidad en dicha problemática. En el estudio de Pinto y otros (2018), a través de un cuestionario adecuado a la TB, se evaluó la capacidad de servicios de salud del primer nivel del estado de Río Grande del Norte para aplicar un modelo de atención de enfermedades crónicas. Se observó que la articulación entre las personas con TB, los servicios de salud y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) presentaba fuertes limitaciones, sin embargo, la participación de agentes comunitarios incrementaba las capacidades de articulación.

Particularmente en Argentina, la perspectiva de atención integral en servicios de salud de grandes conglomerados urbanos se circunscribe mayormente a la bibliografía producida desde las ciencias sociales. La

adherencia al tratamiento de las personas con TB se relaciona a la intervención de la disciplina trabajo social en servicios de salud de diferentes niveles de atención del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)⁴ (Domínguez, 2012; Castilla y Ferrari Mango, 2015; Castilla, 2016; Marchioni, 2016; González y Angueira, 2017; López, 2020; Giampietro, 2021) y la provincia de Córdoba (Vera, 2019). Se indica que la adherencia al tratamiento se ve fortalecida a través de diversas intervenciones: la entrevista social al iniciar el tratamiento para dar a conocer al equipo de salud las condiciones de vida de la persona con TB con la consecuente adecuación del plan terapéutico (Domínguez, 2012; Castilla y Ferrari Mango, 2015; Castilla, 2016; Marchioni, 2016; González y Angueira, 2017; Vera, 2019; López, 2020; Giampietro, 2021); la ayuda para la obtención de turnos (Castilla y Ferrari Mango, 2015); la entrevista social de seguimiento (Marchioni, 2016); la gestión de apoyo económico (Domínguez, 2012; Marchioni, 2016; Vera, 2019; López, 2020; Giampietro, 2021); la vinculación con otras instituciones para realizar derivaciones acompañadas (Domínguez, 2012; Castilla, 2016; Vera, 2019; López, 2020); la solicitud de viandas o dinero para el traslado de la persona con TB a donde continuará su tratamiento (incluso llegando a países limítrofes tales como Bolivia o Perú) (Castilla y Ferrari Mango, 2015; Castilla, 2016); la contención a quien interrumpió el tratamiento (Marchioni, 2016; López, 2020); la identificación de redes sociales de apoyo (Giampietro, 2021), la provisión de información sobre la enfermedad durante la entrevista social o en la sala de espera (Domínguez, 2012; Marchioni, 2016; González y Angueira, 2017; Vera, 2019).

Finalmente, puede mencionarse el estudio de Iribarren y otros (2014) en el que se indagó a equipos de salud de localidades del AMBA con alta incidencia de TB tanto por los modos de tratamiento de la TB como por las

⁴ El AMBA es un gran conglomerado urbano conformado por la CABA y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazatagui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General, Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s.f.)

barreras y facilitadores de un tratamiento satisfactorio. Se describió la importancia de establecer un buen vínculo entre el equipo de salud y la persona con TB a través de un abordaje enfocado en la persona y su comunidad, brindando apoyo para solicitar subsidios financieros o provisión de alimentos a fin de promover la adherencia, reducir la estigmatización y mejorar los resultados de los tratamientos.

III. EXPLICITACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

Analizar el proceso de atención-cuidado de la TB del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández de la CABA (HF) desde la perspectiva del personal de salud involucrado reconociendo las capacidades institucionales para desarrollar un abordaje integral, integrado e intersectorial de la TB en el periodo 2019-2020.

Objetivos específicos

- a. Describir la organización del proceso de atención-cuidado de la TB desde la perspectiva del personal de salud involucrado reconociendo aspectos que pueden condicionar el desarrollo de un abordaje integral e integrado de la TB.
- b. Indagar sobre fortalezas y debilidades del proceso de atención-cuidado de la TB para un abordaje integral de la TB desde la perspectiva del personal de salud involucrado.
- c. Identificar intervenciones disciplinares y mecanismos de articulación entre disciplinas, servicios o instituciones relacionadas a un abordaje institucional integral, integrado e intersectorial de la TB desde la perspectiva del personal de salud involucrado.

Hipótesis

En el marco de un sistema de salud históricamente segmentado y fragmentado que se caracteriza por una estrategia de APS selectiva, el HF desarrolla un proceso de atención-cuidado de la TB con un abordaje sistemático eminentemente biomédico. Sin embargo, en el abordaje institucional de la TB pueden identificarse intervenciones disciplinares alineadas con una ampliación en la integralidad, integración e intersectorialidad. Desde los servicios de salud involucrados en el proceso de

atención-cuidado de la TB pueden identificarse debilidades a la vez que potenciales fortalezas para un abordaje integral.

IV. DESARROLLO DE PRESUPUESTOS TEÓRICOS

a. La determinación social del proceso salud-enfermedad

La perspectiva utilizada en este estudio parte del campo de la medicina social / salud colectiva. Se basa en el reconocimiento de que el proceso salud-enfermedad guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta; que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar cambios sociales (Laurell, 1994). Consideramos que el proceso salud-enfermedad se encuentra socialmente determinado siguiendo una organización jerárquica en que los aspectos sociales imprimen una orden a los aspectos biológicos y psicológicos de las personas (Breilh y Granda, 1980). De esta manera, la *cuestión sanitaria* es el resultado de procesos sociales modelados en el acontecer económico, político e ideológico de una sociedad específica convirtiendo a la *construcción de la salud* en un derecho de la ciudadanía (Laurell, 1982). Las personas desarrollan su reproducción social atravesadas por relaciones estructurales de poder que, en el plano colectivo, devienen en modos de vida que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de los grupos sociales (Breilh, 2010). En el plano individual, las personas construyen su estilo de vida en base a la jornada de trabajo; patrones de consumo en cuanto alimentación, descanso, vivienda, recreación; acceso a servicios de cierta calidad; concepciones y valores personales; capacidades para organizar acciones en defensa de la salud y sus itinerarios ecológicos personales (Breilh, 2003). De esta manera, tanto el proceso salud-enfermedad colectivo como el individual tienen los mismos determinantes (Laurell, 1994). Si bien la construcción de la salud como derecho de la ciudadanía es producto en parte de acciones deliberadas, estas deben ser habilitadas por las regularidades estructurales en las que se desenvuelven las personas.

b. La estrategia de APS como respuesta

La APS fue propuesta por la declaración de Alma-Ata en 1978 como una estrategia para alcanzar la salud como derecho del ser humano bajo la responsabilidad política de los gobiernos reconociendo su determinación intersectorial. Planteaba un modelo de atención sanitario integral que estuviera centrado en la promoción y protección de la salud de las comunidades para contribuir a su desarrollo social y económico (International Conference on Primary Health Care, 1978). La APS fue asimilada por la política sanitaria de muchos países a expensas del ajuste de sus lineamientos de acuerdo con el clima político-social de cada escenario (Rovere, 2012): en aquellos con sistemas de salud integrados y universales se sostuvieron propuestas de APS integrales; en aquellos con sistemas de salud segmentados y fragmentados se adoptaron enfoques selectivos y focalizados de la APS (Labonté y otros, 2009).⁵ Esto último se describe para la mayoría de los países latinoamericanos (Cueto, 2004) ya que las principales características que se destacan en sus sistemas de salud son la segmentación de la cobertura, la fragmentación organizacional y la privatización en la financiación y en la prestación de servicios de salud (ISAGS, 2012). En ellos, la APS se limitó a una canasta básica de prestaciones del primer nivel de atención focalizada a los grupos poblacionales más desprotegidos con escasa integración con los niveles de mayor complejidad asistencial (Ase y Burijovich, 2009; ISAGS, 2015). En Argentina, la declaración de Alma Ata coincidió con una época de desmantelamiento del sistema sanitario nacional bajo la dictadura militar (Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012). Aquel momento fue el comienzo de un proceso de fuerte desfinanciamiento del aparato sanitario público que favoreció el crecimiento del subsector privado de salud (Belmartino, 2005). Se describe que la adopción de estrategia de APS en CABA determinó que los servicios de salud del primer nivel de atención aumentaran su demanda

⁵ La segmentación determina una oferta específica de servicios de atención-cuidado para cada segmento de la población según su condición laboral o de ingresos económicos. La fragmentación implica dificultades en la coherencia, cohesión y articulación de los procesos de atención-cuidado de la salud a cargo de diferentes servicios conduciendo a su discontinuidad e ineficiencia (Giovanella y otros, 2015).

asistencial sin ser acompañados por un crecimiento de suministros ni infraestructura, orientados fuertemente a prácticas asistenciales biomédicas (Muntaabski y otros, 2010). En este ámbito, la estrategia se enfrentaba con una organización histórica de los servicios públicos de salud que consideraba a los hospitales como ejes del sistema, rectores de la capacitación y administradores principales de los recursos (Duré, 2007). En resumen, al igual que en otros escenarios de la región, la APS se implementó con un enfoque selectivo y focalizado donde la participación social y la intersectorialidad quedaron subsumidas al modelo asistencial biomédico. La estrategia continua vigente (Ministerio de Salud de CABA, 2017b) enfrentándose a dilemas en cuanto a la integración de sus acciones que se relacionan con una constitución histórica del sistema de salud fuertemente segmentada y fragmentada.

c. Los modelos de atención predominantes en los servicios de salud

Desde una perspectiva antropológica social, la atención de la salud implica todas aquellas actividades que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 1990; 2003). Esto significa que puede ocurrir en escenarios que exceden a los servicios de salud.

En relación con la orientación del proceso de atención, en diferentes países de la región de América Latina y el Caribe, se ha descrito que en la mayoría de los hospitales predomina un modelo de atención centrado en la recuperación de la salud, con crecientes grados de especialización, dependencia de las tecnologías sanitarias y de los insumos médicos (OPS, 2019). Se ha definido al modelo de atención biomédico o *modelo medico hegemónico*⁶ como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la *medicina científica* que ha logrado identificarse como la

⁶ Algunos de los rasgos asociados al modelo medico hegemónico son el biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez, 1988).

única forma de atender la enfermedad (Menéndez, 1990). La enfermedad constituye el eje de dicho modelo que, al estar enfocado en tratamientos curativos, deja de lado el cuidado de las personas (OPS, 2019). Siguiendo a Emerson Merhy (1998; 2002) el modelo biomédico asume una concepción mecanicista del cuerpo, entendido como piezas unidas entre sí en una máquina compleja, donde la enfermedad consiste en un defecto meramente mecánico. Ello se traduce en un abordaje tecnicista de aspectos biológicos de la salud con una valorización extrema de altos grados de especialización y un consumo desproporcionado de *tecnologías duras*.⁷ En ese marco, el trabajo se compromete más con procedimientos o intervenciones sobre aspectos biológicos que con las personas por lo que conduce al empobrecimiento de la práctica en salud que se torna poco resolutive de los padecimientos. A su vez, la fragmentación de los sistemas de salud refuerza que los servicios de salud centrados en la enfermedad actúen respondiendo a eventos agudos con escasa capacidad de abordaje de aquellos crónicos (Rosen y Ham, 2008). Ello resulta en un abordaje *episódico* (Laspiur, 2016) generando interrupciones en el proceso de atención-cuidado de diferentes padecimientos de salud que, como la TB, requieren de un *abordaje longitudinal* (Epping-Jordan y otros, 2004; Laspiur, 2016). Dado que se espera que las personas que consultan se ajusten a la capacidad del sistema para responder, el objetivo de la salud se aleja al destinar más recursos a la asistencia sanitaria (Evans, Barer y Marmor, 1996).

d. De la atención al cuidado

En los últimos años, se han reconocido grandes limitaciones en el modelo de atención de la TB desarrollado en los servicios de salud proponiendo su transformación (OPS, 2017a). Se ha descrito que la

⁷ Las tecnologías duras son el conjunto de herramientas o maquinarias sanitarias utilizadas para diagnóstico y tratamiento. Las tecnologías ligeras-duras tienen que ver con el saber adquirido que determina la organización de acciones a través de protocolos. Las tecnologías ligeras se relacionan al carácter de obra viva del proceso de atención-cuidado creando momentos de forma intersubjetiva. La proporción en la que se utilizan los tres tipos de tecnologías a través de intervenciones sanitarias pueden dar cuenta del modelo de atención aplicado (Merhy, 1998).

estrategia de APS puede sentar las bases para modelos de atención integrales, integrados e intersectoriales centrados en las personas y las comunidades (OPS, 2019). Una atención integral podría definirse como el esfuerzo de los servicios de salud por interpretar y responder de la mejor manera posible las *necesidades en salud*⁸ (Cecilio, 2001). De esta forma, la integralidad se ha asociado a la noción de cuidado más que a la de atención ya que los procedimientos empleados son secundarios a las relaciones previas entre sujetos porque requieren de la aceptación de la otra persona (Guizardi y Pinheiro, 2008; Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). Al localizar las *necesidades en salud* en el centro de la escena ocurre una búsqueda para ampliar las posibilidades de una mejor respuesta a una población siendo necesario asumir una perspectiva de diálogo entre diferentes sujetos (Pinheiro y Luz, 2007).⁹ Un abordaje integral puede ser analizado en un *plano individual* donde es un principio que guía la práctica del acto profesional para escapar al reduccionismo en la misma. También puede analizarse en un *plano sistémico* donde la integralidad actúa como principio de organización continua del proceso de trabajo a través de redes de servicios siempre abiertas a asimilar una *necesidad en salud* no contemplada previamente (Mattos, 2001; Pinheiro, 2001). Se ha descrito que, a nivel de los hospitales, la integralidad supone un auténtico esfuerzo por un abordaje holístico de cada persona que necesita de atención y/o cuidados hospitalarios (Cecilio y Merhy, 2003) resultando de una construcción colectiva que cobra forma en el encuentro de diferentes sujetos involucrados, siendo poco determinado a través de configuraciones institucionales normativas (Mattos, 2001; Pinheiro, 2001).

Para responder a las *necesidades en salud* de las personas será siempre necesario el trabajo de varios profesionales operando en red a través

⁸ De acuerdo con Stotz (1991), las necesidades en salud se tratan de un conjunto heterogéneo de razones social e históricamente determinadas que se traducen en demandas que motivan a la consulta a los servicios de salud.

⁹ Se ha descrito que cuando mayormente son las tecnologías ligeras las que operan, orientando el uso de otras tecnologías, la construcción de la atención-cuidado es conjunta (Merhy, 1998) reconociéndose al otro sujeto como un interlocutor válido con el que vale la pena pactar (Seixas y otros, 2016).

de la integración de sus prácticas (Franco, 2006). Esta última puede ser entendida como la conectividad entre las partes a través de sólidos mecanismos de coordinación intra e interinstitucional dando continuidad al proceso de atención-cuidado (Nuño Solinís, 2008). Desde esta perspectiva, es posible crear redes sobre una línea de cuidado que es expresión de proyectos terapéuticos, es decir, del conjunto de actos de asistencia diseñado para resolver un problema de salud específico (Franco, 2003). Ello puede suponer un encuentro de diferentes disciplinas ante una problemática que no resulta completamente aprehensible desde el saber disciplinar (Stolkiner, 1987). Las *tecnologías ligeras* actuarían como herramientas organizadoras del proceso en un ambiente interdisciplinario dando lugar a un trabajo centrado en las personas (Merhy, 1998). Por otra parte, la integración de las prácticas en un sistema organizado bajo la estrategia de APS puede leerse en una contrarreferencia adecuada desde el hospital después de realizar el servicio que responde a situaciones de mayor gravedad (Cecilio y Mehry, 2003). Ello requiere de un primer nivel de atención con capacidad resolutive (OPS, 2019) y del reconocimiento de su potencial para conectar con el conjunto de acciones que desarrollan las personas para dar satisfacción a su reproducción social (López, 2020).

Así es como diferentes *escenarios de intervención* (Seixas y otros, 2016) aparecen como potenciadores de las prácticas en salud. Las problemáticas sociales complejas suelen exceder las respuestas tradicionales de las instituciones, dado que estas fueron construidas dentro de una lógica más ligada a la homogeneidad de las poblaciones que a la heterogeneidad de éstas, por lo que reclaman respuestas singulares (Carballeda, 2008). Una respuesta social intersectorial no adscripta únicamente al sector salud o a un servicio de salud particular puede dar lugar a intervenciones que actúen sobre procesos de determinación social de la salud. Esta se alinea con una concepción de salud como hecho social complejo que excede la dimensión biológica y se articula con las formas concretas de vivir (Laurell, 1982). Existe un creciente consenso de que la protección social por parte del Estado es un instrumento potente para reducir la vulnerabilidad y la desigualdad teniendo

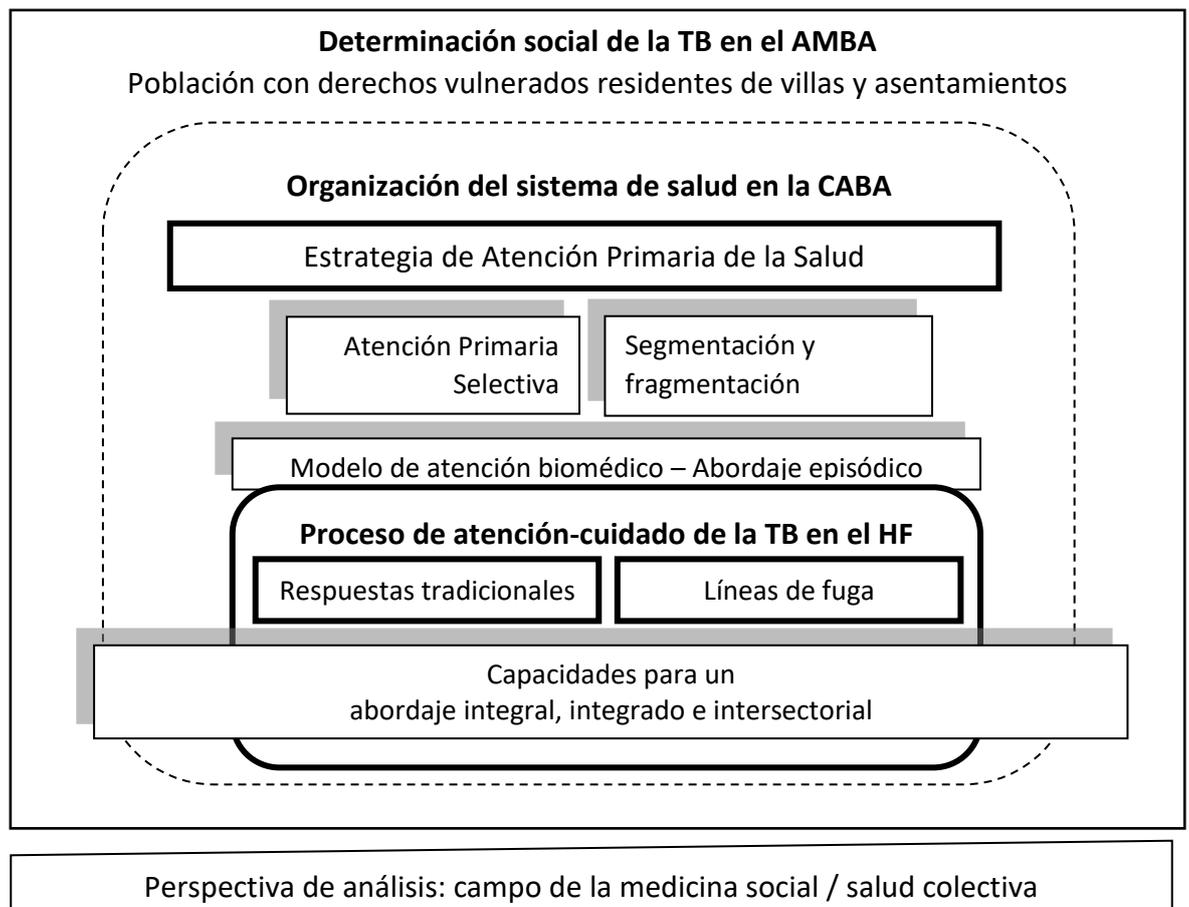
impactos positivos sobre la salud de la población (OPS, 2019). Algunos mecanismos de protección social se relacionan a garantizar una nutrición saludable, promover el desarrollo social, proporcionar seguridad, favorecer el acceso a servicios de salud y brindar una educación de calidad. Se describe que es imprescindible contar con personas con capacidades críticas para abordar los procesos de determinación social de una población y su territorio, coordinando políticas, intervenciones, recursos de diferentes sectores y políticas sociales (OPS, 2019).

Cabe preguntarse ¿es posible lograr una expansión del modelo de atención-cuidado de la TB hacia un enfoque más integral, integrado e intersectorial desde un sistema de salud segmentado y fragmentado, que sigue una estrategia de APS selectiva, en la que predominan modelos de atención biomédicos? Se ha señalado que ello depende probablemente de cómo las comunidades y equipos de salud reinterpreten la propuesta de APS en cada lugar concreto (Rovere, 2018). A su vez, se destacan los aportes de Campos (2009: 80) desde una perspectiva organizacional de los servicios de salud que indican que el trabajo en salud se caracteriza por un alto grado de autonomía de los equipos de salud por lo que pueden desarrollar *líneas de fuga* ante un modo de *respuesta tradicional* de las instituciones. Las líneas de fuga pueden pensarse como un producto de la subjetividad de los equipos de salud que se comporta como atenuante de las distorsiones que generan las organizaciones excesivamente burocratizadas.

En la **Figura 1** se resume el marco lógico de este estudio. En los grandes conglomerados urbanos como el AMBA existe una elevada presencia de TB en poblaciones con derechos sociales vulnerados tales como las que residen en villas y asentamientos. Ello es la manifestación de procesos de determinación social de salud asociados a condiciones sociales desfavorables. La organización del sistema de salud en la CABA se ancla a fenómenos históricos de segmentación y fragmentación dando lugar al desarrollo de una estrategia de APS selectiva. Dicho contexto promueve modelos de atención biomédicos con abordajes episódicos de los padecimientos hacia el interior de los servicios de salud. Considerando los

aportes de la medicina social / salud colectiva, el análisis del proceso de atención-cuidado de la TB en el HF permitirá identificar respuestas tradicionales en el abordaje de la TB, pero también líneas de fuga que permitan dar cuenta de sus capacidades para desarrollar un modelo de atención integral, integrado e intersectorial de la enfermedad.

Figura 1. Marco lógico del estudio.



HF: Hospital General de Agudos Juan A. Fernández

Fuente: elaboración propia.

V. ABORDAJE METODOLÓGICO

Se realizó una investigación con enfoque cualitativo, de tipo exploratoria, basada en datos primarios. Se realizaron entrevistas al personal de salud involucrado proceso de atención-cuidado de la TB del HF entre los meses de diciembre de 2019 y diciembre de 2020.

Siguiendo a Souza Minayo (2009), el enfoque cualitativo desde una perspectiva de *investigación social* resulta el indicado para esta investigación ya que permite analizar al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un fenómeno que propicia determinadas representaciones en cada una de las personas del campo de la salud. Un *abordaje comprensivo* conduce a situar a las personas dentro de sus contextos sociales y permite explicitar una cierta racionalidad adoptada en esos contextos junto a lógicas internas de los diversos actores. A partir de este abordaje de investigación, la realidad se presenta de forma dinámica y con conclusiones que, si bien pueden dar lugar a inferencias más amplias, no son necesariamente universalizables.

Ámbito de estudio

El HF es uno de los 29 efectores públicos de salud de con atención ambulatoria y de internación de dependencia municipal de la CABA (Ministerio de salud de CABA, 2017b). Desde una perspectiva programática, tiene como propósito desplegar una oferta de *salud pública, gratuita y de calidad* a quienes viven y transitan dicha jurisdicción (GCBA, s.f.). En el marco de la APS, debe desarrollar actividades para el cuidado integral de la salud de la población residente en su área programática (AP) junto a los Centros de Salud y Acción Comunitaria 17, 21, 25, 26 y 47 (GCBA, s.f.). El AP del HF incluye los barrios de Retiro, Recoleta y Palermo. Dentro de Retiro, se reconocen una de las villas más grandes de la CABA: el barrio Padre Mugica (ex villa 31 y 31 BIS). Dentro de Recoleta, se encuentra un asentamiento precario que linda con el antes mencionado: el barrio Saldías. Asimismo, en estos barrios existen

otros asentamientos informales más pequeños (Ministerio de Hacienda de la Nación, 2022).

Las prestaciones brindadas en el hospital deben contemplar la demanda de un gran abanico poblacional que, además de la población del AP, incluye la de otros territorios: otros barrios de CABA, el resto del AMBA, otras provincias y algunos países limítrofes (Ministerio de Hacienda de la CABA, 2019a; Ministerio de Hacienda de la CABA, 2019b). Por tanto, el HF presenta una amplia área de influencia que, partiendo de la atención sanitaria de las personas que consultan, puede vincular a un complejo entramado de actores de los distintos sectores, subsectores y niveles del sistema de salud.

En el año 2019, el HF fue el tercer efector de salud de la CABA respecto a la magnitud de notificaciones de personas con TB (140), luego del Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco Muñiz (1023) y el Instituto De Tisioneumonología Profesor Dr. Raúl Vaccarezza (296).¹⁰ De esas personas, el 62,9% (88) eran residentes de la CABA, mientras que el 37,1% (52) residían fuera de esta jurisdicción (Ministerio de Salud de CABA, 2020a).

Población de estudio

Se entrevistó al personal de salud involucrado en el proceso de atención-cuidado de la TB del HF entre los meses de diciembre de 2019 y diciembre de 2020 cumpliendo funciones de:

- Gestión: personal de salud que participaba en tareas de gestión de recursos del proceso de atención-cuidado de las personas con TB;
- Asistencia: personal de salud que participaba en tareas asistenciales del proceso de atención-cuidado de las personas con TB;

¹⁰ El Hospital de Infecciosas “Francisco Javier Muñiz” es un hospital público monovalente de la CABA dedicado a las enfermedades infecciosas con una prevalencia importante en TB y VIH. Es considerado como un centro de referencia a nivel nacional e internacional (Cooperadora del Hospital Muñiz, s.f.). El Instituto de Tisioneumonología “Prof. Dr. Raúl Vaccarezza” integra la Red de Hospitales de la Universidad de Buenos Aires siendo un centro de referencia en la atención de personas con TB (Universidad de Buenos Aires, s.f.).

- Soporte: personal de salud que participaba en tareas del proceso de atención-cuidado de las personas con TB relacionadas al diagnóstico, dispensa de medicamentos, control epidemiológico u otras.

Criterios de inclusión

- 1) Pertenecer a disciplinas o especialidades que desarrollen tareas proceso de atención-cuidado de la TB del HF en el periodo de estudio;
- 2) Desempeñarse en uno de los siguientes servicios del HF: neumonología, infectología, clínica médica, guardia externa, bacteriología, servicio social, epidemiología, farmacia, toxicología;
- 3) Haber prestado su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- 1) No haber prestado su consentimiento para la participación en el estudio.

Técnica de muestreo

A partir de un *muestreo teórico* (Barrios, 2015) de carácter intencional se seleccionó a personal de salud de los servicios que participaban del proceso de atención-cuidado de las personas con TB en el HF. Se aplicó la técnica de bola de nieve para poder alcanzar a personal de salud no contemplado en el muestreo inicial hasta alcanzar la *saturación teórica* (Jones, Manzelli y Pecheny, 2004) para responder a los objetivos de la investigación. Se convocó al personal de salud a participar del estudio a través del consentimiento informado (ver Anexo 1). Las entrevistas concretadas fueron registradas en audio y luego desgrabadas para su posterior análisis.

Técnica de recolección de datos

Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas de tipo semi-estructuradas de aproximadamente 60 minutos que se realizaron bajo modalidad virtual o presencial según fuera conveniente para la persona entrevistada. Inicialmente se realizaron dos (2) entrevistas en profundidad, de carácter abierto, utilizándose el *enfoque antropológico* (Guber, 2005) para relevar de manera más amplia el universo de significaciones del personal de salud con relación al proceso de atención-cuidado de la TB. A partir de su análisis se definieron dimensiones de interés con ejes temáticos de indagación que fueron plasmados en una guía de entrevistas semi-estructurada (ver Anexo 2). La guía de entrevistas incluyó las siguientes dimensiones de análisis con sus ejes temáticos:

- 1) Dimensión: Proceso de atención-cuidado de la TB en el HF. Ejes temáticos: las intervenciones o procedimientos específicos que las personas con TB requieren, el proceso de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, los factores que se encuentran implicados en el cumplimiento del tratamiento, las fortalezas y debilidades para un abordaje considerado integral, los mecanismos de articulación con otros ámbitos implicados en el control de la enfermedad.
- 2) Dimensión: Características de las personas con TB que se asiste en el HF, su familia y su entorno. Ejes temáticos: la percepción sobre las características sociales de la población afectada, sus características clínicas, sus necesidades, características de los casos complejos.

Técnica de análisis de los datos

Para poder organizar, pero a la vez, interpretar los datos en términos cualitativos, se tuvo en cuenta el *método hermenéutico-dialéctico* (Souza Minayo, 1992).¹¹ Se siguieron las tres instancias centrales del análisis

¹¹ A partir de este, se sitúa a los relatos de los actores sociales en su propio contexto laboral para ser mejor comprendidos, como una aproximación a su realidad social.

cualitativo de datos descripta por Huberman y Miles (1994): reducción, despliegue y extracción del sentido de los datos. Es decir, partiendo de las dimensiones y los ejes temáticos descriptos, se realizó su codificación, elaboró una matriz de análisis cualitativo y realizó su comparación. Se construyeron categorías a partir de lo referido por las personas entrevistadas en diálogo con el marco teórico utilizado, la bibliografía consultada a partir de lo hallado y los objetivos de la investigación siguiendo los principios de la *teoría fundamentada* (Jones, Manzelli y Pecheny, 2004).

Consideraciones éticas

Todas las personas contactadas para ser entrevistadas fueron informadas sobre los objetivos del proyecto solicitando su participación a través de un consentimiento informado. Toda información identificatoria sobre la organización y los participantes fue removida de los documentos, del registro de trabajo de campo y de las entrevistas. Todos los datos de la investigación fueron mantenidos en forma anónima. Sólo los miembros del equipo de investigación tuvieron permitido almacenar datos electrónicos e información relacionada a la investigación durante el tiempo que duró su ejecución y un año después de finalizada. Estos datos se guardan en el HF donde se mantendrán hasta la presentación y aprobación del reporte final de la investigación. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación del HF en marzo de 2019 (Protocolo N° 201.911).

VI. DESARROLLO Y ANÁLISIS

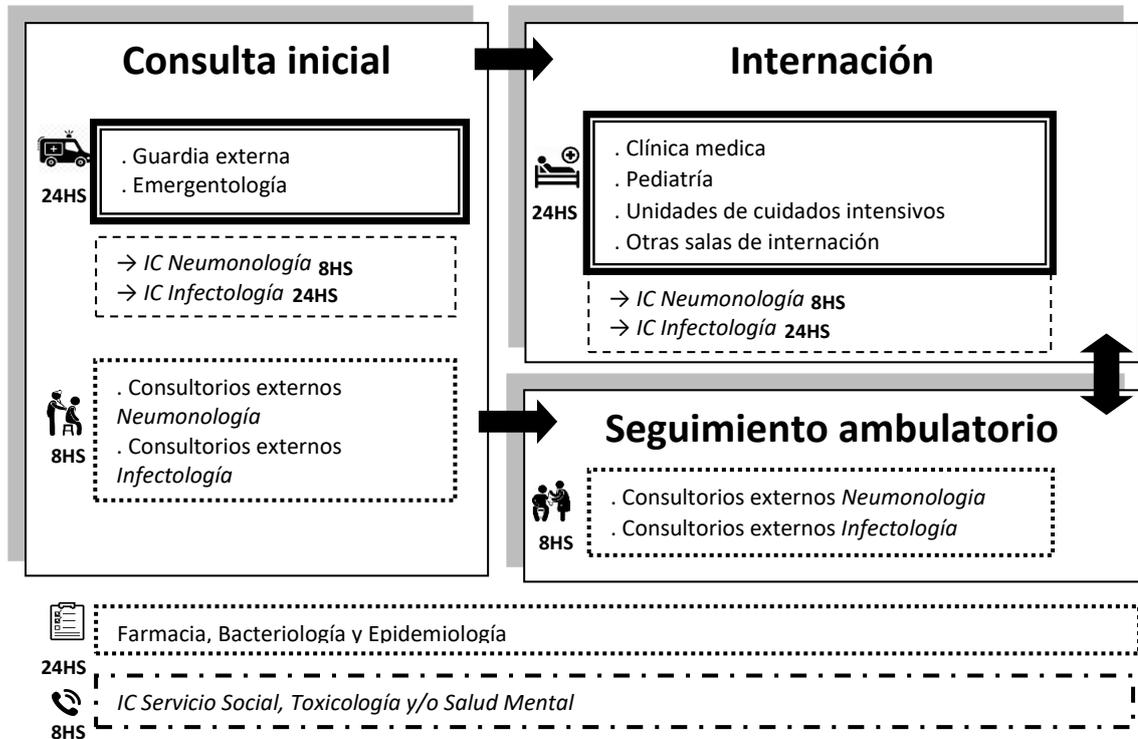
a. Descripción de las personas entrevistadas

Se entrevistaron 14 personas involucradas en el proceso de atención-cuidado de la TB del HF entre los meses de diciembre de 2019 a diciembre de 2020. Se distribuyeron en las siguientes disciplinas: 10 personas médicas, 2 personas trabajadoras sociales, 1 persona bacterióloga, 1 persona farmacéutica. De ellas 11 eran personal de salud de planta con una antigüedad institucional mayor a 5 años, 1 era personal de salud de planta con una antigüedad institucional menor a 5 años y 2 eran residentes en formación con una antigüedad institucional menor a 5 años. La mediana de edad fue de 54 años (rango intercuartílico: 16 años) y el género fue femenino en 9 personas. Algunas entrevistas ocurrieron durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 por lo que en ciertos relatos es posible observar cómo la reorganización de los servicios del hospital para responder a la emergencia sanitaria (Ministerio de Salud de la Ciudad, 2021) incidió en el proceso de atención-cuidado de la TB habitual.

b. El proceso de atención-cuidado de la TB en el HF

De acuerdo con los relatos, la participación de cada servicio en el proceso de atención-cuidado de la TB tiene lugar a partir de procedimientos o intervenciones específicas. Como puede observarse en la **figura 2**, estas pueden ocurrir habitualmente dentro de tres grandes momentos: la consulta inicial, la internación o el seguimiento ambulatorio.

Figura 2. Momentos del proceso de atención-cuidado de la TB y servicios involucrados. HF. Periodo 2019-2020.



IC: Interconsulta

Servicios con recuadro de línea gruesa continua: abordaje episódico

Servicios con recuadro de línea fina discontinua: abordaje longitudinal

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas.

Al analizar las intervenciones mencionadas, se identifica que el proceso de atención-cuidado de la TB presenta dos grandes ejes donde se fragmenta el abordaje institucional de las personas con la enfermedad.

El modelo de atención biomédico:

La comparación de los diferentes servicios, sus intervenciones y sus dinámicas de participación evidencia una asimetría clara en cuanto al lugar que ocupan tres de dimensiones relacionadas a la salud en el proceso de atención-cuidado de la TB: la biológica, psicológica y social. Siguiendo un

modelo de atención biomédico (Menéndez, 1990), el abordaje de aspectos biológicos de la salud organiza de manera hegemónica el proceso de atención-cuidado de la TB que se da a nivel institucional quedando el abordaje de aspectos psicológicos y sociales subsidiario al mismo. El proceso de atención-cuidado se fragmenta a partir de un abordaje en paralelo, su integración depende notablemente de cómo ocurra la articulación entre servicios.

En los relatos se observa que el abordaje de los aspectos biológicos de la salud ocurre siempre que se hace el diagnóstico de la TB mediante las intervenciones de servicios médicos *especializados en la enfermedad*. Los servicios de neumonología e infectología participan sistemáticamente para dar continuidad al tratamiento.

“Con neumo tenemos trato directo como para consultarnos pacientes o pedirles broncoscopía. Con clínica también, porque nosotros no tenemos sala, por lo tanto, nuestros pacientes se internan la gran mayoría en clínica médica.” **E6 – médica/o infectólogo/a**

“Durante la internación a nosotros nos avisan que ingresó un paciente con tuberculosis, vamos, le llenamos la denuncia¹², y ese paciente previo al alta, el servicio de clínica nos dice “Che el paciente se va de alta” Nosotros vamos, le damos un turno, recetas para que tenga para 15 días, un laboratorio y lo vemos en los 15 días.” **E9 – médica/o residente neumonóloga/o**

Los servicios de bacteriología, farmacia y epidemiología también participan de manera sistemática ya que desempeñan tareas de soporte de la asistencia médica. Es decir, intervienen en el diagnóstico y en el monitoreo del tratamiento a través de actividades como: la realización de estudios complementarios específicos, la gestión de la medicación, la vigilancia de la

¹² La denuncia o notificación de cada caso de TB a las autoridades jurisdiccionales es realizada desde los servicios de salud para acceder al tratamiento farmacológico, dar lugar a su monitoreo y a acciones de control epidemiológico (Zerbini y otros, 2013).

continuidad del tratamiento por parte de las personas con TB y el desarrollo de ciertas acciones para prevenir la trasmisión de la enfermedad.

“Entonces, ese seguimiento (...) Como el tratamiento de tuberculosis es bastante más largo que las otras infecciones que se manejan, en general se hacen un par de llamados más para ver cómo fue el cierre de la situación. A veces me queda pendiente el resultado del catastro¹³ de alguna persona (...)” **E14 – médica/o epidemiólogo/a**

“Lo que se arregló con la droguería central¹⁴(...) que yo mando un sólo mail una vez por mes (...) con las tres planillas: la de Infecto de pacientes, la de Neumotisio de pacientes y mi planilla de pedido de medicamentos (...) Pido que me lo manden a farmacia, yo centralizo.”

E7 – farmacéutica/o

El abordaje de los aspectos psicológicos y sociales, en cambio, no es sistemático. En la institución es la responsabilidad de servicios específicos tales como el servicio social, de salud mental y de toxicología. Salvo que las personas con TB los consulten directamente, la participación de dichos servicios se encuentra sujeta a la solicitud de *interconsulta* por parte de otros. Por tanto, la articulación es dependiente, en primer lugar, del reconocimiento de *necesidades en salud* (Stotz, 1991) relacionadas a problemáticas psicológicas o sociales y, en segundo lugar, del reconocimiento de la capacidad del servicio a consultar para darles una respuesta.

¹³ El catastro, también llamado estudio de contactos, es el conjunto de acciones de control epidemiológico que se desencadenan al diagnosticar a una persona con sospecha de TB teniendo por objetivos: identificar a las personas expuestas a la infección por TB; diagnosticar aquellas que tienen una infección latente por TB o han enfermado por TB solicitando exámenes complementarios como la prueba de la tuberculina (PPD), radiografía de tórax o toma de una muestra respiratoria para baciloscofia o cultivo; realizar el tratamiento según corresponda; recomponer la cadena de transmisión de la infección para identificar otros casos de TB (Zerbini y otros, 2013).

¹⁴ La mayoría de las drogas utilizadas para el tratamiento de la TB deben ser abastecidas por nivel nacional, provincial e intermedio del programa de TB. Solo se suministran a servicios de salud a partir de la notificación de cada caso por lo que su dispensa se reduce a dichos sitios (Zerbini y otros, 2013).

“(...) podés hacer un seguimiento en el consultorio externo donde está la demanda (...) puede ser que venga porque fue derivado o por el vínculo que se generó en internación.” **E8 – trabajador/a social**

“El problema sí puede ser con pacientes que tienen algún trastorno psiquiátrico u, hoy por hoy, más que psiquiátrico vienen a ser consecuencias de abusos de drogas (...) Hay camas de toxicología, pero generalmente pasa al revés, bajan los pacientes de toxicología a las camas de aislamiento porque se detecta tuberculosis en la sala de tóxico.” **E3 – médica/o clínica/o**

“Acá la verdad es que la admisión es.. venís y alguien te va a ver, y si no es horario de admisión por guardia alguien te va a ver y por lo menos medicación por un día te van a dar (...)” **E11 – medica/o toxicóloga/o**

En los relatos, se indica que las intervenciones se adecuan a la celeridad de respuesta requerida por el servicio que convoque. Por ejemplo, en la guardia se plantean intervenciones para responder a corto plazo, a una demanda inmediata para prestar continuidad al abordaje de aspectos biológicos de la salud.

“En mi caso, yo me centro más que nada en lo que es la conducta, responsable o no, respecto a la propia enfermedad. Trabajar sobre lo que es la concientización, no solo por la propia vida, sino por la vida de los terceros, digamos, creo que ese es nuestro lugar, por lo menos en la guardia (...)” **E5 – trabajador/a social**

“Lo que sí nos favoreció bastante que haya un trabajador social, al menos para buscar familiares, para buscar dónde vive, el documento, si le conseguimos ropa, avisarles a familiares, la verdad, también hay que dar crédito, es un avance.” **E2 – médica/o clínica/o**

Cuando es posible responder a lo largo de varias consultas, por ejemplo, en los consultorios externos, se desarrollan intervenciones a mediano plazo relacionadas a hábitos de consumo, la organización familiar o la gestión de recursos sanitarios, económicos o laborales.

“Cuando los pacientes se acercan para consultar si pueden gestionar una pensión, alguna medicación especial que no se cubre, o que lo cubren a través de programas especiales, cuestiones económicas, laborales, para algún beneficio social, para acompañamiento.” **E8 – trabajador/a social**

“Muchas de estas cosas hay que seguirlas trabajando en el tiempo y tratar de sostener esa abstinencia o esa suspensión del consumo la mayor parte del tiempo posible. Y eso es lo que se pretende incentivar digamos desde acá. A veces con mayor o menor suerte. Pero las cuestiones de grupo [terapéutico], yo te diría que funcionan mejor que las individuales.” **E11 – medica/o toxicólogo/a**

En los relatos se destaca que los servicios que realizan el abordaje de aspectos psicológicos o sociales suelen desarrollar intervenciones a partir de dispositivos de trabajo intersectorial.

Diferentes continuidades en la atención-cuidado de la TB

De acuerdo con la organización de los procedimientos o intervenciones que cada servicio desarrolla puede identificarse que el abordaje adoptado por cada uno de ellos puede ser *episódico* o *longitudinal* (Laspiur, 2016). Los servicios que adoptan un *abordaje episódico* buscan resolver la consulta circunstancial de las personas con TB. Es el caso de la guardia externa, emergentología, las salas de internación general y de cuidados intensivos. También, de aquellos servicios que efectúan estudios complementarios, como el laboratorio, imágenes, anatomía patológica o que realizan procedimientos diagnósticos quirúrgicos, como los servicios de cirugía o traumatología.

Generalmente, realizan intervenciones orientadas a arribar a un diagnóstico e iniciar un tratamiento rápidamente para continuar dando respuesta a una demanda permanente.

“La prioridad siempre la tiene el último que llega, que es el que más contagia.¹⁵ El que ya tiene tratamiento, es mucho menos contagioso, se lo puede poner en una habitación sin presión negativa pero solo, hasta cumplir 14 días, después dejan el hospital como cualquier otro.”

E3 – médica/o clínica/o

Son servicios que responden de manera amplia a la demanda de las personas donde la TB se identifica solo como una patología circunstancial. En ese caso, las acciones son de corto plazo ya que se centran en la problemática *aguda* de la persona con TB.

“(…) no es el interés de hacer una «unidad de tuberculosis», esa es la realidad. Están ahí porque esas son las camas, y hay una asignación específica, pero no es un proyecto ni de la sala ni del servicio ni del hospital.” **E3 – medica/o clínica/o**

Dado que estos servicios tienen atención continua, es decir funcionan las 24hs, son reconocidos como importantes *puertas de acceso* a la institución.

“En la guardia no es que tengamos una cuestión específica con tuberculosis, lo que sí hay es una circulación de pacientes con tuberculosis, digamos, vendría a ser la sala de recepción de los pacientes, el primer lugar donde acceden.” **E5 – trabajador/a social**

¹⁵ En las personas con TB con compromiso pulmonar que presentan síntomas respiratorios se recomiendan ciertas medidas de cuidado para evitar la transmisión de la infección a otras personas tales como el uso de barbijo, la ventilación de ambientes o su aislamiento respiratorio en habitaciones individuales durante la internación (Zerbini y otros, 2013).

Los servicios que adoptan un *abordaje longitudinal* mantienen un seguimiento de las personas con TB, ya sea en el ámbito ambulatorio o de la internación, por lo que pueden intervenir en varios de momentos del proceso de atención-cuidado. Son los servicios de neumonología, infectología, bacteriología, farmacia, epidemiología, servicio social, salud mental y toxicología. Estos servicios plantean intervenciones a mediano plazo pudiendo implicar numerosas consultas dentro de horarios acotados de funcionamiento, mayormente matutinos.

“Es que el inicio del tratamiento una vez que tiene el diagnóstico es inmediato, el problema es sostener el tratamiento. Tenés que pensar que para sostener el tratamiento vos tenés que venir a retirar medicación una vez por mes ¹⁶ (...) Aparte el retiro de medicación tiene un horario finito. Hay un horario de retiro de la farmacia de medicación.”

E6 – médica/o infectóloga/o

En los relatos de quienes trabajan en dichos servicios, puede observarse que la concurrencia de la persona con TB a las consultas para dar continuidad al proceso de atención-cuidado cobra un lugar importante.

“Quizás algo que retrase es que el paciente se pierda, que lo diagnosticamos y luego lo llamamos por teléfono y ese teléfono no corresponde. Pasó que el paciente luego se perdió y no lo pudimos contactar. Y queda anotado y hasta que algún día aparezca.”

E9 – médica/o residente neumóloga/o

Ahora bien, las dos formas de abordaje de la TB conviven en el hospital gracias a una distribución de tareas clara en cada servicio. La continuidad en el abordaje institucional de las personas con TB está sujeta a la articulación

¹⁶ El tratamiento farmacológico suele incluir la toma de cuatro drogas por 6 meses pudiendo prolongarse a 9 o 12 meses en ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando existe infección por VIH. Durante ese tiempo es necesario realizar un seguimiento de las personas con TB que implica evaluaciones clínicas y estudios de control (Zerbini y otros, 2013).

entre servicios independientemente de que modelo adopten. Si bien en general se indica que es adecuada, algunos relatos sugieren que puede haber dificultades en este punto dando lugar a un abordaje institucional desintegrado que deviene en la *pérdida* de la persona con TB.

“Está bastante aceitado el tema de la interconsulta, entre médicos, enfermeros, infectólogos, hasta que llegue la internación, o sea, está bastante bien aceitado eso, no hay problemas como puede haber con otras especialidades (...) No, a Infectología en eso hay que darle crédito (...)” **E2 – médica/o clínica/o**

“Cuando inicia el tratamiento un paciente, si está por la mañana, tenemos el listado, pero si llega a pasar por la tarde o por guardia, es más complicado. Igual se le da la medicación por un par de días y después viene a atenderse en forma normal, pero esos pacientes se te pierden un poco.” **E7 – farmacéutica/o**

“Cuando entran por la guardia, es medio complejo, porque nosotros funcionamos hasta el mediodía más o menos. Pero si el paciente entró después de ese horario por la guardia, ese es un paciente que ya nosotros no lo vemos. A menos que la guardia le diga o le dé una nota para que vengan a neumonología al siguiente día o algún día a la mañana. Ese es un paciente que quizás se pierde.” **E9 – médica/o residente neumonóloga/o**

“Cuando la orden del paciente no tiene la cantidad de datos que necesitamos, como por ejemplo el teléfono o la ubicación de dónde encontrarlo, por más que hagamos todo rápido, todo bien, al paciente no se lo localiza (...) hay veces que los pacientes están en la guardia y por h o por b se van, se retiran y bueno, hay que localizarlos.” **E4 – bioquímica/o**

“Porque el tema de la internación muchas veces es tenido en cuenta incluso por otros profesionales, como una cuestión que yo te diría mágica. Que pasa por acá y sale desintoxicado. Sí, pero saldrá desintoxicado desde lo orgánico, pero una práctica de diez o quince

años vos no la vas a modificar en catorce días (...)” **E11 – médica/o toxicóloga/o**

En algunos relatos se señaló que el proceso de atención-cuidado de la TB habitual presentaba importantes alteraciones secundarias a la pandemia por COVID-19 que, entre otras cosas, dio lugar a una reorganización de las actividades de los servicios del hospital. Tal es el caso de la incorporación de la Unidad de Febriles de Urgencia ¹⁷ para la atención específica de personas con sintomatología compatible con COVID-19. Debido a la orientación de recursos priorizando la respuesta a la emergencia sanitaria, también se indicaron interrupciones en el proceso de atención-cuidado descrito que principalmente afectaron a personas en seguimiento ambulatorio durante el aislamiento social preventivo y obligatorio.¹⁸ En la **figura 3** se representan dichos cambios.

“Quizás al inicio de la pandemia, marzo, abril, hubo ahí una interrupción, pero no nos sentamos a ver cuántos abandonaron, que es la realidad. Pero después establecimos días de consultorio para seguirlos viendo y creo que están viniendo los pacientes (...)” **E9 – médica/o residente neumonóloga/o**

“Aquellos que están en tratamiento, que están bien, piensan que el riesgo de venir acá y contagiarse COVID es mayor al riesgo de suspender o abandonar el tratamiento, porque en teoría ya están bien (...) Lo que no tenemos son las cifras de abandono porque no nos

¹⁷ Las Unidades Febriles de Urgencia o UFUs fueron dispositivos asistenciales anexados mayormente a hospitales públicos de la CABA durante la pandemia por COVID-19. Su propósito fue evitar la saturación de los servicios de salud públicos por la población ambulatoria que consultara conformando un circuito cerrado de atención para los “casos sospechosos de COVID-19”. Según las necesidades de cada caso, articulaban con otros servicios de salud para la internación o con los diferentes centros de aislamiento extra-hospitalarios (Ministerio de Salud de la Ciudad, 2021).

¹⁸ El aislamiento social preventivo y obligatorio fue una medida de salud pública implementada en Argentina el 20 de marzo de 2020 para contener la epidemia, favorecer la aparición gradual y detección precoz de casos de COVID-19 y hacer más efectivas las acciones de control. Se extendió durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 hasta el 24 de mayo de 2020 en que se instaló el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (Decreto DNU 297/2020, 2020; Decreto DNU 459/2020, 2020; Decreto DNU 520/2020, 2020).

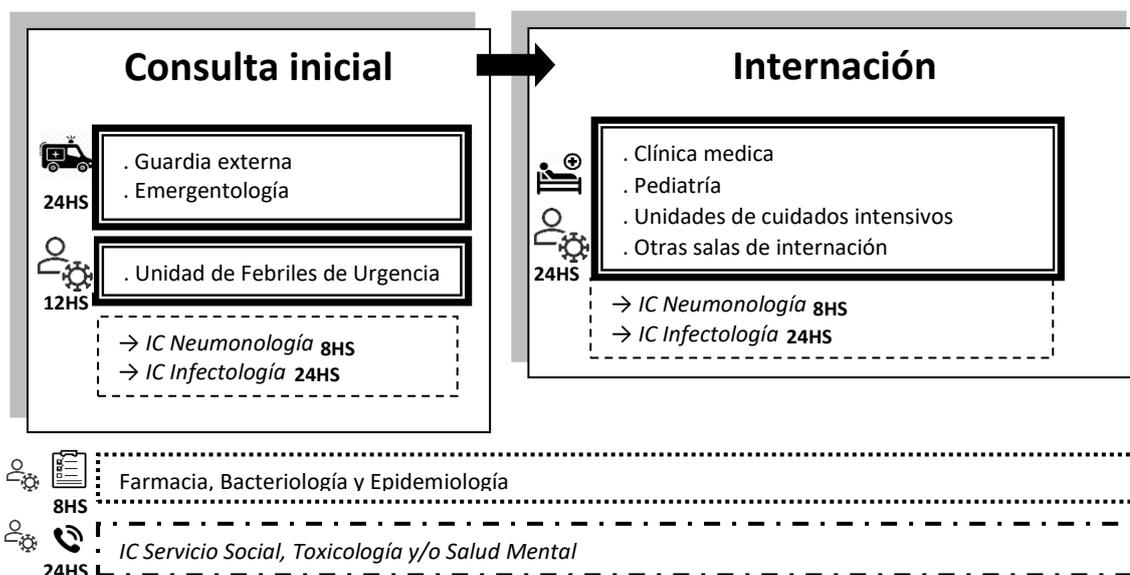
tomamos el trabajo en estos tres meses de ir y buscar quienes son los que tendrían que haber ido a retirar medicación y no lo hicieron. Lo veremos de acá a unos meses cuando también pase un poco la carga de trabajo para todos y podamos dedicarnos a esto, pero el abandono de tuberculosis va a ser igual que cualquier otra enfermedad, que uno ya lo está viendo ¿no?” **E10 – médica/o neumonólogo/a**

“A partir de octubre me empezaron a llegar reportes de tuberculosis que habían sido notificadas en enero 2020 y ahora estoy llena de reportes nuevos y más antiguos, por eso digo que fue un sesgo, fue como que... evidentemente los recursos estuvieron enfocados mucho en COVID y se siguió recortando tuberculosis (...)” **E14 – médica/o epidemiólogo/a**

“[La pandemia] empeoró mucho lo que es la parte de llegar al hospital, por lo que no era COVID. O sea, todas las patologías que no eran COVID. Lo que sí surgió, como positivo las alertó mucho a las chicas [personas transgénero], se asustaron por el COVID, las alertó a decir «uy me tengo que tratar de HIV», se empezaron a asustar de que había mucha población vulnerable por el COVID, eso por un lado las alertó en la demanda de querer concurrir. Pero cuando querían concurrir, no podían porque el sistema de salud estaba destinado solo a COVID.” **E13 – médica/o infectólogo/a**

“Todos nuestros pacientes terminan con alguna intervención, no ahora en pandemia, pero en condiciones normales, por ejemplo, terminan en odontología porque son personas con patologías crónicas, cardiológicas, diabetes que no fueron atendidas ni cuidadas ni seguidas en la forma adecuada (...) No ahora, pero pre-pandemia en la admisión en dos horas te había visto un médico toxicólogo, un psicólogo y un psiquiatra (...) Eso en las condiciones pre-pandemia porque ahora el personal está distribuido en otras actividades.” **E11 – médica/o toxicólogo/a**

Figura 3. Orientación de los servicios del hospital a la atención-cuidado de las personas con COVID-19 y modificación de los momentos del proceso de atención-cuidado de la TB. HF. Año 2020.



IC: Interconsulta

Servicios con recuadro de línea gruesa continua: abordaje episódico

Servicios con recuadro de línea fina discontinua: abordaje longitudinal

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas.

c. Respuestas tradicionales

En el apartado anterior se indicó que el proceso de atención-cuidado implica que las personas con TB transiten sucesivos momentos en que los servicios desarrollan sus procedimientos o intervenciones. El abordaje especializado de aspectos biológicos de la salud es, en dicho proceso, el nicho donde se sitúa la posible resolución de la enfermedad, siendo el abordaje de aspectos psicológicos y sociales complementario. Por tanto, la respuesta general de dicho proceso se encuentra predominantemente orientada a ciertas *necesidades en salud*.

“Probablemente es un paciente que reconoce que puede tener algo potencialmente serio, que entiende las pautas que le dan, que cumple con las indicaciones y eventualmente está motivado para tratar su enfermedad y cuando vos le indiqués tratamiento lo va a cumplir del mismo modo que cumplió las pautas previas (...).” **E10 – médica/o neumóloga/o**

En este marco, se señala que la aceptación del abordaje que la institución propone por la persona con TB es un requisito para que el proceso de atención-cuidado ocurra. Ella debe acudir o ser llevada a la institución en busca de una solución a la enfermedad, debe hacerse responsable de su situación de salud y debe cumplir con las indicaciones.

“La gente que tiene una vida medianamente ordenada, que trabaja, si se les presenta esta circunstancia de transitar tuberculosis (...) hay una necesidad de atención que se recibe y se acepta para continuar con su vida habitual.” **E5 – trabajador/a social**

En este apartado se profundiza en el proceso descrito, particularmente en sus *respuestas tradicionales* (Campos, 2009), para analizar la factibilidad para desarrollar un abordaje integral de la TB a partir de la percepción de fortalezas y debilidades por parte del personal de salud involucrado. En consonancia con lo descrito previamente, podrá verse cómo el abordaje integral es considerado mayormente desde un *modelo de atención biomédico*.

La alta complejidad biomédica como estándar de integralidad

Al indagar sobre las fortalezas del proceso de atención-cuidado de la TB para alcanzar un abordaje integral, el personal de salud pondera, en primer lugar, la alta complejidad técnica que permite una amplia respuesta a la enfermedad desde un punto de vista biomédico.

“Tenemos un servicio de infecto y de neumo. Neumo tiene un consultorio con presión negativa, tenemos toda la protección.¹⁹ Después, el esputo [muestra de secreciones respiratorias] se puede entrar cualquier día, tenemos PCR [prueba de amplificación del ácido nucleico en tiempo real]²⁰ que no la tienen en muchos lugares, después tenemos todas las drogas; creo que faltan drogas para multirresistentes, pero si uno hace la nota se consigue la medicación. Después tenemos tomografías, tenemos estudios invasivos como broncoscopia.” **E9 – médica/o residente neumonólogo/a**

“Con el GeneXpert [prueba de amplificación del ácido nucleico en tiempo real] también, eso nos mejoró mucho las meningitis tuberculosas, que muchas veces teníamos que tratarlo de forma empírica (...) Tenemos un día de quirófano por si hay que hacer una broncoscopia, con las biopsias tampoco hay mayor problema. Hay un quirófano con presión negativa. La disponibilidad es un sólo día a la semana, pero bueno.” **E3 – médica/o clínica/o**

“(...) por ejemplo con dermatología que nuestros pacientes tienen muchas patologías dermatológicas y nosotros tenemos un cuaderno, y nosotros damos los turnos de dermatología (...) Tenemos muchos pacientes que tienen síntomas metabólicos y demás por lo cual viene un médico [endocrinólogo] una vez por semana el cual ve todos los pacientes que tienen patología, aumento de colesterol, aumento de triglicéridos. Vienen un día las nutricionistas, que hacen consultorio un día acá en el servicio a hacer consultorio (...) Como nosotros también tenemos muchos pacientes con patología neurológica, los neurólogos

¹⁹ Las medidas de control ambiental tales como la ventilación mecánica o la utilización de filtros de aire constituyen una de varias líneas de defensa para la prevención de la transmisión de la infección al personal de salud durante la atención de personas con TB (Zerbini y otros, 2013).

²⁰ La prueba de amplificación del ácido nucleico automatizada es un método diagnóstico de la TB y la resistencia a la rifampicina que permite la obtención de resultados confiables en menos de 2 horas.

vienen un día a la tarde a atender pacientes HIV y nosotros les citamos o los cita la secretaria.” E6 – médica/o infectóloga/o

Ello sitúa los procedimientos o intervenciones a desarrollar en un único escenario: el hospital. Aspectos como la elevada sospecha de la enfermedad en la consulta inicial, la alta capacidad diagnóstica y la disponibilidad de especialistas médicos son considerados claves por el personal de salud.

“Uno los encuentra porque los busca, pero tiene que haber una actitud activa del equipo de salud para buscarlos. Hay gente que le pasa mucho tiempo y consulta en momentos ya trágicos desde el punto de vista evolutivo. El estado clínico es malo, avanzado, muy malo.” E1 – médica/o epidemióloga/o

“Los que piensan más rápido en tuberculosis, es el servicio de Infectología. Piensan bastante más rápido que otros servicios, sobre todo de la guardia (...) Creo que el ojo que tienen las dos bacteriólogas es fantástico (...) es uno de los puntos cardinales para un diagnóstico rápido, un tratamiento rápido (...) Muchos pacientes no darían el esputo [muestra de secreciones respiratorias] positivo en un lugar privado, pero sí lo harían en un lugar público²¹ (...)” E3 – médica/o clínica/o

“Probablemente el servicio de infectología más grande de la Ciudad de Buenos Aires, no hay otro hospital que tenga... salvo el Muñiz, tantos infectólogos. Además, hay un infectólogo de guardia también (...)” E6 – medica/o infectóloga/o

A través de los relatos se describe cómo la disponibilidad de especialidades médicas consolidó caminos institucionales divergentes para

²¹ La baciloscopía es la técnica diagnóstica más práctica, sencilla y rápida para la detección de personas con TB que expectoran gran cantidad de bacilos. Es un procedimiento dependiente tanto del cumplimiento de normas para la toma, envío y procesamiento de las muestras como de personas entrenadas en bacteriología clínica para su evaluación (Zerbini y otros, 2013).

las personas con TB según presentaran infección por VIH. Las personas que la presentan reciben asistencia médica en el servicio de infectología, mientras que las que no, en el servicio de neumonología.

“Acá se divide históricamente en los pacientes que tienen HIV los ve infecto y los pacientes que no tienen HIV los ve neutmo.” **E9 – medica/o residente neumonólogo/a**

“Hay como una línea divisoria entre los planes de Sida y de Tuberculosis, que a los pacientes que tienen VIH tienen que seguirlos los infectólogos y los que no tienen HIV los neumólogos, porque las drogas se vehiculizan por dos planes diferentes.” **E3 – medica/o clínica/o**

“Cuando hay pacientes que no son fáciles de tener los resultados (...) siempre tenemos mucho intercambio con infectología y con neumonología, entonces uno va sabiendo cada vez más del paciente (...)” **E4 – bioquímica/o**

Cada una de dichas disciplinas parece relacionarse de manera particular con las personas con TB, es decir, a partir de lógicas específicas de su propio *campo científico*.²² La neumonología es una especialidad médica históricamente asociada a la TB por ser su afectación predominantemente pulmonar. La infectología, en cambio, incorporó el abordaje médico de la TB en el marco del surgimiento del VIH donde la TB se presentaba de manera diferente a lo acostumbrado como consecuencia de la afectación de la inmunidad. Ello agregaba una serie de intervenciones de diagnóstico, con otras de tratamiento que resultaban determinantes para la evolución favorable de las personas con ambas enfermedades.

“Al principio, cuando nosotros hicimos el primer trabajo que fue 15 años de tuberculosis en el hospital, entre las tuberculosis que seguían

²² Definido por Bourdieu (2000) como un espacio de lucha por espacios de poder y el monopolio de la autoridad científica definida como capacidad técnica y como poder social o que es socialmente reconocida.

neumo y nosotros, nosotros al principio de la epidemia del HIV teníamos muchas tuberculosis diseminadas (...) tenemos pacientes con severo deterioro inmunológico, que además de tener la manifestación pulmonar pueden o no tener sumadas manifestaciones extrapulmonares (...) Ya de por sí la medicación tuberculostática tiene interacciones con medicación de HIV, entonces hay que cambiar los antiretro [Tratamiento antirretroviral para VIH] para adaptar la medicación tuberculostática.” E6 – medica/o infectólogo/a

Puede observarse que las fortalezas del proceso de atención-cuidado de la TB reconocidas mayormente por el personal de salud se vinculan a una estructura de alta complejidad biomédica. Frente a ello cabe preguntarse: ¿pueden las respuestas tradicionales satisfacer la demanda de las personas con TB en todos los casos? Ligadas a la perspectiva mencionada, se describen debilidades del proceso de atención-cuidado de la TB reconocidas por el personal de salud. En primer lugar, se mencionan dificultades que responden a algún grado de insuficiencia de las *tecnologías duras* o de los *altos grados de especialización* (Merhy, 1998; 2002) con las que se dispone para trabajar.

“Tiene la debilidad que es una estructura con determinada capacidad, calculada para determinada población y que en realidad tiene una demanda infinita (...) Así que me parece que esa es la principal limitación, una oferta limitada y una demanda infinita.” E10 – médica/o neumonóloga/o

“(...) nosotros ya le damos orden de PPD [prueba de tuberculina] y placa [radiografía de tórax], sin necesidad de ver al paciente, que se la hagan y cuando la tengan nos vengán a buscar. Eso sí, les pedimos que no vengán de golpe, que vengán de a uno o de a dos, para no colapsar.” E9 – médica/o residente neumonóloga/o

“Nosotros también somos un número limitado y el número de pacientes que hay son cuatro mil y pico. Parece que somos muchos, pero

hacemos muchas cosas también, nosotros nos encargamos del seguimiento de todos los pacientes en el hospital, más consultorio externo más control de infecciones. Con lo cual es un servicio que se trabaja bastante (...).” E6 – médica/o infectólogo/a

Un ejemplo recurrente se relaciona a la disponibilidad de camas de internación que, durante el proceso de atención-cuidado de la TB, agrega la necesidad de disponer de habitaciones con aislamiento respiratorio. Su limitada capacidad puede generar tensiones entre los servicios implicados.

“Y depende, hay algunos que llegan en muy mala situación, que son pacientes que hay que internarlos (...) nosotros siempre nos caracterizamos por ser un servicio que trataba de darle mucha importancia al consultorio externo (...) si internáramos a todo el mundo nos quedaríamos sin camas rápidamente.” E6 - médica/o infectólogo/a

“(...) lo más complejo siempre es que un paciente (...) necesite un aislamiento rápido, una internación rápida y por ahí se necesita también cama en terapia intensiva (...) Hay situaciones, períodos invernales, que cuando llega el paciente ya tenemos ocupadas ciertas camas (...) o no tenemos cama en terapia y esos pacientes se complican, más bien por la cuestión más edilicia o de camas.” E2 – médica/o clínica/o

Los relatos indican que no disponer de camas de internación genera *complicaciones* ya que se reduce la capacidad institucional para responder a los casos. Dicha limitación constituye un motivo para decidir la derivación de personas con TB a otra institución.

“Y para nosotros lo más complejo termina siendo el sangrado de las lesiones pulmonares, es decir, en cuanto al manejo clínico (...) porque es un cuadro potencialmente mortal, la disponibilidad a veces de

conseguir camas en internación es complicada.” E10 – médica/o neumonóloga/o

“Las mayores interconsultas (...) lo hacemos con el hospital Muñiz por la experiencia que tienen ellos de manejo con pacientes multirresistentes. Inclusive muchas veces las hemos derivado para que se hagan el tratamiento o la internación allá porque tienen las condiciones edilicias adecuadas que por ahí el hospital [Fernández] no. El hospital [Fernández] no tiene muchas camas de aislamiento digamos, en cambio el Muñiz tiene directamente pabellones que son para esos casos de tuberculosis.” E13 – médica/o infectóloga/o

De no darse el alta ni ocurrir la derivación bajo dichas circunstancias, la persona con TB puede permanecer más tiempo del esperado, incluso varios días, en servicios de urgencia o emergencias, tras la consulta inicial. Se considera que dicha situación puede atentar contra la continuidad del abordaje.

“Pero la solución es tratar de que la internación esté más disponible para la guardia, no puede ser que esté un paciente internado tres días, cuatro días o diez días como tuvimos alguno (...) Lo que hay que mejorar es la disponibilidad de camas en los pisos (...)” E3 – médica/o clínica/o

“Cuando el paciente se eterniza en la guardia (...) por el número de enfermeros, por la rotación de médicos (...) Entonces una consigna resulta que no le llegó, se dejó de cumplir, no se le dio la medicación, no se le tomó el esputo [muestra de secreciones respiratorias] (...) La permanencia en la guardia más allá del tiempo adecuado obstaculiza este y cualquier procedimiento.” E11 – médica/o toxicóloga/o

Se considera que la dinámica de trabajo de dichos servicios, centrada en responder a *lo agudo*, dificulta la creación de un vínculo con la persona con

TB, pudiendo conducir al egreso voluntario de la misma con interrupción del proceso atención-cuidado.

“O que el paciente se vaya también, vos decís «No, pero si estuve hablando con él». Haces una suerte de contrato terapéutico y bueno por ahí el paciente pide hablar con su médico, ya cambió la guardia, el médico no está, nadie lo registra... (...) Se rompe el contrato.” **E11 – médica/o toxicóloga/o**

Los servicios de internación, bajo la misma forma de abordaje, también trabajan con el apremio de resolver rápidamente dando paso a lo que sigue en un circuito con demanda permanente. Por tanto, cualquier factor que posponga el siguiente paso para la persona con TB es visto como un obstáculo para su funcionamiento en el marco de la organización hospitalaria.

“Creo que más nos preocupa la falta del diagnóstico y el no estar tratándolo (...) Si ya tiene diagnóstico positivo, con baciloscopia positiva, se queda que aislamiento y se trata de dar de alta en la medida en que haya un medio continente (...) El problema siempre está en el medio social donde vive el paciente (...) Los pacientes con más problemas sociales es lo que nos bloquea las camas de aislamiento” **E3 – médica/o clínica/o**

“A veces pongo «paciente que no está en condiciones de realizar el tratamiento ambulatorio», cosa que va contrario a cualquier iniciativa del hospital de generar un giro cama veloz, ágil, pero... si, mucho más con tuberculosis, porque, en realidad, es algo para tomárselo responsablemente.” **E5 – trabajador/a social**

Las problemáticas psicosociales que acompañan a las personas con TB son percibidas como fuertes obstáculos dado que su abordaje resulta en un proceso lento para *los tiempos esperados del hospital*. Por este motivo, en los servicios se las asocia a la falta de disponibilidad de camas.

“Igual la descarga social está bastante dificultosa para todos los pacientes en general que tienen problemas habitacionales, problemas de vejez, la falta de familiares. Están divididos los recursos para ese tipo de cosas y hoy por hoy se nos dificulta.” **E3 – médica/o clínica/o**

Si bien en los relatos se reconoce ampliamente que la TB como padecimiento se asocia a problemáticas psicológicas y sociales, se ha señalado previamente que, en este escenario particular, el abordaje se centra de manera dominante en los aspectos biológicos de la salud.

“Más que nada porque tiene que ver con el hacinamiento, mala alimentación, falta de higiene (...) Le dicen «la enfermedad de los pobres», ¿no? (...)” **E5 – trabajador/a social**

*“Poblaciones vulnerables en todo sentido, desde la población trans, población que vive en condiciones de hacinamiento. Nosotros tenemos como área programática el Barrio 31 [Barrios Padre Mugica], que ya de por sí es un tema con el tema del COVID digamos, y es un tema también el dengue.”*²³ **E6 – médica/o infectóloga/o**

“Y a mí por ejemplo me preocupa mucho la gente en situación de calle, esa gente está expuesta. Muchos han muerto de tuberculosis, gente en situación de calle murió de tuberculosis y yo creo que con el COVID debe ser un agravante mayor, eso me preocupa.” **E8 – trabajador/a social**

“Viven en lugares siempre con carencias, y siempre la pobreza es lo que marca un poco a la tuberculosis (...) Son pacientes que muchos viven en situación de calle, muchos viven en hacinamiento y se niegan ellos a volver al medio en que estaban, aunque van a volver mejor que como vinieron, obviamente, ya cuando tenemos la certeza de que los

²³ En el momento que tuvo lugar esta entrevista, el barrio Padre Mugica (ex villa 31 y 31 BIS) se presentaba con una de las tasas de incidencia más elevadas de COVID-19 y dengue de la CABA (Ministerio de Salud de CABA, 2020b; Greco y Vitale, 2021).

pacientes tienen una baciloscopía negativa en general los damos de alta.” **E3 – médica/o clínica/o**

“Acá el hospital tiene el sesgo de que la mayoría tiene condiciones deficientes de vivienda, pero es un nexo común no solo a la tuberculosis sino también al resto de las patologías que vemos (...) Cuando empezó la pandemia teníamos, te diría que el 70% de los pacientes eran de la Villa 31 [Barrio Padre Mugica]. Porque además al quedar cercados de alguna manera ²⁴, no digo que haya habido menos acceso al consumo, pero había más limitaciones. Sí, te diría que tuvimos los dos o tres primeros meses todos pacientes de la Villa 31.”

E10 – médica/o toxicóloga/o

Dado que el proceso de atención-cuidado se orienta fundamentalmente a aspectos biológicos de la salud, desde la perspectiva del personal de salud, estos últimos deberían determinar mayormente la llegada o internación de la persona con TB en el hospital. En este marco, las problemáticas psicológicas y sociales pueden, en cambio, tensar la capacidad de los servicios de salud para responder de manera efectiva.

“Trabajaba de pizzero... obviamente en negro (...) el flaco trabajaba por día... cobraba por día trabajado... Yo hasta hablé con el jefe del flaco, explicándole, tratando de que el flaco no pierda el trabajo, de que... digamos, que el flaco pueda asegurar por lo menos un periodo de tratamiento, en donde no sea ni riesgoso para él ni para su familia ni otras personas y que le asegure poder volver a trabajar (...)” **E5 – trabajador/a social**

“La gran mayoría tiene trabajos que no son en relación de dependencia, sino que son «changas» que le dicen, que eso también lleva a que no consulten porque consultar es perder un día de trabajo (...) se dan de alta voluntaria del hospital porque no pueden sostener la internación

²⁴ Se alude a las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio implementadas en Argentina durante los primeros meses la pandemia por COVID-19 (Decreto 297/2020, 2020).

porque pierden los trabajos que tienen (...)” **E13 – médica/o infectóloga/o**

“Después tenemos la falta de adherencia (...) pero bueno, ya hay factores extras que pueden tener que ver con necesidades a lo mejor de ausentarse en el trabajo, si tienen que venir acá, la dificultad para movilizarse, la falta de fondos para venir a veces desde muy lejos en el conurbano ¿no?” **E10 – médica/o neumonóloga/o**

En este sentido, el personal de salud reconoce importantes debilidades en el abordaje de la TB cuando se trata de ciertos grupos sociales tales como personas con consumo problemático de sustancias, antecedentes de tratamientos incompletos o en situación de vulnerabilidad social.

“A veces el consumo se vincula a muchos estados de abandono personal, aunque no estén en situación de calle (...) Sostienen mal sobre todo lo que son tratamientos a largo plazo, o que necesitan determinadas pautas de cumplimiento (...).” **E11 – médica/o toxicóloga/o**

“Entonces estos pacientes que abandonan vuelven y vuelven a iniciar, se extiende encima el tratamiento, porque no terminas nunca de hacer los seis meses como corresponde (...).” **E7 – farmacéutica/o**

“Entra y sale del circuito todo el tiempo (...) acá ya ha entrado y ha estado menos de seis horas, después ha vuelto, viene mucho por guardia. Y va a veces al Muñiz, a veces acá, la conocemos en todos lados (...) Está sola, es trans, vive de la prostitución, ni siquiera es argentina, situación de calle, de todo. Otras infecciones también. Sí, ella, creo, que es de Brasil.” **E11 – médica/o toxicóloga/o**

Como ya se ha mencionado, frente a las problemáticas psicosociales de las personas con TB, se constata que el abordaje se desdobra, en un sentido operativo, en diferentes dimensiones que se asumen paralelas.

“Desde la parte social, no hay nada que lo facilite. Generalmente son pacientes que muchas veces o no tiene familia o viven en lugares con hacinamiento (...) un cuarto de un hotel donde no lo quieren recibir de vuelta (...) Es un paciente que requiere del Servicio Social desde el primer momento (...).” **E3 – médica/o clínica/o**

Es decir, cada una es responsabilidad de ciertos servicios, disciplinas o especialidades que desarrollan intervenciones en diferentes tiempos para darles respuesta.

“Hablando de las razones por las cuales muchas veces nos demandan en la guardia, paciente de tuberculosis multirresistente que se quiere ir y no se quiere tratar. Pero porque vive en la calle y no se aguanta estar internado.” **E5 – trabajador/a social**

“Uno les cuenta, pero obviamente la investigación social que puede hacer una visitadora social va mucho más allá de lo que podemos hacer nosotros (...) El problema sí puede ser con pacientes que tienen algún trastorno psiquiátrico u, hoy por hoy, más que psiquiátrico, consecuencias de abusos de drogas (...) Los psiquiatras no se quieren hacer cargo, los psicólogos no se quieren hacer cargo” **E3 – médica/o clínica/o**

En resumen, se ponderan las condiciones estructurales que permiten a esta institución hospitalaria de alta complejidad dar respuesta a la enfermedad en sus aspectos biológicos. Se reconoce como una estructura fuertemente dependiente de recursos que, frente a una cierta demanda, pueden resultar insuficientes provocando debilidades en su funcionamiento. Asimismo, que las problemáticas psicológicas y sociales pueden comprometer el proceso de

atención-cuidado esperado. El siguiente fragmento propio de una de las disciplinas que aborda la problemática social resulta ilustrativo de lo descrito sobre la cuestión de la integralidad en el abordaje en la institución.

“Este es un país que, no sé por qué extraña razón, le cuesta tanto aceptar los términos amplios de salud (...) pero en cuestiones mínimas como decir “a ver, salud es...” el concepto amplio de salud, no solamente el bienestar orgánico. Entonces, si no se empieza a ver la persona, paciente, en su totalidad, te vas a ver complicado en la posibilidad de diagnosticar las posibilidades de continuidad de un tratamiento.” **E5 – trabajador/a social**

d. Líneas de fuga

Las *respuestas tradicionales* del proceso de atención-cuidado de la TB ocurren mayormente a partir de una estructura organizacional anclada al *modelo biomédico*. De acuerdo con ello, el incremento en la integralidad en este escenario particular se relaciona a la consideración de aspectos psicológicos y sociales a la hora de plantear intervenciones para las personas con TB. En los relatos del personal de salud involucrado, es posible reconocer intervenciones que incorporan necesidades en salud en un sentido amplio y mecanismos de articulación entre diferentes disciplinas, servicios o instituciones dando cuenta de una mayor integración e intersectorialidad en el abordaje de la TB. Dado que implican una adecuación de la práctica disciplinar dentro de una estructura organizacional altamente burocratizada, dichas intervenciones y mecanismos pueden ser considerados *líneas de fuga* (Campos, 2009). Una dimensión contundente para ello se relaciona a la comunicación efectiva.

“Por esto de que tienen una vida nocturna, entonces en general la mayoría de la población trans hace trabajo sexual de noche (...) La mayoría tienen una sola comida, entonces entre la desnutrición y sumado a esto habitacional, es como el combo perfecto para una tuberculosis ¿no? (...) desnutrición, alcoholismo (...) a veces el

consumo también de drogas (...) La principal causa de que vienen acá a Buenos Aires tiene que ver con el estigma por identidad de género que viven en su provincia natal (...) Vienen muy jovencitas a trabajar acá, a lo mejor a los 14 o 15 años, o 18 o 20 (...) Cuando empecé a hacer la guardia en el hospital, veía que la mayoría de las chicas trans llegaban al hospital y su primera puerta de atención era la guardia, porque llegaban con un nivel de enfermedad muy avanzado (...) Y bueno, lo que nos sorprendió fue que la gran mayoría contestaba que no iban porque se sentían discriminadas por el sistema de salud.” E13 – médica/o infectóloga/o

Esta es reconocida como un elemento central para la generación de un vínculo entre el personal de salud y las personas con TB, siendo la base para aplicar un modelo de atención-cuidado longitudinal (Laspiur, 2016).

“(...) Acá lo que se pretende, yendo de lo simple a lo complejo, es establecer algún tipo de lazo y, dependiendo también del paciente, se puede seguir avanzando.” E11 – médica/o toxicóloga/o

Integralidad, integración e intersectorialidad

En los relatos se señala que la demanda asistencial del hospital abarca a personas con TB con residencia cercana a la institución como a otras con residencia más alejada, llegando a alcanzar todo el AMBA. En estos casos, se remarca la necesidad de estas personas de atravesar grandes distancias para llegar a la consulta.

“En general son clase baja, viven en villas, la Villa 31 es lo más frecuente, viviendas donde están hacinados. Los que vienen del conurbano tienen las mismas condiciones (...) de hecho vienen a veces de zonas alejadas, y la familia los viene a visitar una o dos veces por semana porque no tienen plata para moverse desde el conurbano.

Sobre todo, cuando aumenta el boleto (...) Ellos te avisaban «no es que no queremos venir, es que no podemos» (...) **E3 – médica/o clínica/o**

“Yo creo que los pacientes vienen acá, viviendo en provincia, cuando en realidad no deberían trasladarse, pero creo que es porque no les dan respuestas en sus lugares, en sus hospitales, en sus centros de salud, entonces bueno, van a hospitales de referencia como el nuestro (...) **E7 – farmacéutica/o**

La migración en búsqueda de atención médica remite en los relatos a la movilidad de las personas con TB desde otras jurisdicciones, incluso desde otras provincias y países, en búsqueda de una *mejor atención* o *solución a su problema de salud*. Dichos fenómenos migratorios configuran para algunos de los servicios, un área de procedencia de personas con TB sin límites en términos geográficos.

“(...) hemos tenido acá pacientes que viven pasando Cañuelas, de Brandsen, pacientes que vos le preguntas «¿Cuánto demora en venir acá?» y te dicen «tres horas» porque se tomó un colectivo, tren, otro colectivo, otro colectivo más (...) **E10 – médica/o neumonóloga/o**

“(...) No me lo olvido más por lo dramático, por la situación que la trajeron [a la paciente] en colectivo, que de Retiro la trajo el SAME [Sistema de Atención Médica de Emergencias] al hospital y que falleció por una enfermedad curable con un cuadro de sepsis, viniendo de Jujuy, O sea, pasaron un montón de pasos que no se diagnosticaron, no se consultó allá (...) **E13 – médica/o infectóloga/o**

En línea con ello, es posible reconocer una intervención de adecuación disciplinar es la de ajustar el plan terapéutico teniendo en consideración las posibilidades de las personas con TB de asistir a los controles.

“Todo esto depende de dónde vivan, cuál es su situación social, si tienen contexto familiar que puedan hacer el seguimiento de ir y venir,

todas situaciones que hay que evaluar en cada caso en particular (...) ¿es necesario que venga todos los meses al hospital? ¿o se puede evaluar que se le entregue medicinas, contactar, darles medicación por dos o tres meses? (...) **E6 – médica/o infectóloga/o**

“Viene un paciente que vos sabés que va a la calle y va a abandonar el tratamiento, va a venir cada vez más complicado (...) Muchas veces uno toma esta responsabilidad de decir que el paciente no se encuentra en condiciones de realizar el tratamiento ambulatorio, entonces, la única forma es mantenerlo internado.” **E5 – trabajador/a social**

“La pandemia, al no poder circular en transporte público fue como un limitante, y además no estaban cerca.” **E10 – médica/o toxicóloga/o**

En otros relatos, en cambio, se reconoce que, frente a la demanda ilimitada a los servicios del hospital, la derivación a servicios de salud cercanos al lugar de residencia de las personas con TB favorecería la continuidad del tratamiento, es decir, una mayor integración en el proceso de atención-cuidado.

“Para nosotros sería ideal una vez hecho el diagnóstico que el paciente siga en su lugar de origen el tratamiento también por una cuestión de adherencia. Obviamente si el paciente está a media hora de su casa, es más fácil que continúe el tratamiento que si tiene que hacer toda esa suma de viajes para llegar acá.” **E10 – médica/o neumonóloga/o**

“Por ahí el catastro es bastante a regañadientes para hacerlo en el hospital (...) Uno trata de mandarlos a un lugar de referencia, primero por la cercanía y porque si tienen que hacer un tratamiento lo ideal es que este cerca de la casa.” **E3 – médica/o clínica/o**

La posibilidad de articular con otros escenarios de intervención (Seixas y otros, 2016) discute con las respuestas tradicionales del proceso de

atención-cuidado que asumen que el hospital es el único lugar para desarrollar intervenciones. Es decir, que suponen que la totalidad de las personas con TB, independientemente de su lugar de residencia, continúen su seguimiento ambulatorio en los consultorios externos.

“¿Es necesario que tomen en el hospital a un paciente que es HIV positivo, que está estable en su tratamiento antirretroviral, que está estable con su medicación tuberculostática? (...) ¿O se puede arbitrar con el centro de salud cercano a su casa que haga los controles habituales y, en el caso de que sea necesario, que necesite una extracción de sangre o que necesite alguna otra cosa, acudir al hospital? (...) Se debería implementar atención primaria y descentralizar para también facilitarle un poco las cosas a la gente.” E6 – médica/o infectóloga/o

Asimismo, se alude a que el seguimiento ambulatorio de las personas con TB podría realizarse en instituciones de salud del primer nivel de atención una vez que su situación médica se encuentre estabilizada.

“Sigo pensando que no es una buena idea que le paciente se atienda exclusivamente a nivel intrahospitalario, tendría que estar más descentralizado y tendría que ser más abordado desde un lugar próximo a su domicilio, por ejemplo, un Centro de Salud (...)” E1 – médica/o epidemióloga/o

“(...) cuando digo centro de referencia no tiene que ser un hospital de alta complejidad, sino que debería tener un centro cerquita de su casa donde pueda tener un diagnóstico (...) Porque es una enfermedad que es fácilmente diagnosticable y que podría resolverse en centros de atención periférica.” E13 – médica/o infectóloga/o

En algunos relatos se menciona que ese tipo de instituciones de salud tiene la potencialidad de desarrollar intervenciones de atención-cuidado en

diálogo directo con el ámbito donde las personas con TB residen o realizan sus actividades habituales. Quienes se desempeñan en el servicio social y epidemiología reconocen la importancia de mecanismos de articulación con este tipo de instituciones de salud particularmente frente a la problemática psicosocial para que las intervenciones realizadas en una institución se complementen con las desarrolladas en otra, es decir, lograr la integración de las prácticas.

“Vos quizás le hacés un informe y le decís que vuelva y no volvió, ¿viste? Y algunas veces tenés cómo contactarlo y, otras veces, al no tener un teléfono, al no hacer un trabajo comunitario y de seguimiento (...) Entonces es más difícil tener equipos territoriales que puedan acompañar (...) En el centro de salud donde yo estaba, el disparador no era la TBC [tuberculosis], era una problemática social de vulnerabilidad como la falta de trabajo, problemas económicos (...)” **E8**

– trabajador/a social

“Cuando vos tenés una población, que están en situación de calle, como nos pasó con la población de Honduras [asentamiento en terrenos del ferrocarril San Martín en el barrio de Palermo], que hay muchos nenes chiquititos, o ancianos que no pueden caminar, entonces no podíamos estudiar a toda la población. Lo hacíamos con los que podían venir al hospital ¿Por qué? Porque no había un equipo móvil para hacer una plaquita de tórax [radiografía de tórax].” **E1**

médica/o epidemióloga/o

No obstante, en los relatos no se mencionan mecanismo de articulación concretos entre ambos tipos de instituciones de salud. En algunos de ellos, se indica que aún se debe continuar trabajando para mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención con relación al seguimiento de la TB, por ejemplo, en cuanto a la disponibilidad de medicación.

“Esto antes era impensado eso, atender en los centros de salud, hace como algo tan reciente como un año que recién se está empezando a

proveer a los centros de salud de medicación para la tuberculosis (...). Pero me parece que la cultura hospitalocéntrica, en el caso de la tuberculosis, no nos está ayudando.” E1 – médica/o epidemiólogo/o

“Lo ideal sería algún sistema que te lleven la medicación a tu casa sería lo ideal, que sea una pastilla y te la lleven a tu casa. Me parece que eso es clave para que puedan mejorar la adherencia y que completen el tratamiento” E13 – médica/o infectólogo/o

Previamente se indicó que existen ciertos grupos sociales asociados a importantes problemáticas psicosociales que implican dificultades para a las respuestas tradicionales del proceso de atención-cuidado de la TB.

“No se los puede hacer esperar, porque si se van, es la única posibilidad de que logaste que se acerque y a lo mejor no contacta nunca más. Y son los que se mueren en donde viven.” E1 – médica/o epidemiólogo/o

“(...) creo que también es importante para la población trans, esto de ofrecer una respuesta inmediata, por lo menos cuando es una demanda que requiere atención, es como que perdés la oportunidad si no.” E13 – médica/o infectólogo/o

En los relatos se alude a dichos grupos como personas que *no se adaptan* a los requerimientos de la institución. Se reconoce una adecuación de la practica disciplinar dirigida particularmente a ellos: *la atención sin turno o a demanda*.

“Nosotros a los pacientes de tuberculosis son los únicos pacientes a los que no les pedimos que saquen turno. Ellos vienen directo.” E9 – médica/o residente neumonólogo/o

“Nosotros pudimos organizarnos de una manera diferente que hace que sea más amigable para la gente poder venir (...) saber que hay un

lugar donde podían ir sin turno previo (...)” **E6 – médica/o infectóloga/o**

“Sigo teniendo la modalidad demanda espontánea, las secretarias ya saben que si viene una chica trans que quiere empezar ya o es la primera vez que viene al hospital, yo ya la veo (...)” **E13 – médica/o infectóloga/o**

Dicha intervención fue implementada por servicios caracterizados por realizar su asistencia médica en horarios matutinos bajo un modelo de atención-cuidado longitudinal. Otra intervención de adecuación disciplinar para estos grupos sociales es el *acompañamiento por pares* de la persona con TB en diferentes momentos del proceso de atención-cuidado.

“Para mí, lo que más nos sirvió es lo de la promotora par, sin duda tiene que haber una promotora par que facilite el ingreso al hospital (...) Eso me parece que, por lo menos para esta población [personas transgénero], es importante salir a buscarla y nosotros crear el enlace (...)” **E13 – médica/o infectóloga/o**

“Nosotros acá teníamos un grupo terapéutico que se reunía los jueves (...) Con excelentes resultados y con una gran adherencia, con reuniones a fin de año (...) Pero la idea del grupo, de la paridad entre ellos era sumamente valiosa.” **E11 – médica/o toxicóloga/o**

El acompañamiento por pares constituye una intervención de adecuación disciplinar que implica mecanismos de articulación de los servicios que realizan asistencia médica con OSC.

“De población trans, más que nada, con ATTTA²⁵ porque es con el que mayor vínculo tenemos. Ellos tienen también un proyecto que se llama

²⁵ La Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) es una red nacional de personas trans que trabaja para el cumplimiento de los derechos humanos

«Transvivir», que lo han replicado en diferentes hospitales. Son un grupo de chicas trans que ayudan a las que están internadas, con el material de higiene, con trámites para reinsertarse en dónde estaban viviendo.” **E13 – médica/o infectóloga/o**

“Tenemos un excelente vínculo con la Fundación Sí.²⁶ La verdad es que se ocupan muchísimo (...) Cualquier cosa que necesite el paciente, desde conseguirle elementos de aseo hasta si hay que llevarlo a una comunidad que queda, no sé, fuera de la capital, que nosotros no podemos hacerlo, ellos lo acompañan.” **E11 – medica/o toxicóloga/o**

“Hay, en la Villa 31 [barrio Padre Mugica], una asociación que es de ayuda a los pacientes consumidores de paco²⁷ (...) Tienen su red, incluso ex consumidores, que ayudan a los consumidores, que son pacientes que capaz que tienen no solo HIV sino también tuberculosis, a que tomen la medicación y permiten la entrada a esos lugares que son un poco cerrados (...) Nos hablamos por Whatsapp y me pasa los pacientes e inmediatamente le paso los informes (...) Nos dieron una mano con un paciente puntual (...) que no teníamos donde descargarlo, y ellos nos aceptaron a ese paciente (...)” **E3 – médica/o clínica/o**

En los relatos del personal de salud se indica que dichas OSC facilitan la llegada a la consulta o el cumplimiento del tratamiento de personas con TB pertenecientes a grupos sociales con más dificultades para hacerlo por sí mismas.

hacia dicha población a través de estrategias comunitarias, de fortalecimiento y de incidencia política para la promoción de políticas públicas inclusivas (ATTTA, s.f.).

²⁶ La Fundación Sí es una organización no gubernamental que tiene como principal objetivo promover la inclusión social de los sectores más vulnerables de la Argentina. El trabajo es realizado por un gran número de voluntarios mediante un abordaje integral que incluye la asistencia, la contención, la capacitación, la educación y la cultura del trabajo (Fundación Sí, s.f.).

²⁷ La cooperativa Acompañantes de Usuarios del Paco (AUPA) tiene por objetivo el acompañamiento integral de los usuarios de paco desde el momento en que piden ayuda por primera vez hasta que logran una efectiva y sustentable inclusión social. Lleva adelante diferentes proyectos tales como “Casa Masantonio” que realiza el acompañamiento de personas con enfermedades complejas (TBC, HIV, entre otras) (AUPA, s.f.).

“No sé, no se me ocurre ahora, por ahí la Fundación Huésped²⁸ puede hacer algunas cosas, porque los pacientes que no se han podido comunicar los llaman a ellos, ellos nos avisan y nosotros los llamamos.”

E6 – medica/o infectólogo/a

“Era una chica, no me acuerdo de qué país, si era de Guatemala o Costa Rica (...) porque todas tienen una historia muy triste (...) A ella su familia la había rechazado, ella vino acá. Me acuerdo que la contacté con la casa trans” **E8 – trabajador/a social**

En muchos casos, se reconocen las acciones intersectoriales que permiten responder a aspectos económicos, laborales o habitacionales de las personas con TB. Se señala que estas resuelven algunas de las debilidades del proceso de atención-cuidado de la TB reconocidas por el personal de salud como *cuellos de botella*.

“Nosotros tenemos muy buena relación con SEDRONAR²⁹, y tratamos de que los pacientes de acá pasen directamente a la comunidad sin solución de continuidad, para que no haya abandono. Es decir que lo social y habitacional, que te digo que muchas veces la comunidad terapéutica es pensada por el paciente y a veces por nosotros también como un recurso habitacional de amparo digamos, de alguna forma de cobijo (...)” **E11 – medica/o toxicólogo/a**

“Tenemos como sociedades civiles algunas parroquias, tienen algún cupo de pacientes en algunos hogares, siempre que el paciente deambule, no tenga problemas de conducta, los admiten. Después, los

²⁸ La Fundación Huésped es una organización argentina con alcance regional que trabaja en áreas de salud pública con el objetivo de que el derecho a la salud y el control de enfermedades sean garantizados. Su misión implica desarrollar investigaciones científicas y acciones de prevención y promoción de los derechos para garantizar el acceso a la salud y reducir el impacto de las enfermedades con foco en VIH/sida, hepatitis virales, enfermedades prevenibles por vacunas y otras enfermedades transmisibles, así como en salud sexual y reproductiva (Fundación Huésped, s.f.).

²⁹ La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) es el organismo a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias en todo el territorio nacional (SEDRONAR, s.f.).

paradores oficiales tienen mucha gente y es difícil que te los acepten hasta que no estén negativos, demora mucho el alta (...) Ellos, a veces, si nos dan una mano, pero bueno, tratamos de no complicarlos para que no estén sobrecargados. Dan altas, pero también tienen un cupo finito.” E3 – médica/o clínica/o

No obstante, también se señalan dificultades habituales para dar respuesta desde algunos de dichos dispositivos intersectoriales, profundizadas en el marco de la pandemia por COVID-19.

“Y en general son personas en situación de calle. Vos viste que el tema de los paradores, más en la pandemia de ahora, nunca les ha funcionado porque tiene ciertas reglas que los pacientes no está a veces muy dispuestos a tolerar. O por ahí también algunas reglas son estar a determinada hora para ingresar y además ellos lo que refieren mucho es la pérdida de las pertenencias, lo que hace que no se alojen en los paradores. Incluso muchos de ellos prefieren vivir abajo de un puente, en alguna ranchada, en algún lugar.” E11 – medica/o toxicóloga/o

“Pero volvemos a lo mismo, acá no hay políticas públicas. En este momento [en la pandemia] nos pasó con un hombre que ya estaban por darlo de alta. Para que el 108 venga, llamamos cada hora todos los del servicio, todos todos todos (...) El 108 es la gente en situación de calle, que los llevan a paradores. A la gente le piden requisitos, le dan vueltas. Entonces todas esas cosas condicionan y limitan un montón. No hay políticas públicas, no hay programas, o sea, el subsidio habitacional no llega a cubrir las necesidades y tiene tantos requisitos, entre ellos dos años viviendo en Capital. Entonces se hace muy difícil el acceso. Una cosa que tendría que ser un circuito más ágil, está entorpecido por lo burocrático.” E8 – trabajador/a social

Como puede observarse, el impacto que la pandemia por COVID-19 ha tenido sobre el control de la TB como las oportunidades de aprendizaje a las que ha dado lugar también fueron señaladas desde las particularidades de cada servicio de salud.

“Lo que pasó mucho fue que muchas de las chicas [personas transgénero] que vivían de esta forma comunitaria, como no podían salir a trabajar por el COVID, se volvieron a sus provincias. Así que por ejemplo uno de los hoteles que tuvimos información ahora, estábamos por hacer un estudio y en su momento tenía 56 chicas viviendo y ahora están 25, por ejemplo, o sea hubo como 30 chicas que se volvieron a su ciudad de origen porque no podían hacer el trabajo sexual. Cuando fue al principio de la pandemia que era estricta la cuarentena. Eso fue lo que más impactó (...) Creo que la pandemia va a agravar todo el resto de las enfermedades crónicas y no crónicas, porque la gente no ha consultado, ha estado más hacinada. Si bien para un montón de otras enfermedades virales vino bien el aprender a lavarse las manos, estornudar con el codo y que se yo, pero para la tuberculosis que está asociada a lo económico, la pandemia económicamente... creo que va a ser negativo por muchos lados.” **E6 – médica/o infectóloga/o**

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

A partir de las percepciones del personal de salud de un hospital general de agudos de la CABA se analizó su proceso de atención-cuidado de la TB focalizando en las capacidades institucionales para desarrollar un abordaje integral, integrado e intersectorial de la enfermedad. Se observó que dicho proceso implica la participación de diversos servicios de salud que desarrollan intervenciones específicas enmarcadas en un modelo de atención mayormente *biomédico* (Menéndez, 1990). Como producto de una racionalización histórica anclada al saber científico-médico (Cecilio y Mehry, 2003), las prácticas del hospital se descomponen en innumerables intervenciones diagnósticas y terapéuticas que combinan modalidades de abordaje *episódicas* con *longitudinales* (Laspiur, 2016). Los aspectos biológicos de la enfermedad organizan el proceso a lo largo de tres momentos institucionales de un continuo de atención-cuidado: la sospecha inicial, la internación y el seguimiento del tratamiento. En este marco, puede constatarse cómo el modelo biomédico ha configurado *respuestas tradicionales* (Campos, 2009) centradas en la TB como un desperfecto biológico cuya resolución gira alrededor de la utilización de *tecnologías duras* y *gran especialización médica* (Merhy, 1998; 2002).

Por este motivo predomina una lógica hospitalaria en la que subyace la noción de que la atención de la salud comienza para muchos casos desde el ingreso a la institución, convirtiendo a sus servicios en dispositivos para la resolución definitiva de los problemas de salud (Madeira y otros, 2011). Campos y Amaral (2007) han indicado que dicha lógica ha sido reforzada históricamente en la región por la doctrina neoliberal que, mediante presiones de incorporación de tecnologías de alto costo para la construcción de capacidad resolutiva, los ha promovido como unidades productivas autónomas. La tendencia de diferentes hospitales generales de la CABA de incorporar cada vez más cantidad de servicios y especialidades para cumplir

con el mandato de aumentar su capacidad de respuesta evitando las derivaciones también ha sido señalada localmente (Duré, 2007). Dicha lógica, centralizada en el hospital, se suele acompañar de un movimiento contrario a la generación de redes de atención-cuidado por parte de los servicios que los conforman (Campos y Amaral, 2007). En efecto, en el discurso del personal de salud del hospital se ha asociado mayormente la integralidad del proceso de atención-cuidado a la capacidad resolutive intrínseca al campo de la biomedicina en la institución. De esta forma, se ignoran los espacios cotidianos donde también se puede desarrollar el proceso de atención-cuidado (Madeira y otros, 2011) a través de las diversas formas de atención de los padeceres que los sujetos utilizan para reducir o solucionar sus problemas (Menéndez, 2003).

Según la perspectiva del personal de salud, la suficiente respuesta dentro de la institución depende de disponer de especialistas en medicina, metodología diagnóstica y terapéutica. Siguiendo a Merhy (1998), se trata de un modelo de atención organizado más por los procedimientos que la institución es capaz de ofrecer que por los padecimientos de las personas. Asimismo, el creciente consumo de recursos ha estructurado la capacidad institucional para funcionar autónomamente por lo que, frente a la insuficiencia de dichos insumos, el proceso de atención-cuidado puede sufrir demoras o interrumpirse. Se ha descrito que el enorme costo que conllevan las prácticas hospitalarias es una de las principales razones por lo que en el mundo se han expandido las modalidades de asistencia extrahospitalaria, ambulatoria o en domicilio bajo procesos de *descentralización* (Campos y Amaral, 2007) que han obligado a redefinir el papel del hospital. Respecto a dichos procesos en la CABA, Duré (2007) refiere que durante mucho tiempo no recibieron más que un impulso político inicial. A pesar de que se desarrolló un primer nivel de atención como parte de la estrategia de APS, los hospitales guardaron la potestad de administrar los recursos de los diferentes niveles. Por tanto, el primer nivel de atención debía competir contra servicios hospitalarios para su financiamiento en el marco de la mencionada lógica centralizada.

Carballeda (2008) indica que el accionar histórico de las instituciones se ha basado en paradigmas que hoy conservan una fuerte limitación para dar cuenta de la complejidad que la realidad encierra. Si bien desde la perspectiva del personal de salud se ha reconocido que la TB se presenta en ámbitos donde impactan fuertemente las problemáticas psicológicas y sociales, su evaluación no se encuentra incorporada al proceso de atención-cuidado de la TB de manera sistemática. En consecuencia, en muchos casos no ocurre una completa traducción de las *necesidades en salud* (Stotz, 1991) de las personas con TB por lo que la adecuación continua de prácticas a la realidad de ciertos grupos sociales encuentra dificultades y, con ello, su abordaje integral. Cuando las problemáticas psicológicas o sociales son ponderadas, se convoca a servicios hospitalarios pertenecientes a campos disciplinares específicos que buscan reducirlas utilizando recursos que dependen en gran medida de la actuación interinstitucional e intersectorial: programas, recursos sociales, redes de apoyo sustentadas por OSC. Se ha descrito que las limitaciones para accionar con celeridad desde el hospital con prácticas adecuadas a las necesidades de las personas con TB, en el contexto de un progresivo desfinanciamiento para el desarrollo de políticas sociales (Belmartino, Levín y Repetto, 2001), dan lugar a respuestas no lineales, pudiendo en algunos casos brindar alternativas de resolución y en otros no (Brovelli, Criscuolo y Cappellini, 2014; Brovelli y otros, 2015).

En la bibliografía local acerca de abordajes integrales, integrados e intersectoriales de la TB desde servicios de salud de grandes conglomerados urbanos se ha hablado del importante rol de la disciplina de trabajo social (Domínguez, 2012; Castilla y Ferrari Mango, 2015; Castilla, 2016; Marchioni, 2016; González y Angueira, 2017; Vera, 2019; López, 2020; Giampietro, 2021). En consonancia con el modelo biomédico, durante el proceso de atención-cuidado de la TB se manifiesta una *individualización de problemas sociales* (Conrad y Schneider, 1992). Es decir, contrariamente a una perspectiva basada en derechos, las problemáticas sociales tienden a ser explicadas recortando a nivel individual por lo que las soluciones propuestas refieren a la sanción o corrección de aquellos individuos más visibles. Se ha

señalado que la disciplina de trabajo social asumiría un *rol mediador* (López, 2020) para con el resto de las disciplinas ya que pone en el centro de sus intervenciones cuestiones de índole familiar, social y laboral de las personas con TB. Ello permite la adecuación del abordaje en un proceso de construcción de ciudadanía que asume a las personas con TB como emergentes de condiciones sociales sobre las cuales también puede intervenir a fin de alcanzar respuestas más efectivas. Un ejemplo se relaciona al impacto favorable que se viene señalando de programas de protección social en el control programático de la TB en diferentes países de la región (Torrens y otros, 2016; Nery y otros, 2017; Durovni y otros, 2018; De Souza y otros, 2018; Andrade y otros, 2019; Oliosi y otros, 2019; Carter y otros, 2019; Chirico y otros, 2019; Klein y otros, 2019; Aragão y otros, 2021). Cabe mencionar que dos de estos estudios (Chirico y otros, 2019; Klein y otros, 2019) corresponden a evaluaciones de políticas de amparo económico para personas con TB del AMBA.

En el proceso de atención-cuidado descrito se observó que las problemáticas psicológicas o sociales tienen un lugar subsidiario a las biológicas e incluso, en algunos relatos, llegan a considerarse trabas para el funcionamiento de servicios centrados en la resolución de aspectos biológicos. Diferentes autores han identificado que existen fuertes dificultades para la integración de las miradas disciplinares en las instituciones de salud (Stolkner, 1987; Bru, 2012; Luciani Conde, 2020). Desde una perspectiva de ciudadanía, ello se ha atribuido al déficit de una formación profesional homogénea en cuanto a derechos humanos en quienes integran los equipos de salud dando lugar al *dilema de la integración* (Luciani Conde, 2020). Por tanto, esto se acompaña de la consecuente tensión en torno a la necesidad de valorización del rol profesional y la construcción de demandas hacia las disciplinas que abordan aspectos psicológicos y sociales que han debido adecuarse al funcionamiento biomédico (Madeira y otros, 2011; Bruni, 2013). En ese marco, los espacios institucionales también pueden ser entendidos

como escenarios de intervención donde aplica la noción de *campo*³⁰ (Carballeda, 2012).

Como puede observarse, desde el plano de los servicios de salud, no basta con la existencia de políticas que incidan en los procesos de *determinación social de la salud* (Breilh, 2010) si no se logran mecanismos de articulación para hacerlas efectivas. Esto pudo identificarse también en las grandes dificultades para integrar prácticas entre el hospital y servicios de salud de otros niveles de atención aún en el marco de políticas de APS. Los *corredores sanitarios* (Pertino y Rossen, 2008) han sido identificados desde hace unos años implicando la movilización de personas residentes del AMBA a favor de la concurrencia a servicios hospitalarios de CABA para dar solución a su problemática de salud. En los relatos del personal de salud del hospital ello se ha traducido a la percepción de que algunos servicios poseen un área de procedencia de personas con TB desprovista de límites. Asimismo, concordando con Cecilio y Mehry (2003), han indicado que sería deseable que, una vez estabilizada la situación de salud, estas personas continúen su seguimiento en efectores de salud cercanos a su domicilio. En esta línea pueden mencionarse dos estudios que incluyeron localidades del AMBA que señalaron que las demoras en el diagnóstico de TB se asociaban a necesitar de un transporte para llegar a los servicios de salud (Zerbini y otros, 2008) y el no cumplimiento del tratamiento por parte de las personas con TB, a continuar con el seguimiento en hospitales en vez de centros del primer nivel de atención (Arrosi y otros, 2012). Sin embargo, en los relatos del personal de salud del hospital dicha percepción no se ha acompañado de la descripción de mecanismos de referencia y contrarreferencia con servicios de salud del primer nivel atención, por el contrario, se ha aludido a la interrelación con hospitales de referencia en la problemática.

Estos hallazgos se relacionan a los de un estudio que, desde la perspectiva del personal de salud de un hospital de referencia en la

³⁰ El campo como espacio en que confluyen una serie de interacciones de diferente orden donde existe tanto el intercambio como la cooperación, pero también el conflicto (Bourdieu, 1984).

problemática de Paraíba en Brasil, evaluó puntos críticos del primer nivel de atención para dar una respuesta efectiva a la TB (Pinheiro y otros, 2017). Desde el punto de vista de quienes trabajaban en el hospital, se señaló que las dificultades para responder adecuadamente a la TB en el primer nivel de atención se relacionaban a la disponibilidad de consultas médicas, estudios diagnósticos y medicación como factores determinantes de su capacidad resolutoria, siendo obstáculos para la derivación de personas con TB. Como se ha indicado previamente, es posible observar cómo el modelo biomédico centrado en el hospital puede en cierta forma interponerse al diálogo para la formación de redes de atención-cuidado integrales. Ello puede trasladarse al presente estudio en la escasa integración del hospital con otros niveles asistenciales que, tanto hacia dentro como hacia afuera de la jurisdicción, puede dar lugar a discontinuidades en el proceso de atención-cuidado de la TB.

Es necesario poner en valor aquellas *líneas de fuga* (Campos, 2009) representadas por intervenciones o mecanismos de articulación donde fue posible ver una adecuación de la práctica disciplinar a las personas con TB. Si bien pueden no alcanzar la superación de la racionalidad hegemónica biomédica, constituyen dispositivos valiosos que introducen modelos de atención-cuidado desde una perspectiva de derechos dentro de la lógica institucional. Pinheiro y Luz (2007) han indicado que las instituciones de salud asumen un rol estratégico para desarrollar nuevas formas de producir integralidad en salud, en la medida en que allí se encuentran las necesidades, perspectivas e intereses de diferentes actores involucrados en el proceso de atención-cuidado. La expansión de las prácticas en salud en dirección a la integralidad puede manifestar una comprensión ampliada del derecho a la salud en los servicios de salud cuyo instrumento angular es la comunicación efectiva. Es decir, siguiendo los aportes de Merhy (1998), la utilización de las *tecnologías ligeras* para un proceso de atención-cuidado centrado en las personas.

En los relatos estos dispositivos de adecuación se han descrito mayormente asociados al reconocimiento de necesidades en salud de

personas con TB que pertenecen a grupos sociales caracterizados por distinto grado de vulneración de sus derechos sociales tales como personas transgénero, residentes de villas y asentamientos precarios o con consumo problemático de sustancias. En la bibliografía se ha descrito que dichos grupos sociales necesariamente exigen una adecuación de la práctica por parte del personal de salud que, en un plano individual, debe considerar, escuchar y atender necesidades de salud ignoradas en las respuestas cotidianas de las instituciones (Muñoz Sánchez y García Alvarado, 2016; Oliveira y otros, 2021). Desde la perspectiva del personal de salud, la atención sin turno o por demanda espontánea ha sido reconocida como una adecuación necesaria para no perder oportunidades de intervención en dichos grupos sociales. Respecto a ello, Mattos (2001) sostiene que la combinación de la demanda espontánea y programada en un servicio de salud expresa el diálogo necesario entre dos modos privilegiados para aprehender las necesidades en salud de un grupo social determinado. No obstante, advierte que cada vez que se adecuan las prácticas en un servicio de salud luego de la valoración de necesidades de salud de una población, se debe atender a la tendencia de los servicios de salud de estructurarlas nuevamente. Es decir, de volver a restringir su actuación a lo instituido, dejando de responder a aquellas necesidades que no se tuvieron presentes a la hora de estructurar el servicio.

Además de haber reconocido el acompañamiento que las OSC ofrecen a algunas personas con TB, su incorporación al abordaje institucional ha sido planteado por el personal de salud mediante mecanismos de articulación específicos capaces de proyectar prácticas de atención-cuidado hacia *escenarios de intervención* (Seixas y otros, 2016) por fuera del hospital. En este sentido, los relatos del personal de salud han señalado cómo dichas organizaciones pueden accionar en las condiciones de vida de estos grupos sociales al promover redes sociales de cuidado, soluciones habitacionales, alternativas de trabajo y apoyo económico a través de subsidios. El rol de las OSC en el abordaje de la TB en ciertos grupos sociales desde una perspectiva de derechos ha sido reconocido en los últimos años también desde el nivel

programático nacional (Bossio y otros, 2018; 2020; Angueira y otros, 2022). Guizardi y Pinheiro (2008) han indicado que la integralidad en las prácticas en salud es una construcción colectiva que cobra forma y expresión en el espacio de encuentro de diferentes sujetos, convocados a partir del cuidado de las personas. El reconocimiento de prácticas efectivas que inciden en las condiciones de vida de las personas con TB a partir de la articulación de los servicios de salud con las OSC es la expresión de que la determinación social de la enfermedad es un fenómeno político que requiere de toda la sociedad para su modificación.

La pandemia por COVID-19 como fenómeno social, económico y sanitario catalizó potenciales líneas de análisis para pensar la integralidad, integración e intersectorialidad en el abordaje de la TB en nuestro ámbito de interés. A nivel global la respuesta a la emergencia sanitaria ha dado lugar a una orientación masiva de recursos sanitarios a dicha problemática de manera exclusiva (OMS, 2021a). Se coincide con que podría existir un importante incremento de la morbi-mortalidad de la TB en el mediano y largo plazo ya que ocurrieron drásticas interrupciones en el acceso a servicios de asistencia-cuidado tanto para la detección (Migliori y otros, 2020; OMS, 2020; 2021b) como para el seguimiento de personas de TB (Stop TB partnership, 2020). Ello también fue identificado desde un hospital especializado en la problemática de la CABA como el Hospital Muñiz (Ioannoy y otros, 2021; Lagrutta y otros, 2021) pronosticando una reemergencia post-pandémica de la TB asociada al incremento de la pobreza, la reducción de la movilidad de las personas y las dificultades para acceder a un sistema de salud jaqueado por el COVID-19. A su vez, en algunos de los relatos se identificó que la pandemia conllevó la oportunidad de dar visibilidad a la *determinación social* (Breilh, 2010) de las infecciones respiratorias como el COVID-19 o la TB. Ello obligó a pensar en políticas públicas que actúen sobre dificultades materiales que afectan a las personas con algún grado de vulnerabilidad: las posibilidades de higiene en ámbitos con servicios básicos insuficientes, la capacidad de aislamiento en contextos de hacinamiento, la dependencia del transporte público para consultar, la necesidad de una consulta rápida a

servicios de salud de cercanía, entre otras (Pereira y otros, 2020; Greco y Vitale, 2021).

Limitaciones del estudio

Este se trata de un estudio que no busca realizar un exhaustivo análisis de actores sociales, intervenciones ni mecanismos de articulación sino profundizar en algunas de las percepciones presentes en este ámbito particular. No obstante, se deben remarcar algunas limitaciones a la hora de considerar sus resultados. En primer lugar, tener presente que, como se ha mencionado, el hospital constituye solo un eslabón dentro de un proceso de atención-cuidado de la TB que debe ser leído implicando prácticas de atención que exceden a las de la biomedicina como, por ejemplo, las de *autocuidado* (Menéndez, 2003). Para comprender otros puntos que hacen a un modelo de atención integral, integrado e intersectorial se requiere de consultar otros ámbitos involucrados en la problemática lo que incluye a las propias personas con TB. Tal es el caso de los trabajos mencionados que indagaron sus necesidades en salud para dar lugar a una adecuación de las prácticas en servicios de salud (Ballesteros y otros, 2014; Castilla y Ferrari Mango, 2015; Castilla, 2016; Oliveira y otros, 2021). En segundo lugar, las entrevistas se realizaron mayormente a personas de disciplina médica con varios años de desempeño en la institución. Si bien constituyen actores importantes dentro de la dinámica hospitalaria actual de atención-cuidado de la TB, en el material obtenido prevalece un modelo biomédico pudiendo no estar reflejando otras experiencias de adecuación de las prácticas a las personas con TB desde una perspectiva de cuidado integral. En este sentido, debe considerarse que no se realizaron entrevistas a personal de enfermería ni de salud mental.

Fortalezas del estudio

La contribución de este estudio para el campo de la salud colectiva / medicina social y las políticas públicas es la de ponderar puntos críticos que

condicionan las acciones de control de la TB desde servicios de salud de grandes conglomerados urbanos. Es evidente cómo el proceso de atención-cuidado de la TB a nivel de este hospital es atravesado por diferentes modelos de abordaje de la enfermedad predominando aquellos afines a políticas de APS selectivas, es decir, centrados en aspectos biológicos, fuertemente dependientes de procedimientos técnico-médicos y pobremente integrados a las intervenciones de otros ámbitos igualmente relevantes. El sostenimiento de un tratamiento prolongado en la institución implica la adecuación de las personas con TB a una respuesta institucional que omite las características sociales de la población afectada. De esta manera, en un nivel institucional, se reproducen condicionalidades tanto para acceder como para sostener el proceso de atención-cuidado que ponen en juego el derecho a la salud de estas personas. Desde la mirada del personal de salud, la pandemia por COVID-19 significó un emergente que visibilizó fuertemente dichas condicionalidades. En este ámbito, la atención-cuidado desde una perspectiva de integralidad, integración e intersectorialidad debe emerger desde los intersticios de la institución a partir de la adecuación de la práctica disciplinar frente a la lectura de las condiciones de vida por parte del personal de salud involucrado.

Conclusiones

El abordaje integral, integrado e intersectorial de la TB en los servicios de salud de un hospital general de agudos de la CABA se presenta como un gran desafío. Situado en un gran conglomerado urbano con un sistema de salud fuertemente fragmentado, el proceso de atención-cuidado de la TB se ha estructurado bajo un modelo de atención biomédico en el marco de estrategias de APS selectivas. Dicho modelo se basa en la centralización de tecnologías y profesionales especializados en desmedro de prácticas de cuidado orientadas a las condiciones de vida y necesidades de las personas. La respuesta sanitaria a la pandemia por COVID-19 se limitó a la contingencia ocasionando importantes interrupciones en el abordaje de la TB en este ámbito. Se describen grandes dificultades para la integración de prácticas de salud

entre diferentes ámbitos implicados en el control de la enfermedad. Considerando a la TB como un problema de salud colectiva, la adecuación de las intervenciones por parte de los servicios de salud, el trabajo interdisciplinario sobre diferentes aspectos de la enfermedad y la articulación con OSC comprometidas con el ejercicio de la ciudadanía surgen como oportunidades para brindar respuestas institucionales a la problemática incorporando una perspectiva de derecho a la salud.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta L (2008) "O mapa de Porto Alegre e a tuberculose: distribuição espacial e determinantes sociais" [dissertation]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
- Alves, JD; Arroyo, LH; Arcoverde, MAM; Cartagena-Ramos, D; Berra, TZ; Alves, LS; Ramos, ACV; Fuentealba-Torres, M; De Assis, IS; Fiorati, RC; Nunes, C; Arcêncio, RA (2020) "Magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro-Oeste de Brasil." *Gaceta Sanitaria*, Volume 34, Issue 2, Pages 171-178.
- Alves, RS; Souza, KMJ; Oliveira, AAV; Palha, PF; Nogueira, JA; Sá, LD (2012) "Tuberculosis treatment abandonment and comprehensive health care to patients in the family healthcare strategy." *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 650-657.
- Andrade, KVF; Nery, JS; Araújo, GS; Barreto, ML; Pereira, SM (2019) "Association between treatment outcome, sociodemographic characteristics and social benefits received by individuals with tuberculosis in Salvador, Bahia, Brazil, 2014-2016." *Epidemiol Serv Saude*. 28(2): e2018220.
- André SR, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Cunha TN, Palha PF, Santos CB (2020) "Tuberculosis associated with the living conditions in an endemic municipality in the North of Brazil." *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 28: e3343
- Anduaga-Beramendi, A; Maticorena-Quevedo, J; Beas, R; Chanamé-Baca, DM; Veramendi, M; Wiegeling-Rospigliosi, A; Zevallos, E; Cabrera, R; Suárez-Ognio, L (2016) "Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú." *Acta Med Peru*. 33(1):21-8.
- Angueira, L; Barletta, P; Chernomoretz, M; Ioannoy, S; Linares Pessacq, J; Roncoroni, C; Bossio, JC; Fernández, H; Arias, S; Mordini, N; Luque, G; Armando, G; López, R; Meinardi, P; Wouters, G; Dalla Fontana, R; Diaz, Y; Kuszniertz, G; Símboli, N...; Tortú, L (2022) "Boletín N° 5 Tuberculosis y lepra

en la Argentina.” Coordinación de Tuberculosis y lepra. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud, Argentina.

- Aragão, FBA; Arcêncio, RA; Fuentealba-Torres, M; Carneiro, TSG; Souza, LLL; Alves, YM; Fiorati, RC (2021) “Impact of social protection programs on adults diagnosed with Tuberculosis: systematic review.” Rev Bras Enferm. 74(3): e20190906.

- Araújo, EMNF; Freitas, AS; Henriques, AHB; Nogueira, MF; Barrêto, AJR (2022) “Nurses’ discourses on actions and strategies of care for the elderly with tuberculosis.” Rev baiana enferm. 36: e45266.

- Arcoverde, MAM; Berra, TZ; Alves, LS; Dos Santos, DT; Belchior, AS; Ramos, ACV; Arroyo, LH; De Assis, IS; Alves, JD; De Queiroz, AAR; Yamamura, M; Palha, PF; Neto, FC; Silva-Sobrinho, RA; Nihei, OK; arcencio, RA (2018) “How do social-economic differences in urban areas affect tuberculosis mortality in a city in the tri-border region of Brazil, Paraguay and Argentina.” BMC Public Health 18, 795.

- Arrossi, S; Herrero, MB; Greco, A; Ramos, S (2012) “Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.” Salud Colectiva, vol. 8 (núm. 1), pp. 65-76.

- Ase, I y Burijovich, J. (2009) “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?” Salud Colectiva, vol. 5 (núm. 1), pp. 27-47.

- ATTTA (s.f.) ¿Quiénes somos? Disponible en: <http://attta.org.ar/institucional/mision-vision-objetivos/>

- AUPA (s.f.) Objeto social y proyectos. Disponible en: <http://www.sin-paco.org/index.php/objeto-social-y-proyectos/>

- Ballesteros, JGA; Moncaio, ACS; Silva LMC; Surniche, CA; Lima, MCRA; Palha, PF (2014) "Multidrug-resistant tuberculosis: integral healthcare from the discourse analysis perspective." *Esc Anna Nery* 2014;18(3):515-52.
- Barrios, BE (2015) "Tres momentos críticos de la Teoría fundamentada clásica." *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, vol. 16 (núm. 1), pp. 31-47.
- Barrios, RN; Pereira, AM; Aranda, MJ; Longordo, MA; Ortiz, FG; Sosa, N; ... & Tutzer, S (2021) "Situación de la tuberculosis en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, 2017-2019." *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 271-280.
- Barros, JJC; Oliveira, AH; Cavalcante, JL; Januário, TGFM; Pereira, MLD; Cavalcante, EGR (2021) "Vulnerabilidade e estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose: discurso dos enfermeiros da atenção primária." *Rev. Enferm. UFSM – REUFS*. Santa Maria, RS, v. 11, e61, p. 1-15.
- Belmartino, S; Levín, S y Repetto, F (2001) "Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso." En: *Socialis. Reflexiones latinoamericanas sobre política social*, vol. 5. Rosario: Homo Sapiens.
- Belmartino, S (2005) "La atención médica en Argentina. Historia, Crisis y nuevo diseño institucional." SEMINARIO IV – 2005. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Bergonzoli G, Castellanos LG, Rodríguez R, García LM (2016) "Determinants of tuberculosis in countries of Latin America and the Caribbean." *Rev Panam Salud Publica*. 39(2):101–5.
- Bertolotto, A; Fuks, A; Rovere, M. (2012) "Atención Primaria de la Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto." *Saúde em Debate*, vol. 36 (núm. 94), pp. 362-374.
- Bossio, JC; Arias, SJ; Fernández, HR. (2012) "Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género." *Salud Colectiva*, vol. 8 (núm. 1), pp. 77-91.

- Bossio, JC; Fernández, H; Gómez, L; Mordini N; Nilva, G y Rodríguez, L (2018) “Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°3.” Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC.
- Bossio, JC; Fernández, H; Arias, S; Luque, G; Armando, G; Nilva, G; Gómez, L; Moncagatta, T; Rivero, M; Meinardi, P; Wouters, G; López, R; Acuña, A; Angueira, L; Araoz, C; Chernomoretz, M; Natiello, M; Símboli, N y Ioannoy, S (2020) “Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°3.” Área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
- Bourdieu, P (1984) *Questions de sociologie*. Paris, Les éditions de minuit. pp. 113 y ss.
- Bourdieu, P (2000) *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Breilh, J y Granda, E (1980) *La Investigación de la Salud en la Sociedad*. CEAS, Quito.
- Breilh, J (2003) *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J (2010) “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano.” En Revista Salud colectiva, Buenos Aires, 6(1):83-101.
- Brovelli, K; Criscuolo, J; Cappellini, NL (2014) “El paciente en su laberinto Un análisis sobre los recorridos institucionales de los “pacientes sociales”.” Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad. Dpto. de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales UBA.
- Brovelli, K; Castrogiovanni, N; Morán, N; Otero, G; Pratto, L; Quiroga, M; Ruiz Díaz, C; Venuto, M. J; Vezzetti, M. (2015) “Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires”. En: Revista Margen de

Trabajo Social y Ciencias Sociales. N° 78. Septiembre de 2015. ISSN 0327-7585.

- Bru, G (2012) "La Interdisciplina como Utopía." En revista Margen N° 67, CABA, Argentina.

- Bruni, M (2013) "El trabajo social descentrado de los recursos. Reflexiones en torno al posicionamiento profesional en el dispositivo de Urgencia Hospitalaria." V Jornadas de Salud Mental y Trabajo Social. Hospital Braulio Moyano. CABA, Argentina.

- Campos, GW y Amaral, MA (2007) "A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital". *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859.

- Campos, GWS (2009) *Método Paideia: Análisis y cogestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Carballeda, A (2008) "La Intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social". En: *Revista Margen*, N° 48, pág. 1-5.

- Carballeda, A (2012) "La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas." En: *Revista Margen*, N° 65. CABA, Argentina.

- Cardozo, R; Harter, J; Meireles, L; Barbosa, L; Moura, L; Pieren, S (2015) "A descoberta da tuberculose no território: análise qualitativa do trabalho do agente comunitário de saúde." *Ciencia y enfermería XXI (2): 87-97*.

- Carter, JD; Daniel, R; Torrens, AW; Sanchez, NM; Maciel, ELN; Bartholomay, P; Barreira, DC; Rasella, D; Barreto, ML; Rodrigues, LC; Boccia, D (2019) "The impact of a cash transfer programme on tuberculosis treatment success rate: a quasi-experimental study in Brazil." *BMJ Glob Health*. 4(1): e001029.

- Castilla, MV; Ferrari Mango, C (2015) "Tuberculosis y lógicas de cuidado en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires, Argentina." Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales. 18(3):36-49.
- Castilla, MV (2016) "Tuberculosis, sufrimiento y vida cotidiana en barrios marginales y vulnerables del Área Metropolitana de Buenos Aires." Trabajo y Sociedad. Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet). Nº 26.
- Cecilio, LCOE (2001) "As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção". In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; p. 113-26.
- Cecilio, LC y Mehry, EE (2003) "A integralidade do cuidado como eixo da gestão Hospitalar" Campinas.
- Chirico, C; Iannizzotto, A; Telles, H; Valiente, J; Rojas, S; Etchevarria, M (2019) "El amparo económico para mejorar el tratamiento de la tuberculosis." Salud (i) Ciencia. 23(3):1-10.
- Coelho, APC; Larocca, LM; Chaves, MMN; Felix, JVC; Bernadino, E; Alessi, SM (2016) "Healthcare management of tuberculosis: integrating a teaching hospital into primary health care." Texto Contexto Enferm; 25(2):e0970015.
- Conrad, P y Schneider, J (1992) "Deviance and medicalization. From badness to sickness." Philadelphia: Temple University Press.
- Cooperadora del Hospital Muñiz (s.f.) Hospital Muñiz. Disponible en: <https://cooperadoramuniz.org.ar/hospital/hospital-muniz-2/>
- Costa, TC da; Santos, FL dos; Bruce, ATI; Ballester, JGA; Lima, MCRA d'A de; Moncaio, ACS (2019) "Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde na tuberculose." Rev enferm UFPE.13: e239436.

- Creswell J, Jaramillo E, Lonroth K, Weil D, Raviglione M (2011) "Tuberculosis and poverty: what is being done." *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 15(4):431-432.
- Cueto, M (2004) "The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. Vol 94, No. 11.
- De Castro, DB; De Seixas Maciel, EMG; Sadahiro, M; Pinto, RC; De Albuquerque, BC; Braga JU (2018) "Tuberculosis incidence inequalities and its social determinants in Manaus from 2007 to 2016." *Int J Equity Health*. 17(1):187.
- De Paiva, JPS; Magalhães, MAFM; Leal, TC; Da Silva, LF; Da Silva, LG; Do Carmo, RF (2022) "Time trend, social vulnerability, and identification of risk areas for tuberculosis in Brazil: An ecological study." *PLoS ONE* 17(1): e0247894.
- De Souza, RA; Nery, JS; Rasella, D; Guimarães Pereira, RA; Barreto, ML; Rodrigues, L; Pereira SM (2018) "Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality." *Int J Tuberc Lung Dis*. 22(11):1300-1306.
- Decreto 297/2020 (2020) Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad de Buenos Aires, 19/03/2020.
- Decreto 259/2020 (2020) Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad de Buenos Aires, 11/05/2020.
- Decreto 520/2020 (2020) Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad de Buenos Aires, 08/06/2020.
- Domínguez, C (2012) "Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis." *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. 67:1-12.
- Duré, I (2007) "Un modelo territorial para la salud de los porteños: marcando el campo en la Ciudad. El sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires." *Revista de la Maestría en Salud Pública*. Año 5- Nº 9.

- Durovni, B; Saraceni, V; Puppini, MS; Tassinari, W; Cruz, OW; Cavalcante, S; Coeli, CM; Trajman, A (2018) “The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data.” *Journal of Public Health*, Volume 40, Issue 3, Pages e359–e366.
- Epping-Jordan, JE; Pruitt, SD; Bengoa, R; Wagner, EH (2004). “Improving the quality of health care for chronic conditions.” *BMJ Quality & Safety*, 13(4), 299-305.
- Evans, RG; Barer, ML; Marmor TR (1996) “¿Por qué alguna gente está sana y otra no?: los determinantes de la salud de las poblaciones.” Buenos Aires, Ediciones Díaz de Santos; 440p.
- Ferreira, MRL; Santos, AA y Orfão, RH (2019) “O vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à Saúde: uma revisão integrativa.” *Rev Bras Promoç Saúde*. 32:9540.
- Franco, TB (2003) *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Franco, TB (2006) “As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde” in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro.
- Freire, APVS; Normann, KAS; Nakata, PT; Cicoella, DA (2020) “Perception of the Nursing team on the adherence and abandonment of tuberculosis treatment.” *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, v10, p. 1-18.
- Fundación Huésped (s.f.) ¿Qué es Fundación Huésped? Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/institucional/mision-y-vision/>
- Fundación Sí (s.f.) ¿Quiénes somos? Disponible en: <https://fundacionsi.org.ar/quienes-somos/>

- Giampietro, MA (2021) “El impacto del proceso salud enfermedad atención cuidado de las personas con padecimiento mental y tuberculosis en el acceso al empleo.” *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. 103:1-6.
- Giovanella, L; Almeida, PF; Romero, RV; Oliveira, S; Silva, HT (2015) “Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos.” *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.300-322.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (s.f.) *Hospital Fernández*. Ministerio de salud de CABA. <https://www.buenosaires.gob.ar/hospitalfernandez>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (s.f.) *¿Qué es el AMBA?* Ministerio de Gobierno. Unidad de proyectos especiales para el Área Metropolitana de Buenos Aires. <https://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/unidades%20de%20proyectos%20especiales%20y%20puerto/que-es-amba>
- Gomes, ALC; Sá, LD (2009) “The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control.” *Rev Esc Enferm USP*; 43(2):364-71.
- González, NE y Angueira, L (2017) “Tuberculosis en niños y adolescentes: estrategias para la intervención de los trabajadores sociales.” *Arch Argent Pediatr* 115(6): e391-e396.
- Greco, G y Vitale, P (2021) “La pandemia en la Villa 31. Respuestas estatales y comunitarias a la crisis sanitaria en el barrio Mugica” Programa Derecho a la Ciudad.
- Guber, R. (2005) *El salvaje metropolitano*. Instituto de Derechos Humanos – UNLP.
- Guidoni, LM; Negri, LSA; Carlesso, GF; Zandonade, E; Maciel, ELN (2021) “Custos catastróficos em pacientes com tuberculose no Brasil: estudo em cinco capitais.” *Escola Anna Nery*. 2021, v. 25, n. 5, e20200546.
- Guizardi, FL y Pinheiro, R (2008) “Quando Dádiva se Transforma em Saúde: Algumas Questões sobre a Integralidade e o Cuidado nas Relações entre

Sociedade e Estado.” In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado as Fronteiras da Integralidade.

- Hargreaves Jr, Boccia D, Evans cA, Adato M, Petticrew M, Porter JD (2011) “The social determinants of tuberculosis: from evidence to action.” *American Journal of Public Health.*;101(4):654-662.

- Harling, G; Lima Neto, A; Sousa, GS; Machado, MMT; Castro, MC (2017) “Determinants of tuberculosis transmission and treatment abandonment in Fortaleza, Brazil.” *BMC Public Health* 17:508.

- Herrero, MB; Greco, A; Ramos, S; Arrossi, S (2011) “Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis.” *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 2 (Núm. 8), pp. 36-42.

- Herrero, MB; Arrossi, S; Ramos, S; Uelers Bragal, J (2015a) “Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina.” *Rev Saúde Pública*, pp. 49-49.

- Herrero, MB; Arrossi, S; Ramos, S; Braga, JU (2015b) “Determinantes sociales de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Buenos Aires, Argentina.” *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(9):1983-1994.

- Hilal, FA; Herrero, MB; Maciel, EMGS; Braga, JU (2019) “Social determinants of pulmonary tuberculosis in Argentina.” *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22, e190003.

- Huberman, MA; Miles, MB (1994) “Manejo de datos y métodos de análisis”, en Denzin, N. y Y. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*, Londres, Sage (Traducción resumida de J. García Hamilton, Documento Nro. 1 de la cátedra Sautu de Metodología de la Investigación Social I, II y III de la Carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires).

- Instituto Suramericano de Gobierno del Sur (2012) “Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.”

Organizado por ISAGS, Lúgia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faría y Sabastián Tobar. Rio de Janeiro: ISAGS. UNASUR

- Instituto Suramericano de Gobierno del Sur (2015) “Atención primaria de salud en Suramérica.” Organizado por Lúgia Giovanella. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR.

- International Conference on Primary Health Care (1978) “Declaration of Alma-Ata.” WHO Chron. 32(11):428-30.

- Ioannoy, S; Angueira, L; Chernomoretz, M; Roncoroni, C; Barletta, P; Bossio, JC; Fernández, H; Arias, S; Armando, G; Mordini, N; Luque, MG; Moncagatta, T; Ribero, M; Meinardi, P; Wouters, G; Díaz, Y; Trevisan, P; Altabe, S; Yessi, L; Palmero, D; Levi, AJ; Casco, N; Kuszniertz, G; Simboli, N (2021) “Boletín N° 4 Tuberculosis en la Argentina.” Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud, Argentina.

- Iribarren, SJ; Rubinstein, F; Discacciati, V; Pearce, PF (2014) “Listening to Those at the Frontline: Patient and Healthcare Personnel Perspectives on Tuberculosis Treatment Barriers and Facilitators in High TB Burden Regions of Argentina.” Hindawi Publishing Corporation. Tuberculosis Research and Treatment. Volume 2014, Article ID 135823, 14 pages.

- Jones, D; Manzelli, H; Pecheny, M (2004) “Grounded Theory Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud.” Cinta de Moebio: Revista de Epistemología en Ciencias Sociales. (Núm. 19), pp. 38-54.

- Klein, K; Bernachea, MP; Iribarren, S; Gibbons, L; Chirico, C; Rubinstein, F (2019) “Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study.” PLoS Med 16(4): e1002788.

- Labonté, R; Sanders, D; Baum, F; Schaay, N; Packer, C; Laplante, D; Vega-Romero, R; Viswanatha, V; Barten, F; Hurley, C; Tujuba Ali, H; Manolakos, H; Acosta-Ramírez, N; Pollard, J; Narayan, T; Mohamed, S; Peperkamp, L; Johns, J; Ouldzeidoune, N; Sinclair, R; Pooyak, S (2009) “Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial.” Revista

Gerencia y Políticas de Salud, vol. 8, núm. 16, pp. 13-29. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

- Lagrutta, L; Sotelo, CA; Estecho, BR; Beorda, WJ; Francos, JL; González Montaner, P (2021) "La Unidad Febril de Urgencias del Hospital Muñiz frente a COVID-19, HIV y tuberculosis." *Medicina (Buenos Aires)*, 81(2), 143-148.

- Laspiur, S (2016) "Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC" Sebastián Laspiur; Gabriel González. - 2a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REDES.

- Laurell, AC (1982) "La salud-enfermedad como proceso social." *Cuadernos Médico Sociales* N°19. pp. 1-11.

- Laurell AC (1994) "Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud Enfermedad". En: "Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud". Organización Panamericana de la Salud. Comp. María Isabel Rodríguez. Washington D.C., USA. P.1-12.

- Ley Básica de Salud N°153 (1999) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

- Lonroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye c, Raviglione M (2009) "Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants." *Social Sciences & Medicine*. 68(12):2240-224.

- Lopes, LMG; Vieira, NF; Lana, FCF (2015) "Análise dos atributos da atenção primária à saúde na atenção à tuberculose no Brasil: uma revisão integrativa." *R. Enferm. Cent. O. Min.* 5(2): 1684-1703.

- López, CE (2020) "Reflexiones sobre la Intervención profesional del Trabajo Social en torno a la temática de Tuberculosis." *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. 96:1-11.

- Luciani Conde, L (2020) “El trabajo de las disciplinas y la igualdad de derechos como núcleos problemáticos en la atención de salud mental.” Universidad Nacional de Lanus.
- Madeira, S; Fernández Vecchio, ML; Grondona, C; Ismach, S; Riqué, D (2011) “El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero.” Año 1 - Nro. 2 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Miradas sobre la intervención.
- Marchioni, MF (2016) “La intervención del trabajador social en la problemática de la tuberculosis.” Trabajo final de graduación licenciatura en trabajo social. Universidad Nacional de Luján. Sede: Centro regional General Sarmiento.
- Mattos, R (2001) “Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; p. 43-67.
- Mauch, V; Melgen, R; Marcelino, B; Acosta, I; Klinkenberg, E; Suarez, P (2013) “Tuberculosis patients in the Dominican Republic face severe direct and indirect costs and need social protection.” Rev Panam Salud Publica. 33(5):332–9.
- Menéndez, EL (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.” Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Pág. 451-464.
- Menéndez, EL (1990) *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Distrito Federal, México: Alianza Editorial.
- Menéndez, EL (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.

- Merhy, EE (1998) “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.”
- Merhy, EE (2002) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Migliori, GB; Thong, PM; Akkerman, O [...] Golett, D (2020) “Worldwide Effects of Coronavirus Disease Pandemic on Tuberculosis Services, January–April 2020.” *Emerg Infect Dis.* 26 (11): 2709-12.
- Ministerio de Hacienda de la CABA (2019a) “Egresos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y distribución porcentual por residencia habitual. Ciudad de Buenos Aires. Años 1994/2019” Dirección General de estadísticas y censos de la CABA.
- Ministerio de Hacienda de la CABA (2019b) “Pacientes a consultas externas en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y distribución porcentual por residencia habitual. Ciudad de Buenos Aires. Años 1994/2019” Dirección General de estadísticas y censos de la CABA.
- Ministerio de Hacienda de la Nación. Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP). Consultado el día 31 de julio de 2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renabap/>
- Ministerio de Salud de CABA (2017a) Boletín Epidemiológico Semanal N°95, Año III. Gerencia Operativa de Epidemiología.
- Ministerio de Salud de CABA (2017b). Plan de Salud de CABA 2016-2030.
- Ministerio de Salud de CABA (2020a) Boletín Epidemiológico Semanal N°205, Año VI. Gerencia Operativa de Epidemiología.
- Ministerio de Salud de CABA (2020b) Boletín Epidemiológico Semanal N°193, Año V. Gerencia Operativa de Epidemiología.
- Ministerio de Salud de CABA (2021). Políticas Públicas COVID-19. Primera Edición - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Ministerio de Salud de la Nación (2020) Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°3. Año III.
- Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S (2014) “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización.” Anuario de Investigaciones, vol. XXI, pp. 217-224.
- Moreira, ADSR; Kritski, AL; Carvalho, ACC (2020) “Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis.” J Bras Pneumol. 46(5):e20200015.
- Munayco, CV; Mújica, OJ; León, FX; del Granado, M; Espinal MA (2015) “Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean.” Rev Panam Salud Publica. 38(3):177–85.
- Muntaabski, G; Chera, S; Daverio, D; Duré, I (2010) “El Plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la ciudad autónoma de Buenos Aires.”
- Muñoz Sánchez, AI; García Alvarado, CA (2016) “Programa de control de la tuberculosis: una mirada desde los trabajadores de la salud.” Investig Enferm. Imagen Desarr. 18(2): 121-135.
- Nery, JS; Rodrigues, LC; Rasella, D; Aquino, R; Barreira, D; Torrens, AW; Boccia, D; Penna, GO; Penna, MLF; Barreto, ML; Pereira, SM (2017) “Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence.” Int J Tuberc Lung Dis. 21(7):790-796.
- Nuño Solinís, R (2008) “Un breve recorrido por la Atención Integrada.” Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada: Vol. 1: Iss. 2, Article 5.OMS Commission on Social Determinants of Health (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.

- Oliosi, JGN; Reis-Santos, B; Locatelli, RL; Sales, CMM; da Silva Filho, WG; da Silva, KC; Sanchez, MN; de Andrade, KVF; de Araújo, GS; Shete, PB; Pereira, SM; Riley, LW; Lienhardt, C; Maciel, ELN (2019) “Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. Lancet Glob Health.” 7(2): e219-e226.
- Oliveira, AH; Pinto, AGA; Quirino, GS; Cruz, RSBL; Pereira, MLD; Cavalcante EGR (2021) “Necessidades de saúde das pessoas com tuberculose pulmonar.” Rev. Enferm. UFSM. Vol.11 e11 1-18.
- Organización Mundial de la Salud (2019) Global tuberculosis report 2019. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- Organización Mundial de la Salud (2020) Global tuberculosis report 2020. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- Organización Mundial de la Salud (2021a) WHO COVID-19 Strategic preparedness and response plan: Operational planning guideline. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organización Mundial de la Salud (2021b) Impact of the COVID-10 pandemic on TB detection and mortality in 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020>
- Organización Panamericana de la Salud (2017a) Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas.
- Organización Panamericana de la Salud (2019) “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.
- Orlandi, GM; Pereira, EG; Biagolin, REM; França, FOS; Bertolozzi, MR (2018) “Social incentives for adherence to tuberculosis treatment.” Rev Bras Enferm. 72(5):1182-8.

- Paula de, R; Lefevre, F; Lefevre, AMC; Galesi, VMN; Schoeps, D (2014) "Why do tuberculosis patients look for urgency and emergency unities for diagnosis: a study on social representation." *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 17, n. 3, pp. 600-614.
- Pereira, AGL; Escosteguy, CC; Valencia, LIO; Magalhães, MAFM; Medronho, RA (2018) "Análise espacial de casos de tuberculose e associação com fatores socioeconômicos: uma experiência no município do Rio de Janeiro." *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 26 (2): 203-210.
- Pereira, AMM; Castro, ALB.; Oviedo, RAM; Barbosa, LG; Gerassi, CD; Giovanella, L (2015) "Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendencias." *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499.
- Pereira, AM; Barrios, RN; Koufios, A; Marcuzzo, A; Aranda, MJ (2020) "Tuberculosis en el marco de la Pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Riesgos y Vulnerabilidades." *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 10 (Número. 20), pp. 151-164.
- Pertino, I y Rossen, M (2008) "Los caminos de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires" *Políticas Públicas y Derechos: Volumen 8 / 1a ed.* [Internet] - Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Pinheiro, PGOD; Sá, LD; Palha, PF; Oliveira, RCC; Nogueira, JA; Villa, TCS (2017) "Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care." *Rev Bras Enferm.* 70(6):1227-34.
- Pinheiro, R (2001) "As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade". In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; p. 69-115.
- Pinheiro, R y Luz, MT (2007) "Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade." En: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e

Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO. 228p.

- Pinto, ESG; Queiroz, RF; Carreiro, GSP; Morais, LJ; Medeiros, ER; Villa, TCS (2018) "Coordination of health care with the community in the clinical management of tuberculosis." *Rev Bras Enferm* 71(3):1122-7.

- Rosen, R y Ham, C (2008) "Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia." Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster.

- Rovere, M (2012) "Atención Primaria de la Salud en Debate." *Saúde em Debate*, vol. 36 (núm. 94), pp. 327-342. ISSN 2358-2898.

- Rovere, M (2018) "La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora" *Revista Saúde Debate | Rio de Janeiro*, v. 42, número especial 1, p. 315-327.

- Sá, LD; Gomes, ALC; Nogueira, JA; Villa, TCS; Souza KMJ; Palha, PF (2011) "Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis en la Salud de la Familia." *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;19(2):[09 pantallas].

- Sá, LS; Santos, ARBN; Oliveira, AAV; Nogueira, JA; Tavares, LM; Villa, TCS (2012) "Providing health care to women with tuberculosis: the family focus perspective." *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 409-417.

- Sanine, P; Arakawa, T; Ataalpa, W; Costa, FD; Arakaki-Sánchez, D (2021) "Indicadores de controle da tuberculose em programas e serviços de Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa." *Rev. APS.*; 24(4): 815-32

- Santos, MLSG; Vendramini, SHF; Gazetta, CE; Oliveira, SAC; Villa, TCS (2007) "Pobreza: caracterización socioeconómica de la tuberculosis." *Rev Latino-am Enfermagem*; 15(número especial).

- Santos, JND; Sales, CMM; Prado, TND; Maciel, EL (2018) “Factors associated with cure when treating tuberculosis in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2011-2014.” *Epidemiol Serv Saude*. 27(3): e2017464.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (s.f.) ¿Qué es Sedronar? Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/sedronar>
- Seixas, CT; Merhy, EE; Baduy, RS, Slomp Junior, H (2016) “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil”. *Salud Colectiva*. v. 12, n. 1, pp. 113-123.
- Silva, AKV; Silva Junior, DN; Silva, YR; Nascimento, EGC (2014) “Fatores associados ao tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, família e assistência.” *Comun. ciênc. saúde*; 25(3/4): 275-290.
- Souza Minayo, MCE (1992) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro - San Pablo, ABRASCO -HUCITEC.
- Souza Minayo, MCE (2009) *La artesanía de la investigación cualitativa*. Primera edición, Buenos Aires: Lugar editorial.
- Stolkiner, A (1987) “De interdisciplinas e indisciplinas.” Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315)
- Stop TB partnership (2020) “Impact of COVID-19 on the TB epidemic: A community perspective.” Results of a global civil society and TB affected community led survey.
- Stotz, EN (1991) *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Trigueiro, DRSG; Nogueira, JA; De Sá, LD; Monroe, AA; Dos Anjos, UU; Villa, TCS; Da Silva, DM; De Almeida, SA (2014) "The influence of individual determinants in the delay of the tuberculosis diagnosis." *Texto & Contexto - Enfermagem* [online] v. 23, n. 4 [Accessed 24 July 2022], pp. 1022-1031.
- Torrens, AW; Rasella, D; Boccia, D; Maciel, EL; Nery, JS; Olson, ZD; Barreira DC; Sanchez, MN (2016) "Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil." *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 110(3):199-206.
- Universidad de Buenos Aires (s.f.) "Hospital Vaccarezza" Disponible en: <https://www.uba.ar/institucional/uba/h-vacarezza03.php>
- Valencia-Aguirre, S; Arroyave, I; García-Basteiro, AL (2022) "Educational level and tuberculosis mortality in Colombia: growing inequalities and stagnation in reduction." *Cad Saude Publica.* 38(1): e00031721.
- Vera, VR (2019) "El proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis: aportes desde el trabajo social." *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social.* 3 (5).
- Yamamura M, Santos Neto M, Chiaravalloti Neto F, Arroyo LH, Ramos ACV, de Queiroz AAR, Belchior AS, Dos Santos DT, Crispim JA, Pinto IC, Uchôa SADC, Fiorati RC, Arcêncio RA (2017) "Areas with evidence of equity and their progress on mortality from tuberculosis in an endemic municipality of southeast Brazil." *Infect Dis Poverty.*6(1):134.
- Zerbini, E; Chirico, MC; Salvadores, B; Amigot, B; Estrada, S; Algorry, G (2008) Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis* 12(1):63–68.
- Zerbini, E; Álvarez, R; Calabrese, C; Bossio, JC; Darnaud, RM; Fernández, H; Barrera, L; Arias, S; Imaz, MS; Cudós, MC y Bissio, E (2013) *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Normas Técnicas 2013* (4aEd.). Departamento de Capacitación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER Coni).

IX. ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROTOCOLO “Desarrollo de la estrategia de investigación operativa en Tuberculosis (TB): diagnóstico de situación de los casos notificados de TB y de su abordaje en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires”

INTRODUCCIÓN:

Dada su experiencia personal como parte del equipo de salud que se desempeña en el área programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, la/lo estamos invitando a participar de un proyecto de investigación titulado: “Desarrollo de la estrategia de investigación operativa en Tuberculosis (TB): diagnóstico de situación de los casos notificados de TB y de su abordaje en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires”. Lea atentamente este formulario que le brinda información sobre el estudio. Para participar del mismo se le solicitará que firme este formulario de consentimiento, quedándose usted con una copia.

OBJETIVO DEL TRABAJO:

La presente entrevista tiene como objetivo identificar obstáculos y facilitadores en relación al abordaje de los pacientes con TB en la práctica local. La realización de la misma se enmarca en un proyecto de investigación a partir del cual se pretende colaborar a comprender la situación actual de la problemática de la TB en el área programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. Creemos que este estudio puede resultar un insumo para la mejora de los procesos asistenciales vinculados a la TB. De esta manera, es de fundamental importancia la incorporación de la perspectiva de integrantes del equipo de salud que desempeñan sus tareas en los establecimientos de salud pertenecientes a la mencionada área programática y constituyan referentes locales en la problemática.

METODOLOGÍA DE LA ENTREVISTA:

Con el fin de conocer sus opiniones, ideas y sus experiencias relacionadas con el objetivo de esta investigación, su participación consistirá en una entrevista semi-estructurada de aproximadamente 30 minutos de duración. La entrevista consistirá en una conversación en el establecimiento de salud en donde desempeñe sus actividades laborales y será realizada por la investigadora principal y/o el investigador asistente. La entrevista semi-estructurada es una metodología de investigación en la que el entrevistador pregunta sobre los aspectos que le interesa relevar basándose en una guía de preguntas desarrollada previamente. Además, se deja el espacio para introducir preguntas adicionales para precisar información pertinente y para que el entrevistado exprese su punto de vista sobre el tema. Algunos de los temas abordados serán sus percepciones sobre el modelo de atención de los servicios de salud involucrados en la atención de los pacientes con TB, las necesidades que se desprenden de la práctica cotidiana sobre esta problemática y su experiencia pasada en relación a la TB como problema de salud pública. La misma será grabada para luego poder analizar la información. Para esto último, será necesario desgrabarla y almacenar el material en una base de datos a la cual sólo tendrán acceso los investigadores.

CONSULTAS:

Tendrá la posibilidad de plantear todas las dudas que puedan surgirle en cualquier momento del desarrollo del estudio a la investigadora principal del proyecto Rocío Nahir Barrios (TE. 4808-2600 Int. 1004). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Fernández (CEIHF). El CEIHF tiene como misión proteger a las personas que participan en las investigaciones. Si usted tiene alguna duda o consulta sobre los derechos que tiene como participante de una investigación, sobre esta investigación, o si desea comunicar algún evento al CEIHF puede hacerlo por correo electrónico a fernandez_cei@buenosaires.gob.ar, TE. 4808-2618, Cerviño 3356 – 7^{mo} piso. Tenga en cuenta que, con el fin de garantizar la calidad en el proyecto de investigación, el CEIHF podrá contactarlo para

entrevistarlos con relación a la toma del presente Consentimiento Informado y al desarrollo del estudio.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Toda la información que se obtenga será manejada en forma confidencial. Se tomarán todas las precauciones necesarias para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio conforme a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas Data). De acuerdo a esta ley, Ud. tiene derecho al acceso de su información personal, solicitar rectificaciones en caso de errores y en caso de retirarse del estudio no se tratarán más datos a futuro.

Por lo tanto, usted no resultará identificado personalmente ante ninguna instancia institucional ni en ningún informe o publicación sobre el estudio. También las grabaciones y toda la información recabada durante el estudio serán almacenadas sin identificar a ninguno de los participantes del mismo. Los datos serán almacenados con un código cuya identificación sólo podrá hacerla el investigador.

BENEFICIOS:

Este estudio no le proporcionará ningún beneficio directo a Ud., pero aportará evidencia sobre los obstáculos y necesidades para la mejora en la calidad de la atención en relación a la tuberculosis como problema de salud pública en el Hospital General de Agudos J.A. Fernández.

Su participación en este estudio es voluntaria. Puede decidir no participar o retirar su consentimiento en cualquier momento sin exponerse a modificar ninguno de los beneficios que percibe como paciente de este hospital.

GRATUIDAD:

El desarrollo y su participación en este estudio no tendrán ningún costo monetario para Ud.

RIESGOS:

Este estudio no tiene riesgo para usted. Su participación en el estudio no alterará de ninguna forma su práctica profesional. La Dirección del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández ha autorizado la realización de este estudio. El protocolo ha sido evaluado y aprobado por el CEIHF.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

El presente protocolo se ajusta a la Guía para realización de estudios con seres humanos de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial en 1964, última actualización 2008), a la normativa legal vigente de Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas Data) para proteger la identidad y los datos del personal, garantizando la absoluta confidencialidad de toda la información que se produzca a raíz de este protocolo.

Se garantiza que la participación en las entrevistas de este protocolo será voluntaria y libre de influencia indebida, incentivo indebido o coerción. Los/las profesionales tienen derecho a rehusarse a participar o a abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificarse y sin exponerse a ninguna represalia, ni afectarse su atención en la institución. Para ello la firma del consentimiento informado será realizada en presencia de un testigo independiente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Luego de haber leído y comprendido las consideraciones previas, de haber realizado todas las preguntas necesarias al profesional informante y de haber recibido respuestas satisfactorias, **ACEPTO LA INCORPORACIÓN** al presente estudio, en forma voluntaria y dejando expresa constancia que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento y que ello no va a afectar de ninguna manera mi práctica en la institución.

-----		-----
-------	--	-------

	----- --	
DNI del/la voluntario/a	Nombre y apellido del/la voluntario/a	Firma y Fecha
----- -	----- --	-----
DNI del/la testigo independiente.	Nombre y apellido del/la testigo independiente	Firma y Fecha
----- -	----- --	-----
DNI de la Investigadora Principal	Nombre y Apellido de la Investigadora Principal. Contacto.	Firma y Fecha

Anexo 2

Guía de entrevista semi-estructurada para el personal de salud involucrado en la red de servicios de atención-cuidado de los casos de TB diagnosticados en el HF en el periodo 2019-2020.

Completar: Edad; Género; Lugar de trabajo.

1 - Preguntas generales. Estas preguntas apuntan a una narrativa libre sobre la trayectoria de la persona en el efector de salud.

- a- ¿Cuál es su profesión y formación profesional?
- b- ¿Cuál es su tarea cotidiana en relación con la TB en la institución/servicio donde Ud. trabaja?
- c- ¿Cuándo y dónde empezó a trabajar en ello?
- d- ¿Cuenta con otro tipo de experiencia de trabajo en la temática? En caso de ser afirmativo, ¿Cuál?

2- Percepciones y representaciones sobre los/las pacientes y sus familias. Estas preguntas están orientadas a una narrativa libre sobre las creencias acerca de las características de los/las pacientes, sus familias y entorno. El objetivo es identificar obstáculos y facilitadores de la accesibilidad y adherencia al tratamiento de los casos de TB diagnosticados en el HF vinculados a dichas características.

- a- Habitualmente, ¿En qué estado clínico llegan los/las pacientes con TB a la institución/servicio donde Ud trabaja?
- b- ¿Cuáles cree que son las características habitacionales de esta población?
- c- ¿Cuáles cree que son las características ocupacionales de esta población?
- d- ¿Cuáles cree que son las comorbilidades más frecuentes de esta población?

Desde su punto de vista:

- a- ¿Qué situaciones obstaculizan el acceso y diagnóstico de la patología de los/las pacientes con TB?
- b- ¿Qué situaciones obstaculizan el inicio del tratamiento de los/las pacientes con TB?
- c- ¿Qué situaciones obstaculizan la finalización del tratamiento de los/las pacientes con TB?

Desde su punto de vista:

- a- h- ¿Qué situaciones facilitan el acceso y diagnóstico de la patología de los/las pacientes con TB?
- b- ¿Qué situaciones facilitan el inicio del tratamiento de los/las pacientes con TB?
- c- j- ¿Qué situaciones facilitan la finalización del tratamiento de los/las pacientes con TB?
- d- k- ¿Qué características tienen para Ud. los casos más complejos?

3- Circuito de atención-cuidado de los casos de TB. Estas preguntas están orientadas a una narrativa libre sobre los distintos elementos que componen el circuito de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los/las pacientes con TB, acciones de prevención. El objetivo de esta sección es plasmar la experiencia cotidiana en el abordaje de estos casos y los factores relacionados al circuito de atención-cuidado que pueden facilitar y obstaculizar la accesibilidad y adherencia al tratamiento de los casos de TB diagnosticados en el HF vinculados a dichas características.

- a- ¿Dónde residen los casos que habitualmente llegan a la institución/servicio donde Ud trabaja?
- b- ¿Cómo cree que se movilizan mayormente para llegar?
- c- ¿Por qué cree que los/las pacientes eligen concurrir a la institución/servicio donde usted trabaja y no a otra?
- d- En caso de que concorra un/una paciente con sospecha de TB a la institución/servicio donde Ud. trabaja, en su experiencia ¿cuáles son los pasos que habitualmente siguen?

- e- ¿Qué otros servicios e instituciones de salud (públicas o privadas) pueden participar en el circuito que siguen los/las pacientes en la institución/servicio donde Ud. trabaja?
- f- ¿Qué debilidades reconoce en el circuito que siguen los/las pacientes en la institución/servicio donde Ud. trabaja?
- g- ¿Qué fortalezas reconoce en el circuito que siguen los/las pacientes en la institución/servicio donde Ud. trabaja?
- h- ¿Qué disciplinas del equipo de salud suelen participar del circuito?
¿Cuáles cree que deberían participar y por qué?
- i- Si tuviera que modificar el circuito, ¿Qué cambiaría?
- j- ¿Cómo sucede la interconsulta/derivación de pacientes a otras instituciones/servicios de salud?
- k- ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación para la referencia y contra-referencia entre efectores de la red? ¿Cuáles son los canales de comunicación que se utilizan para gestionarla? ¿Cómo suele ser el resultado?
- l- ¿Conoce instituciones, organizaciones de la sociedad civil u organizaciones comunitarias con los que se puede contar para trabajar con la población con TB y sus familias?