

Asesoría en tuberculosis, proceso de gestión y aportes desde el Trabajo Social

Por Cristian H. Carlini

Cristian H. Carlini. Licenciado en Trabajo Social con desempeño en el Servicio Social del Hospital Teresa Germani (Laferrere, La Matanza, provincia de Buenos Aires), el Departamento Social del Hospital José T. Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en el Staff de Docentes del Curso de Postgrado de Gestión en Servicios de Salud organizado por la Asociación de Profesionales de Salud (APS), San Justo, La Matanza, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Escribir sobre las intervenciones que uno va realizando desde nuestra disciplina del Trabajo Social es una forma de hacer una pausa entre tanto movimiento que implica la realidad social de la que estamos atravesados como profesionales y al mismo tiempo como ciudadanos, movimientos que expresan manifestaciones pero al mismo tiempo situaciones latentes a descubrir / construir desde nuestro rol como TS, realidades en las que, relacionándolo con los aportes de la autora Cavallieri M. S. (2008), más que problemas sociales es pertinente partir de una concepción de situaciones problemáticas.

En la realidad cotidiana que vivencia toda persona con diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis (desde ahora TTO de TBC) hay una multiplicidad de diversos factores / dimensiones que atraviesan dicha realidad cotidiana. No solamente lo vivencia la persona en situación de paciente y/o sus redes afectivas (sean o no familiares) que los acompañan si existiesen, sino también nosotros/as como profesionales por los múltiples factores que nos atraviesan en nuestro quehacer profesional. Por ello considero que nuestra visión -no solo profesional sino de la vida misma- será más pertinente que parta desde un punto de vista no simplista ni lineal.

Como lo desarrollé en otros artículos Carlini C. (2018), me planteo (con todas las incertidumbres que tienden a crecer ante la realidad que nos atraviesa y aún más en contexto de Pandemia que con menor intensidad continúa vigente) partir desde una concepción de la salud construida, percibida, interpretada y llevada a la práctica desde un enfoque humanístico, progresista, transformador y dialéctico (y también por qué no, holístico). Esta concepción me permite reflexionar que la sociedad, para superar las abstracciones metafísicas de los “Hechos Sociales” características de la tradición hegemónica, está constituida por un conjunto de relaciones sociales múltiples y complejas, para nada lineales, relaciones atravesadas en varias oportunidades por un conjunto de rizomas (con formas diversas y múltiples sentidos), concepto muy bien desarrollado por los autores Deleuze y Guatari (2010). Estas relaciones sociales expresan esa tensión dialéctica entre el Capital / Trabajo, como también en dichas relaciones siempre habrá opresiones pero también capacidades de resistencias, eje extraordinariamente desarrollado por M. Foucault (1989). Estas relaciones evidencian un continuo movimiento constante, múltiple, dialéctico, holístico, heterogéneo, con contradicciones y con mucha fluidez. Partir de estas posturas me permite intentar poner en tensión y distanciarme de posturas filosóficas positivistas que reducen -de forma totalmente lineal- la realidad social a una mirada teórica previa.

Partir desde estas concepciones es una forma de intentar superar visiones tradicionalistas hegemónicas planteadas desde la negación o de una valoración mínima -de carácter meramente asistencialista- de la propia historia social, familiar, económica, política y cultural de cada sujeto con los que nos vinculamos en nuestro quehacer profesional.

A través de este trabajo de sistematización y reflexión y desde este enfoque es que deseo compartir una experiencia de intervención de 4 años de sostenimiento (con diferentes intensidades y continuidades) de un Dispositivo de Asesoría no solo para pacientes en situación de TTO por un cuadro de TBC, sino también para sus familiares/amigos y/o vecinos que dispuso convocar libremente el/la paciente como parte de su red afectiva de contención; dispositivo que en sí mismo es una fase/espacio de un proceso de gestión en atención de pacientes con TBC.

Este trabajo de sistematización consta de esta breve introducción, de un apartado de Desarrollo - con diferentes subtítulos que orientan mínimamente la lectura- y una conclusión con los respectivos agradecimientos.

Desarrollo

En este apartado se realizan diferentes abordajes que permiten fundamentar el por qué de esta iniciativa y su respectiva contextualización, visibilizo los lineamientos generales del Servicio Social del que formo parte en el Hospital T. Germani, realizo una serie de apuntes elementales sobre la TBC en los que abordo los siguientes ejes:

- qué es la TBC,
- sus factores causales y su relación con el concepto importante de la Cuestión Social (concepto clave en nuestra disciplina del Trabajo Social),
- realidad epidemiológica sobre la TBC,
- importancia de la perspectiva de una Epidemiología Social.

Luego intento fundamentar la importancia de la estrategia de APS en un segundo nivel de atención, que se materializa a través de las instancias de educación para la salud que se evidencia en este espacio de Asesoría en TBC y en todo el Proceso de Gestión, aportes teóricos metodológicos desde un Trabajo Social con perspectiva crítica en relación al espacio de la Asesoría de TBC y el respectivo proceso de gestión de atención de pacientes con TBC. Posteriormente me centro más específicamente en este Dispositivo / Espacio de Asesoría, los motivos que dieron su origen, la importancia de un abordaje interdisciplinario, los principales objetivos, formas de captación para la concurrencia de los pacientes y allegados afectivos afines, los indicadores de evaluación tanto cuantitativa como cualitativa, los aportes para prevenir estigmatizaciones, el dispositivo/espacio de asesoría como emergente de la tensión institucional entre lo instituido y lo instituyente.

A lo largo de este desarrollo fui realizando constantes articulaciones con diversos conceptos e ideas de diversos autores (algunos también relacionados con el Trabajo Social), entre otros ejes de indagación.

1. Servicio Social del Hospital Germani

El Servicio Social del que formo parte y en el que desarrollo mis múltiples intervenciones forma parte de un Efector de Salud Pública Municipal del Partido de La Matanza (Hospital Materno Infantil Teresa Germani).

El partido de La Matanza se encuentra ubicado en la provincia de Buenos Aires, dentro del sector denominado genéricamente como Gran Buenos Aires/AMBA/Conurbano Bonaerense. Es el municipio más extenso del Conurbano ya que cuenta con una superficie total de 325,71 kilómetros cuadrados. Su población actualmente está estimada en aproximadamente 2.200.000 habitantes (siendo fundamental el próximo Censo Nacional que se realizará a corto plazo para poder obtener una cifra más exacta). El distrito limita al noroeste con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al sudoeste con Cañuelas y Marcos Paz, mientras que al sudeste con los partidos de Lomas de Zamora y Esteban Echeverría y al noroeste con Marcos Paz, Merlo, Morón y Tres de Febrero. Está integrado por las localidades de 20 de junio, Aldo Bonzi, Ciudad Evita, González Catán, Gregorio de Laferrere, Isidro Casanova, La Tablada, Lomas del Mirador, Rafael Castillo, Ramos Mejía, San Justo, Tapiales, Villa Luzuriaga, Villa Madero y Virrey del Pino.

Desde una perspectiva de Planificación Estratégica (enfoque que luego desarrollaré con extensión) se parte -como Servicio Social- de los siguientes objetivos y aspectos fundamentales (Carlini, 2017/2018):

Somos un Servicio de Salud constituido por profesionales formados desde la disciplina del Trabajo Social, disponibles hacia la comunidad desde lunes a sábados (lunes de 07:00 a 14:00, martes de 08:00 a 19:00, miércoles de 08:00 a 18:00, jueves de 08:00 a 18:00, viernes de 08:00 a 18:00 y sábados de 08:00 a 14:00). Principalmente nos dedicamos a las intervenciones desde el eje asistencial, atendiendo a pacientes/familias internados en nuestro Efector de Salud, como los que consultan directamente a nuestro Servicio Social y/o derivaciones de diversas Instituciones. Es decir que nuestras acciones de intervención están destinadas a las/os pacientes internadas/os en la Sala de Pediatría, a las mujeres internadas en el Servicio de Obstetricia/Toco Ginecológica, a las/os pacientes derivadas/os desde el Dispositivo de Guardias (de Adultos como de Pediatría), al sostenimiento de un espacio de Consejería sobre IVE/ ILE, a las familias que se acercan y son atendidas en nuestro Servicio Social o a la atención de pacientes por derivación de otros servicios del Hospital como de otras Instituciones, entre otras múltiples intervenciones.

A veces limitados por las continuas urgencias / emergencias en que intervenimos, también se intenta ofrecer nuestros servicios de salud a la comunidad del área programática del propio Hospital (Barrio Luján, Barrio La Loma, Barrio Bajo La Loma, Barrio del Centro de Laferrere, Barrio Eva Duarte, entre otros barrios) a través de las acciones mencionadas anteriormente, esto es las de promoción de salud / prevención de enfermedades. Dichas intervenciones / acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades las intentamos ir construyendo en forma conjunta con diversos actores institucionales del área Programática del Hospital.

Son variados los objetivos que nos vamos planteando como Servicio Social. Son variados pero la principal finalidad es brindar la mejor atención a la comunidad. El producto / servicio final que se propone desde el Servicio Social no es solamente la intervención desde los asistencial (que como lo expresé anteriormente nos demanda muchísimo tiempo de trabajo) sino también poder realizar intervenciones desde los ejes de promoción de la salud y su respectiva prevención de enfermedades.

Considero oportuno especificar que la respectiva área de influencia de nuestro Hospital

trasciende lo formalmente considerado como área programática; atendiendo pacientes / familias que abarcan a todas las Localidades del Partido de La Matanza, como también pacientes/familias que concurren desde otros Partidos del Conurbano, como por ejemplo los partidos de Morón, Merlo y, en menor medida, 3 de febrero y la CABA. El Hospital estructura su funcionamiento organizacional / institucional desde la atención Materna / Infantil, pero lo positivo (a pesar de múltiples obstáculos) es que brinda a la Comunidad servicios de consultorios externos muy importantes como por ejemplo: Psicología, Psiquiatría, Neumonología, Diabetología, Neumonología, Estimulación Temprana, entre otras especialidades estructuradas en Consultorios/ Servicios, etc.). Por supuesto que desde una perspectiva crítica constructiva se tiene que seguir mejorando con muchas dimensiones, como la comunicación interna, mejores condiciones laborales/salariales, mejor organización en lo referido al sistema de referencia/contrareferencia tanto interno del Hospital como de otros Efectores de Salud, etc.

Para terminar con este apartado, son muy diversas las intervenciones que realizamos sobre un conjunto de situaciones problemáticas; entre ella está la relacionada con la importancia de sostener una adherencia positiva por parte del paciente que atraviesa un cuadro de TBC, como también otras vulnerabilidades que potencializan el abordaje (de por sí totalmente complejo) de la temática de TBC.

2. Apuntes básicos sobre la TBC

2.1. ¿Qué es la TBC?

Tomando en cuenta lo aportado en diferentes lecturas sobre esta temática (Min. de Salud, 2015), la TBC puede ser definida como una enfermedad infecto-contagiosa producida por el bacilo de Koch o también denominada *Mycobacterium Tuberculosis*” (Instituto Biomédico, 2006). Se contagia de persona a persona por la inhalación de aerosoles contaminados por dicho bacilo que han sido eliminados por el individuo enfermo al toser, hablar, o estornudar. Esta bacteria puede permanecer en el aire como mínimo 24 horas, si no se ventila el ambiente. Dicha bacteria afecta -en un 80% aproximadamente de los casos- al órgano de los pulmones y en un 20% a una gran variedad de órganos (como riñones, hígado, sistema óseo, pleural, etc.) a los que se denomina como cuadros de TBC Extra Pulmonares.

Las personas (sean adultos y/o niños) que tienen mayor riesgo de contagio son las que comparten más de 4 horas diarias (en ambientes reducidos/cerrados y/o con escasa ventilación) con la persona que presenta la enfermedad. Dichas personas pueden ser familiares, compañeros/as de trabajo, de estudios, etc. Cuando el bacilo ya se encuentra en el organismo produce la infección que, en la mayoría de las veces, permanece inactiva, sin multiplicarse y sin provocar la enfermedad de Tuberculosis. En estos casos, dichas personas están infectadas pero no enfermas y pueden estar en esta situación varios años, como también toda la vida. Al estar infectadas no generan ni producen potencialidad de contagios. Uno de los desafíos que tenemos como equipo de salud es (entre tantos a especificar en otro potencial trabajo) poder detectar a quienes tuvieron contactos estrechos con una persona cuando empezó a desarrollar sintomatología, para garantizar el denominado abordaje del foco epidemiológico, que sería la realización de los controles clínicos de todas las personas (principalmente convivientes o en vinculación por varias horas en otros ámbitos cotidianos como el ámbito laboral, de estudios, etc.) que están en contacto con quien ya ha desarrollado la enfermedad de TBC.

Otro gran desafío es que la persona que está en la fase de enfermedad pueda iniciar lo más pronto posible el inicio del TTO (que ha pasado de la fase de estar infectado a estar enfermo). Es preciso mencionar que como sintomatologías principales podemos mencionar las siguientes:

- tos y catarro por más de 15 días,
- sudoración,
- fiebre nocturna,
- dolor muscular,
- dificultades para dormir,
- falta de apetito, depresión y/o poco ánimo para hacer las actividades diarias, etc.

La concreta posibilidad de contagio se da cuando una persona ya se encuentra en esta fase de enfermedad (y no de simple infección) siendo el tipo de TBC Pulmonar (sea Uni Pulmonar o Bipulmonar). Por lo cual consideramos que la socialización de la mayor información posible sobre esta enfermedad es una contribución para abordar este dilema epidemiológico, siendo el Dispositivo de Asesoría en TBC un aporte positivo y estratégico para este fin.

2.2. Factores Causales que dan origen a la TBC y vinculación con el concepto de la Cuestión Social

Partiendo de la práctica profesional cotidiana y de los diversos materiales consultados, hay una multiplicidad de factores problemáticos clínicos y sociales que van a potencializar y ampliar las posibilidades de contagiarse y desencadenar la enfermedad. Son “factores clínicos” que tienden a disminuir la inmunidad de las personas como “factores sociales” productos de una estructura desigual social (sistema capitalista principalmente en su fase neoliberal conservadora) que acrecientan las posibilidades de que se desencadene la enfermedad. Lo clínico y lo social son dimensiones totalmente interrelacionadas dialécticamente. El análisis de dichos factores nos permite indagar la estructura causal de la Tuberculosis como un ejercicio de problematización, de contribuir al pensamiento crítico que podemos realizar desde nuestro propio Rol de Trabajo Social por las múltiples aristas que se desprenden en cada abordaje.

Los factores problemáticos más estructurales considero que son los siguientes:

- Sistema Capitalista,
- Sociedad Patriarcal,
- Valores xenófobos/discriminativos,
- Gestiones de corte neoliberal que tienden a dismantelar políticas públicas sanitarias de carácter universal e inclusiva para todos/as.

Desde estos factores problemáticos interrelacionados entre sí es que van influyendo -sin caer en relaciones lineales y simplistas- en el desencadenamiento -donde se produce una relación múltiple de estas problemáticas- de otros factores problemáticos que se van apreciando más concretamente en la realidad sociocultural compleja en donde nos insertamos profesionalmente.

Se puede inferir que todo fenómeno particular y micro social está atravesado dialécticamente por la propia realidad de procesos macrosociales. Y parto desde una concepción dialéctica porque también los mismos factores que se visualizan concretamente en la realidad social de la cotidianidad de cada persona /familia/ grupo/ comunidad con los que interactuamos desde nuestro quehacer profesional son expresiones de la propia realidad Macro Social hegemónicamente imperante. Este eje me permite reflexionar sobre un concepto muy abordado en nuestra historia como disciplina social, que es lo que se entiende por la Cuestión Social. Sin pretender desviarme del eje de este artículo, considero oportuno coincidir con la autora Yamamoto I. (2003), que plantea la «cuestión social aprehendida como el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura» (Yamamoto I., 1998: 27).

Parte de la idea de que la producción social (de riqueza social y simbólica) es colectiva, pero la apropiación es privada, cada vez más monopolizadora. Por lo cual, todo el abordaje a realizar sobre las múltiples situaciones problemáticas que amerita la realidad de la Tuberculosis a través del Programa Nacional de Tuberculosis (Programa como una expresión concreta de una Política Pública Sanitaria), no puede dejar de abordar / de reflexionar sobre la estructura capitalista y cómo impacta en la propia salud del pueblo del que somos parte. Es decir, las políticas públicas no pueden atomizar la perspectiva integral que brinda el concepto de la Cuestión Social. Muy adecuadamente, la autora J. Matusевич (2015) plantea que desde una Perspectiva Hegemónica, las Políticas Públicas (Política Sanitaria, Habitacional, Educativa, etc.) tienen la intencionalidad de fragmentar la lectura «crítica» de la dimensión Cuestión Social.

También considero muy oportuno poder comprender a la Cuestión Social no solo como un aspecto negativo y totalmente transitorio del Capitalismo, que se superará y se solucionará con las propias cartas y el propio juego dentro de la misma lógica del sistema, sino que considero necesario una salida de raíz sobre lo que menciono como la Cuestión Social. Es importante también tomar los aportes de la autora Cavallieri M. S (2008), que nos expresa muy acertadamente lo siguiente con respecto al concepto de la cuestión social, al hacer referencia a que las intervenciones desde el Trabajo Social son sobre las manifestaciones de la cuestión social que se presentan en forma inmediata pero que estructuralmente expresan las contradicciones y antagonismos del propio orden social capitalista. Por ello, todas las situaciones problemáticas (concepto que luego desarrollaré citando a esta misma autora) en las que intervenimos son situaciones problemáticas que no se las puede analizar como una simple relación causa-efecto sino que existen determinantes policasales. Es decir que para analizar un problema se lo debe pensar en términos de relación estructura-coyuntura, desde una óptica de lógica también nacional e internacional. Margarita Rosas Pagaza (1998) entiende el contexto de la Cuestión Social en el contexto del capitalismo, como una relación de contradicción entre capital - trabajo. Y expresa lo siguiente:

“Esta relación constituye el núcleo central de un proceso que se explicita en la forma de organización económica, social, y política que afecta a la clase trabajadora

en su proceso de reproducción biológica y social, así como a los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo(...)Desde principios de los años ochenta, el crecimiento de la desocupación y la aparición de nuevas formas de pobreza(...)los fenómenos actuales de exclusión no remiten a las categorías antiguas de explotación, así ha hecho su aparición la nueva cuestión social(...)la transformación de la sociedad salarial en el contexto de los procesos de globalización de la economía y su implicancia directa en la transformación de la categoría trabajo y, al mismo tiempo, las mudanzas generadas en los sistemas de protección social, constituyen hoy la nueva cuestión social(...)este fenómeno existe por la precarización del trabajo y el requerimiento cada vez más tecnificado de la mano de obra. Pero, además, por el quiebre de la protección social y los cambios generados en la subjetividad de los individuos” (Pagaza M. R., 1998: 45 y 46).

El padecimiento no solo individual sino comunitario / social que genera la TBC tiene siglos de historia, pero es fundamental poder reflexionarla y problematizarla como una de las tantas situaciones problemáticas que constituye la denominada nueva cuestión social. Y a ésta se la puede también reflexionar como una relación social, contradictoria y difícil entre los respectivos sujetos sociales y sus necesidades sociales, construyendo desde la óptica del Trabajo Social el campo problemático a intervenir (un campo de por si complejo, dialéctico y dinámico).

Retomando el análisis de los factores problemáticos sobre la especificidad de la TBC, puedo mencionar por ejemplo los siguientes factores: la no existencia de una concreción del derecho a una vivienda digna que implica (entre otras realidades) la existencia del hacinamiento, la realidad de la complejidad del desempleo y/o subdesempleo que implica la existencia en los núcleos familiares de desnutrición infantil y/o déficit nutricional en la población adulta, etc.; son algunos ejemplos de cómo la estructura desigual capitalista en general (pero particularmente en su modelo neoliberal / conservador) reproduce estas condiciones deficitarias en la vida cotidiana que potencializan las posibilidades de una ampliación de contagios de la TBC y por lo cual de desencadenar la concreta enfermedad de la misma.

En un trabajo excelente de investigación realizado por Castilla, María Victoria (2016), ésta plantea muy acertadamente que el hacinamiento, las condiciones nutricionales e inmunitarias -como situaciones de deficiente salubridad sanitaria- potencializan las probabilidades de infección. La autora expresa muy acertadamente (citando a diversos textos) lo siguiente:

“La tuberculosis es una enfermedad inhabilitante, de larga duración, con grandes complicaciones para la persona que la padece y su entorno.... Es considerada una enfermedad de la segregación y de la marginación de lo social al estar estrechamente vinculada a las condiciones de vida, entre las que se destacan: la calidad y cantidad de alimentación, el tipo de trabajo, el hacinamiento y el tipo de vivienda (Farmer 2003; Godlberg 2010:104).

A su vez, como factores problemáticos clínicos que potencializan las posibilidades de contraer esta enfermedad, encontramos a aquellas personas que ya vivencian enfermedades

inmunodeprimidas y concomitantes como el no TTO del VIH que desencadena la existencia del SIDA, el consumo problemático de alcohol y otras sustancias (legalizadas para su consumo o no legalizadas), la diabetes y otros trastornos respiratorios que hacen disminuir la inmunidad posibilitando la aparición de la enfermedad. En pleno contexto de la Pandemia del COVID 19 fuimos observando cómo se acrecentaron los riesgos de mortalidad y de morbilidad en aquellos pacientes que se infectaron con COVID 19 y que no estaban sosteniendo un adecuado tratamiento continuo por su cuadro de TBC¹ (tanto pulmonar como extra pulmonar).

Desde una visión epidemiológica, donde se acrecienta y se multiplica la existencia de estos factores problemáticos sociales / sanitarios es donde se encuentran los mayores casos de personas que padecen Tuberculosis; porque si bien es una enfermedad que traspasa los márgenes de las situaciones de pobreza, esta enfermedad está influenciada y potencializada (como lo especifiqué anteriormente) por las múltiples situaciones de vulnerabilidad habitacional (malas condiciones de vivienda/infraestructura inadecuada, situaciones de hacinamiento), vulnerabilidad clínica/sanitaria (como situaciones de desnutrición, situaciones de consumo problemático de sustancias y /o situaciones de adicciones), situaciones de desempleo, situaciones de trabajo infantil, etc. Considero que todos estos factores, como otros no desarrollados en este artículo, influyen en la concreción de la propia existencia de la TBC, ampliando los desconocimientos en la propia comunidad de todas las múltiples causas que la atraviesan.

El desafío que nos tiene siempre que interpelar como TS (y desde los Servicios Sociales donde uno parte para la inserción Institucional y las respectivas intervenciones), es poder lograr un análisis (para recuperar la importancia del concepto de la Cuestión Social como lo desarrollé anteriormente) de la dimensión de la salud en términos de relaciones de fuerza, de expresión de desigualdad. Eje desarrollado muy bien por Ferrara F. (1985)².

En líneas generales, la TBC es una enfermedad curable, pero se ha tornado una concreta situación problemática -tanto desde lo clínico / sanitaria como desde una óptica social- porque su erradicación implica también un cambio estructural en las condiciones de vida de la sociedad en general y de los sectores populares en particular. También se ha tornado problemático su abordaje -partiendo desde nuestro propio rol como TS desde una perspectiva crítica- por múltiples motivos que puedo enumerar, por ejemplo:

- cuando no se logra la existencia de un diagnóstico precoz y el respectivo TTO adecuado,

-
- 1 Con respecto a la actual Pandemia del COVID 19 que estamos atravesando, se han realizado una gran variedad de muy buenas notas / trabajos y conferencias impulsadas por colegas y otros profesionales donde abordan los diversos impactos de esta situación en la población con la que trabajamos como también en nosotros/as mismos/as como trabajadores/as de la Salud. Recomiendo leer estos 3 trabajos/notas/recomendaciones que me parecieron muy interesantes: <https://www.pagina12.com.ar/262127-eliane-piaggio-todavia-no-terminamos-de-entender-esta-enferm>; <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19> y <https://www.margen.org/pandemia/textos/quispe.pdf>.
 - 2 Expresa lo siguiente: “El punto céntrico se ha trasladado del microbio a la sociedad; de la modificación patológica del mecanismo celular, al entendimiento de las fuerzas y relaciones sociales; de las alteraciones íntimas del protoplasma, núcleo, cromosomas, membranas, nucléolos, a las relaciones de producción. Este es el cambio, rechazar el fetichismo del síntoma, de la enfermedad, para comprender la causalidad estructural que los genera”. (Ferrara F., 1985:27)
-

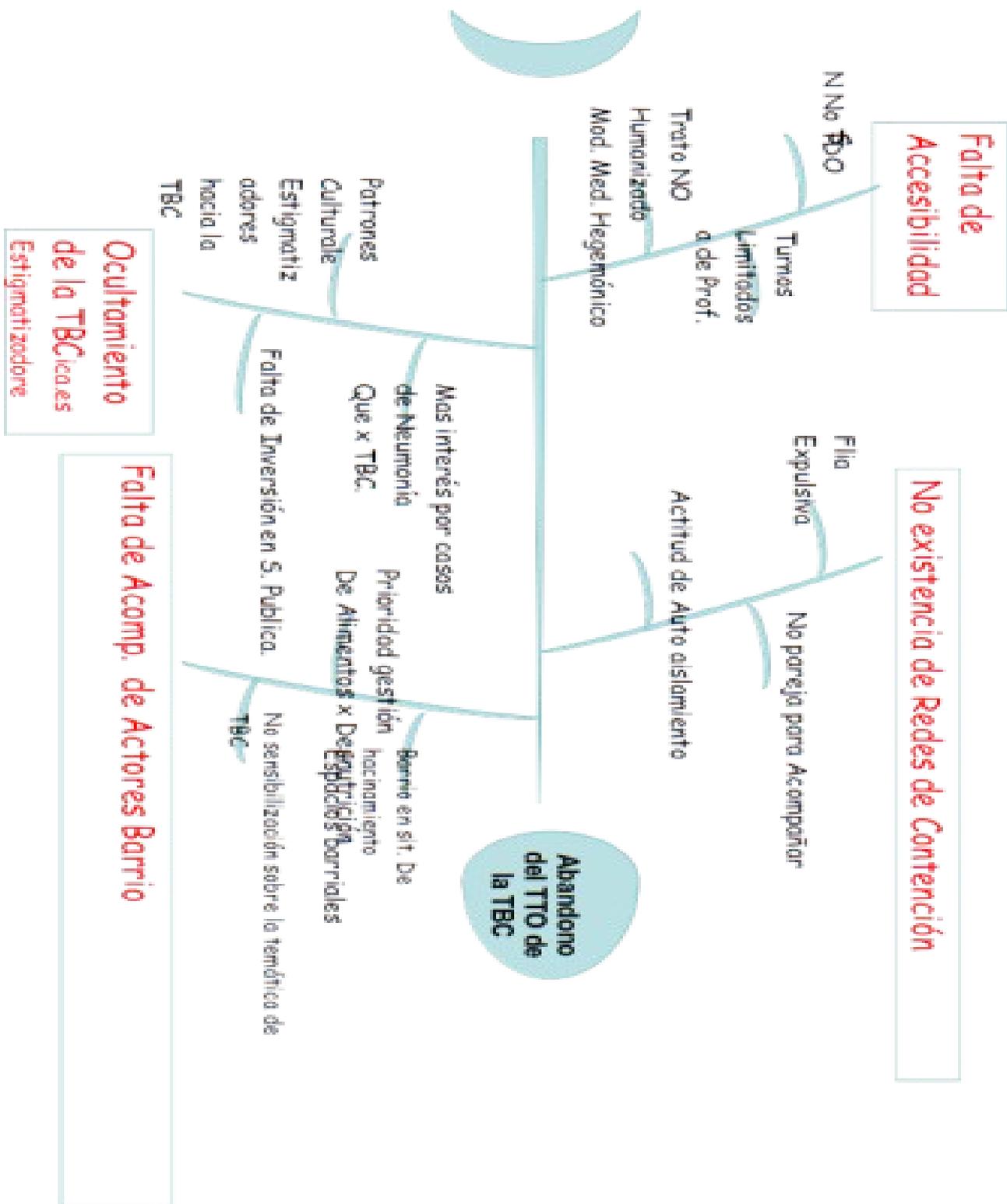
- la falta de detección de los casos existentes,
- problemas en el funcionamiento del sistema de referencia / contra referencia que no permite un mejor acompañamiento al paciente que sostiene una modalidad de TTO ambulatorio y en domicilio,
- las históricas barreras burocráticas para acceder a turnos como la falta de equipos interdisciplinarios formados en esta temática que acrecientan el no cumplimiento de uno de los pilares de derechos a la Salud Pública que es la respectiva accesibilidad,
- los respectivos abandonos al TTO por múltiples causales (abandonos, resistencia a los fármacos utilizados, etc.),
- la no existencia de una red continente afectiva (sea o no familiar) como un actor estratégico fundamental en el logro de la superación de esta enfermedad, etc.

Este conjunto de múltiples motivos que hace de la TBC una situación problemática de abordar nos permite fundamentar que nuestro papel / nuestro rol como TS es de vital importancia en el andamiaje de las diferentes estrategias de planificación y de intervención sobre esta situación problemática, implicando poder transitarla y abordarla -como un desafío de continua búsqueda- desde un enfoque intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario.

Considero que uno de las formas de intervenir es crear estos espacios materiales y simbólicos de Asesorías sobre TBC con múltiples objetivos (que lo ampliaremos más adelante en este trabajo). Uno de ellos es poder construir con el otro/a ese pensamiento crítico para comprender las causas y motivos (clínicos y/o sociales) que atraviesan esta enfermedad y las diversas problemáticas reflexionadas.

Esta realidad lleva a afirmar que la erradicación y/o disminución de los casos de TBC no se va a lograr con la simple prescripción de una receta con medicación antituberculosa. Va a implicar la puesta en práctica de múltiples e innovadas estrategias de intervención, entre ellas la generación de estos espacios de escuchas / de Dispositivos de Asesorías sobre TBC.

Otro de los objetivos de este Dispositivo es poder disminuir el abandono a dicho tratamiento. A modo de ejemplo -y al focalizarnos en las causales del por qué, considero que la TBC es una situación problemática en este apartado del trabajo- explicito una lámina con la Técnica del Diagrama de Ishikawa, también llamado diagrama de cola de pescado o conocido como el Diagrama Causal, entre otras denominaciones, donde por ejemplo visualizo las causas y subcausas que desencadenan en el resultado del respectivo abandono al tratamiento. Esta problemática del abandono del TTO es uno de los principales objetivos a disminuir y evitar en su totalidad, que fundamenta la puesta en práctica del espacio de Asesoría en particular, y del todo Proceso de Gestión en atención de pacientes con TBC en general.



Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Diagrama_de_Ishikawa

2.3. Datos Epidemiológicos actuales de la TBC

Abordar la temática de la TBC desde nuestra especificidad como TS, es de vital importancia por todo lo que fundamento en este trabajo, pero también lo es desde criterios epidemiológicos que sintéticamente trataré de plasmar a continuación. Se estima que a nivel mundial, aproximadamente más de 10.000.000 de personas en el año 2018 presentaron un cuadro confirmado de TBC (OMS, 2021) (es decir con diagnóstico confirmado por enfermedad de Tuberculosis sin contar los casos infectados). Con respecto a este eje, se estima que la población mundial con TBC es mucho mayor. La OMS plantea lo siguiente con respecto a este problema:

“Se calcula que una cuarta parte de la población mundial tiene «tuberculosis latente», término aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que (aún) no han enfermado ni pueden transmitir la infección” (OMS, 2021).

Se considera la TBC a nivel mundial como una de las diez causas principales de mortalidad, generando también una concreta situación de morbilidad según la situación singular de cada paciente. En las personas con VIH Positivas sin TTO y /o con TTO irregular, la TBC es su principal causa de fallecimiento.

Actualmente se calcula que en Argentina hay aproximadamente unos 12.000 casos nuevos como mínimo por año. Es preciso aclarar que son solo los notificados, pudiendo ser una cantidad de casos mayor. Al mes de julio de 2020 se registraron un total de 11.744 casos confirmados (ANLIS, 2020). En relación al año 2009, se observa una tendencia en crecimiento, en que los casos en la Argentina fueron de 10.007 (ANLIS, 2020) (aclarándose que son siempre los notificados). Existe un promedio (solo notificado) de más de 500 casos aproximados de personas que mueren por causa de la afección de esta enfermedad y / o su potencialización por la existencia concreta de otras enfermedades concomitantes y/o preexistentes como un cuadro de VIH sin TTO, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes, Insuficiencia Renal, enfermedades auto inmunes, situaciones de cuadros inmunodeprimidos, etc. Con respecto a la edad y población, se observa una prevalencia en la edad de 20 a 34 años, siendo mayor el número de casos en varones que en mujeres (ANLIS, 2020). Con respecto a los casos por Jurisdicción, es en la Provincia de Buenos Aires donde se presenta la mayor cantidad de casos confirmados (5.713) por año, superando a CABA (que está en un segundo lugar) y demás provincias (ANLIS, 2020). Es preciso detallar que con respecto a la tasa (ANLIS, 2020) de casos de incidentes de TBC por jurisdicción de residencia, en el año 2019 (tasas por 100.000 habitantes) se ubicó la provincia de Salta como primera Jurisdicción, mientras que la Provincia de Buenos Aires se ubicó en el 5to puesto.

Toda esta realidad epidemiológica nos brinda un fundamento concreto para la aplicación de este Dispositivo de Asesoría en TBC.

2.4 Perspectiva desde una Epidemiología Social

Al compartir las reuniones de trabajo con el Dr. Viera Gustavo³ y con las compañeras / colegas del Servicio Social con respecto a la TBC y su impacto en la vida cotidiana de los/as pacientes, fuimos también en alguna ocasión reflexionando sobre qué modelo

3 Profesional responsable y a cargo del Consultorio de Neumonología.

epidemiológico es más adecuado para el abordaje de dicha enfermedad. Por supuesto que la TBC (como el resto de las enfermedades) trasciende el mero análisis desde lo biológico /clínico y está atravesado por las múltiples dimensiones de lo social/cultural – simbólico/ económico/político, etc.

Comparto totalmente con lo planteado por el autor Berlinguer (1986) al referirse a que toda enfermedad es una señal a tomar en cuenta para abórdala desde múltiples enfoques, incluyendo a los propios ciudadanos y a las diversas Instituciones públicas en el análisis de las enfermedades y como impactan en las sociedades. Plantea también la vinculación entre las enfermedades y los modos de vida, de comportamiento, como también con las condiciones laborales. Otro autor muy interesante a tomar en cuenta es Nutbeam, Don (1986) con respecto a esta temática de la Epidemiología que plantea lo siguiente:

“El estudio de la distribución de las enfermedades, de la conducta u otros indicadores de salud en las poblaciones humanas; se ocupa asimismo de los factores que la provocan o están asociados con su distribución, y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud”.

En nuestras intervenciones considero fundamental poder superar las visiones hegemónicas en el análisis de las enfermedades que suele centrarse en el aspecto biológico de las enfermedades o en sus síntomas. Intentar una visión epidemiológica contra hegemónica y humanista implica poder atrevernos a reflexionar sobre las múltiples causas que generan dichas enfermedades (desarrollado mínimamente como una aproximación en el apartado anterior) y las intervenciones sociales que aportan a su disminución. Siguiendo con este eje de análisis y de crítica, es importante hacer explícito lo abordado por Nutbeam (1986):

“La información epidemiológica, especialmente aquella que define los grupos de riesgo y las conductas de riesgo, ha sido la base para la prevención de enfermedades. Sin embargo, el hecho de que tradicionalmente la epidemiología se haya centrado en la enfermedad, y sus factores determinantes hay supuesto que su empleo haya sido de menor utilidad en el campo de la promoción de la salud. En este ámbito resulta más adecuada la utilización del concepto de epidemiología social” .

La TBC implica una concreta problemática social, por lo cual coincido totalmente con la concepción de Epidemiología Social que aporta este autor, quien sobre esta línea de análisis plantea lo siguiente: “La epidemiología que es sensible a los fenómenos sociales y se basa en la información que proporciona la comprensión de la realidad sociológica” (Nutbeam, 1998). Considero que desde nuestra especificidad como TS al intervenir sobre las múltiples formas en que se materializa la cuestión social (y siendo parte de la comunidad de Cientistas Sociales), nos interpela a reflexionar sobre la cuantitividad de dichas problemáticas y su abordaje desde una perspectiva de pensamiento crítico. Como muy bien lo expresa este último autor mencionado, hay que fortalecer las instancias y los espacios de Educación y Promoción para la Salud, que es lo que se intenta concretar constantemente en el propio Proceso de Gestión de abordaje sobre esta problemática de TBC.

La corriente de la Epidemiología social hace un gran aporte para construir estas reflexiones.

3. Importancia de la Estrategia de la APS en un segundo Nivel de Atención

Considero que las variadas intervenciones que realizamos desde nuestra profesión en los diferentes ámbitos de la compleja realidad social, y en particular en el ámbito de salud, parten desde una determinada perspectiva Ideológica Teórica / Metodológica propia del TS contrahegemónico, que la ampliaré en el apartado siguiente. Pero es totalmente real que sigue prevaleciendo un modelo de atención hegemónica en dicho ámbito de salud, siendo importante poder reflexionar sintéticamente los ejes principales de este modelo y aportar a un modelo alternativo y humanístico basado en la Estrategia de la APS como una estrategia transversal a todos los niveles de atención en el sistema de salud. Esta estrategia y lineamientos permiten también estructurar la perspectiva Teórica Ideológica y Metodológica en la que parto para mi intervención.

El modelo de atención hegemónica (que parte del nudo de una medicina conservadora pero que también ha “colonizado” a otras disciplinas como al Trabajo Social de puro corte asistencialista) consistió y consiste en abordar la enfermedad ya establecida / instalada. Los autores Zurro, M. Cano y Pérez J.F. (1991) plantean muy acertadamente que este modelo se perfecciona y se focaliza en los medios diagnósticos y terapéuticos para tratar las patologías que ya están concretadas, estructuradas, no dándole la importancia correspondiente a dos ejes principales que están interrelacionados: la prevención de las enfermedades como la promoción y educación para la salud. Otros importantes autores sostiene un análisis crítico muy interesante de este enfoque hegemónico, como es Menéndez (1998), que considera a este modelo como un conjunto de prácticas, saberes, técnicas focalizado solo en lo curativo y se basa en principios como el biologismo, individualismo, a historicidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, profesionalización formalizada, entre otras características. Almada Bay (1990) planteó que este modelo considera y “cosifica” como una víctima al propio paciente, al propio individuo. Esta implicancia simbólica / cultural la fui apreciando en las entrevistas a muchos de los pacientes en TTO por TBC; se posicionaban como que haber tenido TBC (y de continuar teniéndolo) era su propia “culpabilidad” dando lugar a prácticas de segregación y autosegregación (que luego desarrollaré en otro pequeño apartado). Almada Bay (1990) plantea lo siguiente: }

“...tanto de la búsqueda del individuo como chivo expiatorio de la etapa de rendimientos decrecientes del modelo de atención hospitalaria, caro, curativo y biologista y que deposita en el individuo la responsabilidad de estar sano o enfermo, como de la exclusión del individuo como unidad de análisis...”. (Almada Bay, 1990).

Partir de este modelo implica un reconocimiento mínimo o a veces una anulación total de la propia historia social, cultural, económica, política y familiar de cada sujeto con los que interactuamos en nuestra cotidianeidad profesional. Es decir, este modelo hegemónico de atención no nos permite darnos el tiempo de poder hacer una pausa entre tanta vorágine que nos atraviesa en nuestra actividad profesional diaria; una pausa que nos permita en el caso de la TBC poder reflexionar críticamente sus causales más estructurales y luego las más coyunturales. Esta fractura del individuo con su propia historia se puede ir suplantándola con la valorización de la dimensión del concepto de la Cuestión Social desarrollada anteriormente.

A través del Dispositivo de Asesoría de TBC y con todo el Proceso de Gestión de Atención de pacientes con TBC, lo que intento es poder pensar con el otro/a la propia cuestión social que lo atraviesa, poder reconstruir el vínculo de dicho sujeto / paciente de la atención en este Hospital con su propia Historia. Dicho intento de revalorización del propio sujeto, de su propia historia, implica

partir de otro modelo que es la propia Estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Este enfoque intenta ser contextualizador, holístico, integral, dialéctico y reafirmador y recuperador de los procesos sociales, políticos, económicos, culturales como influyentes en el proceso de salud – enfermedad – cuidado - atención. Es decir, estos determinantes de dichos procesos no tienen que ser para nada deterministas. La estrategia de la APS reafirma la importancia de la medicina preventiva, tan bien impulsada y llevada a la práctica por el Ramón Carrillo. Alzugaray (2008) visibiliza la siguiente expresión (para nosotros expresión progresista y transformadora) sobre la importancia de la medicina preventiva:

“La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos. Y su objetivo fundamental no es ya la enfermedad y los enfermos, sino –retomando el viejo aforismo hipocrático- evitar estar enfermo o por lo menos evitar que el “estar enfermo” sea un hecho más frecuente que el “estar sano”, y orienta su acción no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos, la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la mala vivienda, la mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos (...) La medicina debe no sólo curar enfermos, sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y con optimismo para que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida...” (Alzugaray, R. A, 2008:64).

Nos aproximan a esta concepción los lineamientos especificados en el documento de Alma Ata en una conferencia de la OMS en el año 1979, que define el concepto de Atención Primaria de Salud de la siguiente forma:

“ la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundado y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación(...)llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye un primer elemento de un proceso de permanente atención sanitaria” (Declaración de Alma Ata, 1979:2).

Retomando a Menéndez E. (1988), con respecto a este enfoque de APS, vemos que desarrolla lineamientos muy importantes con respecto al fortalecimiento de la propia autonomía y capacidad de mayor auto valimiento de los sujetos con los que se interactúa en el sistema de salud pública.

La TBC tiene que ser analizada, reflexionada desde esta concepción que pone en valor la concepción del Proceso de salud / enfermedad / cuidado / atención. Sobre este proceso totalmente dinámico dialéctico y para nada lineal, Menéndez (1994) lo define como un universal que atraviesa (con sus propias singularidades) en todo el tejido social. Plantea que las formas de enfermar, de morir, de atender y tratar la enfermedad tienen que ser reflexionados como construcciones culturales que trascienden a los trabajadores de la salud y los efectores de salud; sino que en la misma se evidencian un conjunto de acciones / técnicas e ideologías que van a determinar (sin ser caer en el simplismo deterministas) las formas de atención. Se suele poner siempre en tensión el modelo hegemónico (que considero que trasciende al propio médico porque también como Trabajador Social podemos reproducir una atención hegemónica, por lo cual, deshumanizada) a través de un modelo de atención humanizada donde es transversal la estrategia de la APS. Muy acertadamente este autor plantea lo siguiente:

“El proceso de salud – enfermedad – atención ha sido y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectiva en las sociedades, incluidas las sociedades actuales”. (Menéndez, 1994).

Continuando con esta línea de análisis me pareció muy interesante un trabajo sobre Prevención/asesoramiento/diagnóstico elaborado por un equipo interdisciplinario que impulsaron los CePAD / Coordinación SIDA (2005):

“Por un lado, consideramos el proceso salud-enfermedad-atención como un emergente histórico – social de las condiciones de vida y de trabajo de una sociedad dada; por lo tanto es una construcción social, constituida por las representaciones y prácticas sociales en las que se articulan tanto aspectos del orden de lo biológico e individual – subjetivo como aspecto del orden económico – social y político - ideológico . Esto nos obliga a repensar nuestras instituciones, formas de trabajo, maneras de organizar y ejercer las tareas de prevención y asistencia” (Coordinación SIDA. Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico CePAD,2005: 6)

Es con la puesta en práctica de este Dispositivo y todo el respectivo Proceso de Gestión donde se intenta poder poner en jaque las simbolizaciones que siguen prevaleciendo hacia los pacientes que atraviesan una situación de TBC (simbolizaciones auto representadas e internalizadas). Este dispositivo es una forma nueva de llevar a la práctica las tareas de prevención y promoción.

Continuando con este posicionamiento ideológico teórico sobre la concepción de Salud, comparto totalmente lo expresado por la corriente de la Medicina Social en la que una de sus referentes fue Laurell Asa (1990), quien planteó muy acertadamente:

“Una teorización que plantea la cuestión de la salud–enfermedad como un fenómeno biológico del individuo, no contiene los elementos suficientes para explicar la producción social del proceso salud–enfermedad colectiva. Es decir, hay una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un proceso natural y postular que, aun siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas...” (Laurell Asa, 1990:120-121).

A su vez, plantea que toda revisión crítica de la medicina y de las formas de atención en salud no surgen solamente de un ámbito puramente científico sino de la crítica, del cuestionamiento generado por el impulso de la sociedad civil, de los movimientos sociales con su agenda de continuas demandas. Cuánta veracidad tienen estas reflexiones.

Desde nuestra propia disciplina de Trabajo Social como parte de las Ciencias Sociales, tenemos muchísimo para aportar a dicho proceso de salud / enfermedad / cuidado / atención, por lo cual nuestro papel en todo el abordaje de la TBC es de vital importancia, intentando reflejarlo en nuestras múltiples intervenciones que incluyen por ejemplo este espacio de asesoría en TBC. Como lo explicitan no sólo nuestras propias leyes que sustentan nuestro quehacer profesional como TS sino también desde el propio recorrido histórico de nuestra profesión con corrientes que hicieron aportes muy positivos (como el movimiento de la Reconceptualización), apostar a la propia autonomía / autodeterminación de cada paciente/ familia / comunidad es fundamental para lograr la terminación de un TTO (en este caso TTO por TBC) como otros logros en el propio devenir de la

vida cotidiana de cada sujeto; devenir de la vida cotidiana donde nuestro papel como TS es fundamental para que dicho sujeto nunca deje de reflexionar críticamente sobre el contexto y la coyuntura que lo atraviesan dialécticamente (y cómo “nos” atraviesan también a cada uno de los/as trabajadores de la Salud).

Reflexionando sobre la importancia de potencializar las propias prácticas de autocuidado individual y colectivo (fundamentales para todo paciente en TTO x un TBC) como también (en estos contextos tan complejos de Pandemia actual) Almada Bay (1990) realiza aportes muy importantes donde revaloriza las redes antes las estructuras burocráticas, las prácticas de autodeterminación, de auto ayuda y de auto cuidado:

“...frente al menoscabo psicológico derivada del uso pasivo de los servicios públicos, se propone desarrollar capacidades y promover crecientes actividades concretas; y re significar nociones como el sujeto, la práctica colectiva, la individualidad, la intersubjetividad, y la identidad (...) el rescate del espacio individual entronca con el redimensionamiento del proceso de auto atención – autoayuda – autogestión, aludido en el apartado anterior al repasar la mirada de actores de la sociedad civil en salud principalmente en lo que se refiere a socavar en el excesivo hincapié en el Estado, a favorecer los movimientos sociales de objetivos múltiples y los colectivos de autoayuda, a expensas de los sistemas de salud de tipo piramidal; a carcomer el poder de la burocracia y de las grandes concentraciones de autoridad; a comprobar que los individuos no son embriones infra políticos; a disolver la regimentación médica-sanitaria; a preferir las redes sobre las jerarquías, las células sobre los grandes aparatos” (Almada Bay, 1990).

Que en un segundo Nivel de Atención como son los Hospitales, en los que estamos atravesados por las continuas urgencias y emergencias, poder darnos el lugar, poder instalar (en el organigrama de servicios que ofrece un Hospital) espacios de Asesorías, son ejemplos de apuesta a las redes, a la educación para la salud, a la Estrategia de la APS.

Al referirme al concepto de autocuidado, deseo también poder ponerlo en tensión con el concepto de auto – atención. Dicho concepto está muy bien revalorizado por Tajer (2021), cuando expresa que:

“Usamos en varias partes del texto el concepto de autocuidado porque proviene de estudios que utilizan esa categoría. Desde la Salud Colectiva en la actualidad preferimos el concepto de auto-atención (Menéndez 2003)- a fin de diferenciarlo de auto – cuidado, ligado a las biomedicina- el cual incluye además del individual, otros niveles de análisis tales como las condiciones materiales de existencia y los modos de vida. La auto – atención implica representaciones y prácticas que la población usa a nivel individual y grupal para explicar, diagnosticar, atender, curar y prevenir procesos que afectan su salud (Michaelewicz, Pierri, Ardilla Gómez 2015)” (Tajer, 2021:p9).

Desde este enfoque que contrarresta al modelo de atención hegemónica, reafirmo que la TBC es una concreta situación problemática social y por lo cual es de suma importancia poder desnaturalizar y ocultar lo que hegemónicamente se pretende imponer/ocultar/naturalizar/estigmatizar.

4. Algunos breves aportes para seguir reflexionando sobre nuestras intervenciones desde una perspectiva teórica/ ideológica / metodológica crítica con respecto al Dispositivo de Asesoría en TBC y el Proceso de Gestión

Tomarnos el trabajo como Profesionales de las Ciencias Sociales, como Cientistas Sociales, como colegas, para intentar desnaturalizar lo que está naturalizado hegemonícamente; como lo expresé en el apartado anterior, implica un enorme desafío para poder ir superando nuestros propios prejuicios, por los que tendemos a proyectar hacia el otro, hacia ese paciente / familia que concurre a nuestro Servicio Social. Hacerlo implica un compromiso ético, fundamental para cada una de nuestras intervenciones.

Hablamos de situaciones problemáticas y no de problemas estancos, desconectados de su contextualización y de sus causales estructurales (abordado anteriormente con el concepto de Cuestión Social). El hablar de situaciones problemáticas nos permite poder lograr una visión mucho más contextual. Es pertinente poder compartir un muy buen aporte de Cavallieri (2008), que desde un enfoque no hegemónico plantea superar la visión de los denominados “Problemas Sociales”, porque demuestra una visión de fragmentación y sectorialización de lo social y partir de la visión de situación problemática. Muy interesantes también son los aportes de Carballada (2006) cuando expresa que toda situación problemática está atravesada por múltiples situaciones problemáticas (situaciones más estructurales como más coyunturales) características por ejemplo en el abordaje de todo lo que genera la dimensión de los TTO de TBC y donde este conjunto de situaciones constituyen un espacio situacional de multiplicidad de problemáticas sociales complejas que generan un alto nivel de frustración, produciendo inscripción en los propios cuerpos. Esa inscripción en dichos cuerpos la podemos apreciar en varios de los /as pacientes cuando se posicionan y quedan fijados en un lugar de autodiscriminación, considerándose “Tuberculosos” (variable de la estigmatización que luego lo desarrollaré mínimamente en otro apartado de este trabajo).

Desde nuestro Servicio Social y desde la especificidad del espacio del Dispositivo de Asesoría en TBC apostamos a fortalecer la propia autonomía, el autovalimiento, autoatención y la mayor autodeterminación de cada paciente; no sólo para poder transitar mejor el TTO sino principalmente para poder concluirlo, al ser los abandonos de TTO una situación muy compleja que puede desencadenar posteriormente hasta el fallecimiento (objetivos que desarrollaré en el apartado específico sobre este Dispositivo). Relacionándolo con Pagaza (1998), quien plantea que si bien el sujeto es generador de sus prácticas cotidianas de reproducción de su existencia (reproduciendo lo que hegemónicamente está establecido), no es un simple “reproductor como lo dado desde lo macro estructural”, sino que tiene la capacidad de ser un sujeto con su propia voz autónoma, dinámico y con la posibilidad de aportar (en su reproducción de acciones cotidianas) a la transformación de su situación de inequidad. Enormes fronteras y utopías que nos permiten caminar desde nuestro rol de TS para apostar en los ámbitos más micros sociales a fortalecer este proceso de fortalecimiento de las autonomías de cada sujeto (incluidos nosotros/as como profesionales en nuestros ámbitos institucionales de trabajo). Implica reafirmar que cada paciente, cada usuario del sistema de salud, es un sujeto de derechos. Esto significa partir siempre desde perspectivas teóricas/ideológicas, progresistas y críticas a lo hegemónicamente establecido, tal como plantea Trabi (2003):

“los objetivos rectores del ejercicio profesional se basan en una concepción de la persona como sujeto de derechos y apunta fundamentalmente a su protagonismo y participación activa en la resolución de sus problemas” (Trabi V., 2003: 100).

Partiendo de este enfoque, es de vital importancia la escucha y la comprensión del mundo simbólico de cada uno de los actores involucrado. Esta escucha implica revalorizar la propia singularidad de cada uno de los pacientes, de los sujetos que concurren a este dispositivo de Asesoría. Lo vínculo con los excelentes aportes de Cazzaniga, que plantea que uno de los grandes objetivos es poder lograr una ruptura con el modo de intervención lineal, individual y a-histórico. La autora ratifica que en toda intervención se tiene que lograr centrarse en el eje de la revalorización de la singularidad. Esto implica también romper con la concepción de una visión hegemónica de “familia heterosexual nuclear”, sino que hay que también comprender que interactuamos con múltiples tipos de familias cuyo abordaje debe ser siempre singular.

Continuando con la importancia de la puesta en práctica de Dispositivos que den lugar y “construyan al mismo tiempo” la visibilidad de la singularidad de cada uno de los sujetos con los que interactuamos profesionalmente, lo relaciono con otros muy buenos aportes de Carballada (2020), cuando expresa lo siguiente:

“Por ejemplo, la dificultad de mirada hacia la singularidad se expresa en el no reconocimiento de la subjetividad del otro en las propuestas de intervención más clásicas. Esta falta implica una dificultad de diálogo entre lo social, las nuevas formas de padecimiento, el deseo, la memoria colectiva en su expresión singular y el acceso a los escenarios de intervención social con mayor certeza y conocimiento profundo de ese otro sobre el que se interviene, tanto desde lo individual como desde lo colectivo” (Carballada A.: 2020, Pág. 1).

Durante el desarrollo y la puesta en práctica de este Dispositivo y de todo el Proceso de Gestión de atención a pacientes con cuadro de TBC, intento que cada uno de los/as pacientes, que cada referente afectivo que acompaña al paciente, pueda transitar la capacidad de movilizarse, de organizarse y de generar cambios desde las orientaciones que se pueden brindar; no solo sobre la problemática de la TBC en sí misma, sino de todas las demandas latentes que se hacen manifiestas como lo fui explicitando en este trabajo. Estas tres líneas básicas de actuación desde una perspectiva de Trabajo Social Contra Hegemónico y crítico, están muy bien desarrolladas por Mendoza Rangel (1986):

“Por orientación entendemos todos aquellos contenidos informativos y formativos que les son transmitidos a la población y que son necesario para enfrentar las necesidades planteada. Estos pueden ser de caracteres técnicos, teóricos, políticos, legales o ideológicos. Aquí ubicamos las funciones de educación, concientización, capacitación, reflexión. Dentro de esta línea encontramos aspectos definidos en los distintos proyectos de trabajo social, como la concientización de la población, el desarrollo de la conciencia crítica, la capacitación legal, la asesoría técnica, la alfabetización, etc. Por organización entendemos todas las formas de agrupación social que el hombre es capaz de realizar y que es necesario desarrollar con la población para dar solución a la demanda que plantea, o bien para enfrentar la problemática que le afecta. Pueden ser la formación de grupos, comisiones, comités, círculos, frentes, asociaciones, sindicatos, cooperativas, etcétera. Por movilización entendemos las tareas y acciones de carácter amplio que la población debe desarrollar para enfrentar su necesidad y buscarle solución, entre ellas tenemos la realización de campañas, los proyectos particulares, tales como la campaña de salud, de alfabetización, de inmunización, de proyectos de teatro, de vivienda, de títeres, etc. (Mendoza Rangel, 1986 :77-78).

Considero que estos aportes tienen que ser una guía para nuestras múltiples intervenciones. Nuestra propia dinámica cotidiana profesional, con un innumerable conjunto de intervenciones que se entrecruzan y se retroalimentan, nos interpela a que los presuntivos diagnósticos situacionales sociales que construimos tienen que repensarse constantemente. No es lo mismo atender a un paciente con TBC en situación de desocupación y sin una red afectiva (sea o no familiar) que a una paciente que sí tiene la posibilidad de contar con dicha red afectiva y que no se encuentra atravesando una situación de vulnerabilidad económica. O a una paciente en contexto de violencia de género y en TTO x TBC; o atendiendo a pacientes con una concreta historia de policonsumo problemático de sustancias y con TBC. En fin, en nuestro Servicio y por el Espacio del Dispositivo de Asesoría sobre TBC, son totalmente variadas las situaciones vivenciadas por cada paciente. Hay un tronco en común / un mismo paraguas que atraviesa estas múltiples particularidades de cada paciente, que es la propia situación problemática social que implica estar en TTO x TBC.

Este continuo repensar de los diversos diagnósticos sociales que construimos nos permite facilitar las diversas estrategias de intervención que le proponemos a cada paciente, a cada usuario de nuestro Servicio Social y del espacio del Dispositivo de Asesoría en TBC en particular. Esto implica una mirada de no quietud, de comprender (como lo expresé en el inicio de este artículo) que todo es un continuo movimiento. Considero muy oportuno el aporte de Escalada (2001) sobre esta temática cuando expresa lo siguiente:

“me parece importante incluir la categoría de movimiento – o lo que es lo mismo, la concepción dialéctica – como otro elemento fundamental en la investigación científica. Para esta epistemología que estoy analizando, tener presente que todos los fenómenos de la realidad están en permanente cambio, es imprescindible si se pretende conocerlos con rigurosidad. Si hay permanente cambio, entonces los fenómenos están en constante movimiento. En líneas generales la historia de cada hecho, de cada suceso, de cada cosa existente convertida en objeto de conocimiento, es aceptada como uno de los productos que dan cuenta del cambio y movimiento del objeto”. (Escalada, 2001)

La esencia de este Dispositivo de Asesoría y de todo lo que implica este proceso de gestión en TBC (como una forma concreta de intervención) es lograr una modificación de las inequidades existentes. Coincido totalmente con lo expresado por la autora Marta Del Aglio cuando hace hincapié que toda intervención es un actuar en la misma realidad para poder lograr una modificación e implica partir desde el pensar el qué, el cómo, el para qué y el con quien se intentará transformar la situación manifiesta actual. Continuando con este eje de análisis, Netto J.P (2002) expresa que “no hay situación histórica que ponga límites a las acciones profesionales y que no ofrezca, además, posibilidades y alternativas” (Netto, 2002:10).

Considero que siempre es importante intentar intervenciones lo más humanísticas posibles, que puedan generar transformaciones e innovar constantemente nuestro rol de Trabajador/as Social/es. Es importante especificar que desde el propio Rol de Trabajadores Sociales es imposible hacer un cambio de raíz, ya que los cambios sociales no surgen y no se realizan únicamente desde una disciplina. Pero no creo que los cambios se den por sí solos, siendo fundamental ser conscientes de nuestros objetivos de mayor autodeterminación a lograr en cada sujeto a través de cada una de nuestras intervenciones. Considero fundamental hacer siempre hincapié en acompañar -desde el Trabajo Social- el proceso de empoderamiento de los derechos por parte de los sectores populares.

La puesta en práctica de este dispositivo (relacionándolo con Carballada), consiste en realizar una intervención que focalice en los espacios micro sociales desde una mirada de la cuestión social. La solidaridad permitirá comprender y saber acerca de los actuales lazos sociales, de intercambios y de reciprocidades que existen en un barrio y/o comunidad (a pesar de las fragmentaciones generadas por el modelo neoliberal) permitiendo conocer las actuales formas organizativas. Carballada plantea que todos estos intercambios y reciprocidades son múltiples y variados, que si bien son informales, resultan importantes en el contexto micro social porque abordan la problemática de la integración. Este eje se vincula con la visión estratégica general que plantea este autor en el Trabajo Social y su intervención en la Comunidad, que es un dispositivo para poder reconstituir los lazos sociales. La existencia y la continuidad de este Dispositivo y espacio de escucha, de Asesoría en TBC, permiten aportar a poner un freno a tanta fragmentación social, crea las condiciones para que los pacientes y sus allegados que participen de este espacio se puedan constituir como Promotores Sociales sobre esta temática y agentes multiplicadores; construye la dimensión transformadora de la propia solidaridad que se expresan de los familiares/amigos/vecinos de la comunidad que desean acompañar al paciente. Es decir, se promueven instancias de diálogo, de encuentros y de socialización sobre toda lo que genera como disparador la temática de la TBC.

5. Sobre el Dispositivo específico de Asesoría en TBC y el Proceso de Gestión de atención con Pacientes con TBC

5.1, Historia de la génesis de dicho Dispositivo

¿Por qué un espacio de Asesoría sobre TBC? ¿Qué es lo que me y nos interpeló como equipo interviniente a generar este espacio? Si hablamos de Equipo ¿cómo históricamente se fue construyendo este equipo y el respectivo Dispositivo? ¿Se puede revalorizar un Dispositivo sustentado en la Estrategia de la APS en un Segundo Nivel de atención?. Uno de los puntapié que ha generado la puesta en práctica de este dispositivo es que fuimos observando cómo en los ámbitos sociales donde nos desenvolvemos como trabajadores/as de la salud / como ciudadanos/as, había una mayor circulación de conocimientos, de conceptos, de información (de por sí insuficiente) de otras temáticas como por ejemplo ITS / VIH/Neumonías/ Diabetes/etc. pero muy poco y/o a veces nula con respecto a los conocimientos y saberes generales en la sociedad actual sobre la TBC? Éstas, entre tantas otras preguntas, nos espesaron a inquietar, a repensar / a reflexionar sobre nuestras propias intervenciones.

Desde mi incorporación como TS al Hospital T. Germani en septiembre del año 2016 fui insertándome en el Servicio Social en múltiples intervenciones (experiencia riquísima en mi formación profesional cuya sistematización/reflexión teórica/ideológica - metodológica amerita plasmarlo en otro artículo a elaborar en el futuro, que estamos pensando realizar desde el equipo). Una de estas intervenciones es la atención a través del Dispositivo de Demanda Espontánea, como también principalmente en la articulación con el Médico Neumólogo (Dr. Viera Gustavo) la atención de pacientes en TTO de TBC para brindarle un conjunto de orientaciones sociales, principalmente, para el inicio de la gestión de un subsidio económico fundamentado en lo establecido por la Ley Provincial 10.436 (“Régimen de amparo destinado a asegurar la protección socioeconómica del paciente afectado de tuberculosis”)⁴.

4 <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/ley/1986/10436/6372>

En el devenir de las intervenciones fui observando que varios de los/as pacientes (aprendiendo y partiendo desde sus propios saberes) demandaban más la necesidad de profundizar sobre la temática de TBC. Como también (en los intercambios continuos hacia el interior del Servicio Social como con el Médico Neumólogo) fuimos observando como generaba vergüenza en el propio paciente que transitaba un TTO de TBC. Como lo planteé en las preguntas disparadoras mencionadas anteriormente, esta realidad nos fue interpelando para poder re significar nuestra atención, acompañamiento, es decir, nuestras intervenciones sobre esta temática; comenzando por los meses de septiembre/ octubre del año 2017 a pensar en la generación/ en la construcción de un espacio de Asesoría sobre TBC. Ese pensar fue en forma colectiva, intercambiando miradas, plasmando los acuerdos y respetando las diferencias. Fue permitiendo “comprender” que hay múltiples dimensiones (sociales, económicas, culturales / simbólicas, etc.) que atraviesan (como lo desarrollé anteriormente en este artículo/trabajo de sistematización y reflexión) la situacionalidad de las personas en TTO por TBC.

Este construir preguntas en común, reflexiones en forma colectiva, nos permite poder intentar constituir un equipo interdisciplinario, no reduciéndose únicamente a profesionales del área / sector médico, sector Servicio Social, sector de Laboratorio, etc. Apostar a la construcción interdisciplinaria en cualquier institución es revalorizar nuestra participación y aportes del Trabajo Social en el ámbito de la salud. Esta práctica iniciada en septiembre / octubre del 2017 revaloriza el eje de lo interdisciplinario. Desde este eje implica compartir visiones y aportes desde saberes diferentes que permitan realmente interpretar y reflexionar contextualmente cada situación problemática, en este caso, todo lo que atraviesa a un sujeto el estar vivenciado un tratamiento de TBC. Sobre este enfoque deseo hacer mención a un gran aporte expresado por Cazzaniaga (2002):

“...la cuestión de la interdisciplinariedad, como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia...la interdisciplinariedad en estos nuevos escenarios no solo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto”

Construir este Dispositivo de Asesoría es revalorizar también la importancia de que desde cualquier Servicio Social podemos generar procesos de gestión. Todo protocolo elevado es por ejemplo un proceso de gestión. En una formación sobre esta temática⁵ el eje principal a tomar en cuenta es que GESTIÓN no es lo mismo que una mera administración de recursos humanos. Gestionar es un proceso, por lo cual, todo servicio de salud que se pone en funcionamiento y ejecución implica un determinado proceso. Y dicho proceso de intervención/de investigación implica una concreta sistematización de las actividades que uno realiza que se plasma en guías, protocolos, normas explicitadas, flujogramas como herramientas de seguimiento, etc. Considero que la importancia de una gestión de Proceso es una concreta forma de hacer explícito los pasos a seguir, es una forma de planificar partiendo desde una perspectiva estratégica para poder tener caminos / planes alternativos. Las intervenciones realizadas desde el Servicio Social son caracterizadas como un tipo de

5 Curso de Postgrado sobre Administración de Servicios de Salud y material teórico compartido por formato Power. Director Dr. Guillermo Cubelli. Sede APS San Justo.2017/2018

Proceso Clave ya que nuestra finalidad está centrada en el objeto “subjetivado” (relacionándolo con el autor V. Faleiros (2008) que es el paciente / familia, el grupo y la comunidad (niveles de intervención individual/familiar, grupal y comunitario). En el material de lectura compartido por Proceso Clave⁶ se plantea lo siguiente:

“Son aquellos que se realizan en tiempo real con el paciente y son la razón de ser de la Organización, Ejemplo: prestar atención sanitaria en consultas, atender urgencias, etc.”. “En el sector sanitario los procesos claves se centran en la atención del paciente, la mejora del proceso necesita de la implicación de todos los involucrados, consensuando entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos de uso (guías, vías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado”. “En el marco de las Instituciones de salud, un Proceso de asistencias es el conjunto de actividades que efectúan los prestadores de servicios de salud, incluías las medidas preventivas o promocionales, diagnósticas o terapéuticas, cuya finalidad es elevar tanto el nivel de salud como el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios de salud”

En el servicio Social realizamos un conjunto amplio de intervenciones para abordar diferentes y múltiples situaciones problemáticas. Este Dispositivo de Asesoría sobre TBC, este espacio de educación para la Salud que implica esta respectiva Asesoría, es parte de un Proceso de gestión mucho más amplio sobre la atención a pacientes con TBC.

Este proceso de gestión general (que como lo desarrolle anteriormente es en sí mismo un proceso clave) consta de *tres etapas/fases interrelacionadas entre sí*:

a) Ingreso del paciente al Servicio Social que consta de estas principales; b) Desarrollo de las principales intervenciones y c) Respetivos Seguimientos en la mayoría de las situaciones.

Con respecto a la fase del Ingreso del paciente al Servicio Social (a) se concreta en estas principales situaciones:

- Desde Consultorio de Neumonología
- Derivación de otras instituciones
- Derivación desde Programas Sanitarios a nivel Municipal
- Servicios del hospital
- Derivación desde Región Sanitaria XII
- Demanda espontánea

DESCRIPCIÓN

1. Las personas son derivadas al servicio social por interconsulta del Dr Viera tras comenzar tratamiento por TBC. La derivación se puede realizar a través

⁶ Curso de Postgrado sobre Administración de Servicios de Salud y material teórico compartido por formato Power. Director Dr. Guillermo Cubelli. Sede APS San Justo.2017/2018

de nota escrita emitida por el Dr. o por medio de una comunicación oral / informal.

2. Las personas pueden ingresar al servicio social a través de consultas o derivaciones interinstitucionales inter e intersectoriales e inter jurisdiccionales.
3. Se recibe contacto desde referentes/profesionales de Programas Sanitarios en general y del Programa de Prevención Municipal de TBC de La Matanza en particular, la derivación de las personas para la atención en este efector.
4. Se recibe interconsulta desde profesionales de diversos servicios del hospital, como ser dispositivos de emergencia (clínica médica, pediatría, toco ginecología, obstetricia, neonatología), consultorios externos e internación (neonatología, pediatría, obstetricia) como por otros Servicios como Cocina, Mantenimiento, Maestranza, Enfermería, etc.
5. Se recibe consulta/derivación de referente del programa provincial de TBC, perteneciente a la Región Sanitaria XII.
6. Las personas se presentan de forma directa en el Servicio Social demandando atención, tras su participación en actividades de EPS (Educación Para la Salud) que se realizan en la comunidad, como también, por su propia decisión.

Con relación a la fase del desarrollo de las principales Intervenciones (B) una vez que el/la paciente ingresa al respectivo Servicio Social se le brinda un primer espacio de escucha empática donde se le realiza en el mismo momento la primera entrevista y/o se le brinda un turno programado para concretar la entrevista formal. Durante las respectivas entrevistas se indaga y se releva la situación socio sanitaria/habitacional/educativa/económica/de documentación del propio paciente de su respectivo núcleo familiar como también se realizar una concreta historización del tratamiento en TBC realizado hasta el momento y/o que lo haya realizado en parte pero se concretó su abandono. Además de la actualización constante en la HC (a través del sistema de Clínicos) se confecciona una concreta Historia Social como instrumento de relevamiento y de seguimiento social. También en dichas entrevistas lo prioritario es tomar en cuenta las necesidades manifiestas, indagar y acompañar para poner en voz las necesidades latentes como uno de los primeros y principales abordajes. Posteriormente en estas respectivas entrevistas se evalúan tres líneas de trabajo:

1. Una es el ofrecimiento del subsistido Económico enmarcado en la Ley 10.436 donde se le indica toda la documentación que tiene que presentar el usuario / paciente, siempre que no presente Obra Social.
2. Se ofrece también la posibilidad de articular con Desarrollo Social para concretar una ayuda alimentaria.
3. El otro eje es acordar una fecha para que voluntariamente pueda participar en el Dispositivo del Espacio de la Asesoría en TBC.

Por último en relación a la Fase / etapa de los Respectivos Seguimientos en la mayoría de las situaciones (C), estas intervenciones siempre van a depender de la concreta situación particular de cada paciente. Por ejemplo:

1. Se realiza el mismo seguimiento si el paciente (indicado por el Dr. Viera G.) ha abandonado el TTO;
2. Si sostiene el mismo TTO, pero hay que presentar en forma mensual un certificado de cumplimiento del TTO enmarcado en la Ley 10.436 (obtención del subsidio económico) como la importancia de hacer un acompañamiento / un seguimiento mensual para ir evaluando (siempre en forma interdisciplinaria) su adherencia al TTO, como también otros emergentes que vayan surgiendo en dicho acompañamiento (necesidad de un abordaje psicológico por una continua inestabilidad emocional, articulación con diversas áreas de Desarrollo Social como también de otros Servicios del Hospital y/o de otros efectores de salud, etc.)
3. Como también este seguimiento / acompañamiento se concreta porque el paciente desea participar del espacio de Asesoría en TBC.

A través de este análisis básico del Proceso de Gestión en la atención de pacientes con TBC, el Dispositivo de Asesoría en TBC forma parte por lo cual de un andamiaje de intervenciones que reflejan este tipo de proceso clave.

La entrada a este Espacio / Dispositivo es la participación del paciente y/o familiares/ allegados, cuyo objetivo primordial es lograr que puedan aportar (como aprender en forma democrática) nuevos conceptos, nuevos saberes, nuevos conocimientos sobre TBC. A continuación, realizo una descripción más detallada de todo lo que implica este Dispositivo de Asesoría en TBC. Estos conceptos de Proceso de gestión, Proceso Clave, Dispositivos inmersos en el respectivo proceso de gestión de atención a personas con TBC, los fui reflexionando, aprendiéndolos y poniendo en tensión dialéctica en el trabajo final del Curso de Postgrado de Gestión mencionado anteriormente.

5.2. Descripción de este Proceso Clave/ Dispositivo:

Dispositivo de Asesoría sobre TBC para Personas en tratamiento por cuadro de TBC y sus familiares y allegados

5.2.1. Principales Objetivos del Dispositivo:

Se brinda un espacio tanto material como simbólico de escucha y orientación al paciente en tratamiento por un cuadro de TBC y a sus familiares y personas allegadas. Como principales objetivos se pueden mencionar los siguientes:

- Favorecer la prevención de la TBC y disminuir el desconocimiento de la TBC en la población.
- Reforzar estrategias de Trabajo en Red con el/los programas de TBC.
- Fortalecer la adherencia de los pacientes actualmente en TTO en este Efecto de Salud (Hospital Materno Infantil T. Germani de la Localidad de Laferrere,

Partido de La Matanza) y reducir lo máximo posible los abandonos de TTO.

- Socializar información acerca de la importancia que reviste la continuidad y culminación del tratamiento de TBC para evitar estar en una etapa de resistencias al tratamiento y/o de abandono del TTO.

5.2.2. Identificación del Beneficiario del Dispositivo:

No es solamente el paciente en tratamiento por un cuadro de TBC, sino también indirectamente son sus familiares y amigos/allegados al permitir ampliar los conocimientos/ los saberes sobre esta temática en la comunidad.

5.2.3. Formas de Captación para la concurrencia a este Dispositivo:

Se ofrece la participación a este Dispositivo en la atención en consultorio del paciente en TTO por TBC y / o derivado desde el Servicio De Neumonología; o captados desde el Consultorio Externo del Servicio Social. También se les ofrece a los/as pacientes derivados por otros servicios intra hospitalario y derivados por otros actores Instituciones externos al Hospital, sean del ámbito de Salud (Por U. Sanitarias, Hospitales por Responsables y Técnicos de Programas) o de otros ámbitos como Secretaría de Desarrollo Social (por Prof. y Técnicos del Programa Enviación, etc.). Por ejemplo, se sostiene un vínculo muy fluido para garantizar el sistema de referencia y contra referencia con colegas del Servicio Social del Hosp. Muñiz (CABA), Hospital Penna (CABA), Hospital Tornú (CABA), Hospital Nacional Posadas, Hospitales Provinciales de Buenos Aires como los Hospitales Parosissien, Balestrini, Favalaro, Güemes, etc.; como también con el Hosp. De Niños de San Justo (principalmente focalizado para el control clínicos de contactos). Siempre se intenta explicitar lo máximo posible que la participación en este Dispositivo es totalmente voluntaria por parte del paciente y de las personas que desee convocar.

5.2.4. Requisitos científicos y Técnicos:

Haber logrado instancias de formación sobre la temática de TBC (y continuar con dicho proceso de aprendizaje) y contar con instrumentos didácticos destinados a facilitar las trasposiciones / trasmisión de conceptos sobre esta temática.

5.2.5. Descripción de expectativas que parto desde este Dispositivo (relacionado con los objetivos principales planteados):

- Lograr una adherencia positiva del paciente al Tratamiento, su culminación del TTO y la disminución de los mitos / creencias erróneas sobre la temática de la TBC.

5.2.6. Principales ejes temáticos que se abordan desde el Dispositivo:

Durante la puesta en práctica del Dispositivo se abordan diversos conceptos utilizando como guía el elemento didáctico del Rotafolio. Por ejemplo se abordan los siguientes ejes: - agente causal de la TBC;- tipo de enfermedad;- síntomas;- diferencia entre infección – enfermedad; factores que aumentan el riesgo de enfermar; Tipos de estudios para determinar el Diagnóstico de TBC; Tipos de tratamiento y la importancia de concluir los mismos y evitar los abandonos; Importancia de las medidas preventivas; - Valorización del fortalecimiento de la red familiar – comunitaria de apoyo y acompañamiento; diferencia entre persona en situación infectada y en situación de enfermedad de TBC; - ser un tuberculoso como expresión de discriminación y auto discriminación; etc. Además (como lo explicité anteriormente) se parte de los ejes principales de la Ley Provincial 10436, si el paciente no presenta Obra Social se ofrece la posibilidad de petición de un Subsidio Económico.

5.2.7. Formularios / Instrumentos de recolección de datos para concretar una continua Evaluación (con sus diversos tipos) del Dispositivo:

Desde el comienzo de la puesta en práctica de este Dispositivo, se construyeron dos instrumentos de recolección de datos. Uno de estos formularios (Formulario A) nos permitió desde una perspectiva más cuantitativa (y continúa permitiendo) indagar la situación (a través de diversas variables a analizar) del paciente y los allegados que participan de este Espacio. Dicho instrumento es el siguiente:

Toma de datos sobre diferentes variables a indagar:

FICHA SOCIAL DISPOSITIVO ASESORÍA / FORMULARIO A

APELLIDO Y NOMBRE:

EDAD:

LOCALIDAD / PARTIDO:

TEL./CEL.:

CONVIVE:

ANTECEDENTES DE TBC EN LA FAMILIA/BARRIO:

TIPO DE TBC:

TTO POR OTRAS ENFERMEDADES:

SITUACIÓN LABORAL:

SITUACIÓN HABITACIONAL:

TIPO DE ADHERENCIA AL TTO:

SE SIENTE ACOMPAÑADO POR FLIARES. / AMIGOS?

A su vez se realizó otro instrumento que permite evaluar (desde una perspectiva más cualitativa) y mejorar el respectivo Dispositivo que es el siguiente:

SERVICIO SOCIAL

BREVE ENCUESTA (Totalmente anónima) / FORMULARIO B

Edad:

Localidad y Barrio:

¿Qué le pareció este espacio de Consejería sobre cuestiones relacionadas con la Tuberculosis (TBC)?

Malo

Regular

Bueno

Muy Bueno

¿Pudo aprender nuevos conceptos, ideas, formas de prevención y cuidado sobre la temática de la Tuberculosis?

¿Qué ideas nuevas desearía compartirnos para mejorar este espacio de Consejería?

5.3. Importancia de la continua evaluación de todo Dispositivo de intervención

Formular estas preguntas disparadoras nos permite seguir revalorizando los propios saberes / conocimiento del paciente y /o familiares – allegados sobre la temática de la TBC, como también permite ir mejorando este Dispositivo con dichos aportes. Por lo cual considero que toda puesta en práctica de cualquier intervención tiene que ser siempre evaluada para el mejoramiento de su funcionamiento. Analizar las respuestas de los participantes a través de la aplicación de una encuesta de satisfacción y propuesta de nuevas ideas, es una concreta forma de evaluación más cualitativa de este Dispositivo (lo plasmaré a continuación en este trabajo) ya sea a través de preguntas de tendencia a obtener informaciones más cerradas (como es la pregunta N° 1) como de preguntas más abiertas como lo son la N° 2 y 3 del respectivo Formulario B. Además, la convocatoria por los propios pacientes de no solo familiares sino también vecinos/as del barrio de dicho paciente para que concurran a este espacio de Asesoría, es una forma también de demostrar la existencia de una valoración cualitativa de dicho Dispositivo. Es un tipo de evaluación más de proceso, del devenir de la puesta en práctica de este Dispositivo.

También es importante una evaluación más desde una perspectiva cuantitativa (más focalizado al resultado). Para ello parto, por ejemplo, de los siguientes indicadores:

Cantidad de pacientes que concurrieron al espacio de Asesoría

Cantidad de pacientes que lograron terminar / concluir con el TTO

Cantidad de pacientes que cumplieron el TTO

Cantidad de Pacientes que iniciaron el TTO

Cantidad de pacientes que concurrieron al espacio de Asesoría

Cantidad de pacientes a los que se les ofreció el espacio de Asesoría

El mejoramiento de la puesta en práctica de este Proceso / de este Dispositivo, implica también un determinado proceso a explicitar que consta principalmente de tres instancias de evaluación / reflexión / análisis de lo desarrollado:

- Encuentros interdisciplinarios con el Dr. Neumólogo;
- Análisis de lo explicitado en la encuesta de satisfacción por cada participante como el análisis de los indicadores aplicados (evaluación de tipo cualitativo y cuantitativo).
- Reunión interna del Servicio Social donde se aborda la evolución de este Dispositivo;

Todos estos indicadores permiten seguir mejorando, innovando, recreando las prácticas profesionales. Por evaluación lo entiendo no como una instancia de control sino de revisión y recreación de las propias intervenciones.

Continuando con el eje de la evaluación de nuestras prácticas, de proyectos, de dispositivos, etc. considero que debe realizarse en diversas instancias temporales. Dicha evaluación se encuentra interrelacionada con el propio desarrollo práctico de la ejecución de este Dispositivo. Como lo desarrolla la autora Olga Niremberg otros que consideran a la Evaluación como una actividad planificada y programada que permite una continua reflexión basada en la recolección, análisis e interpretación de las informaciones. Es decir, cuando se comenzó a pensar en la puesta en práctica de este Dispositivo, también se focalizó en la importancia de su continua evaluación. También me parece oportuno mencionar los aportes de la CELATS (Centro Latinoamericano de Trabajo Social, 1983) “para que toda evaluación sea válida, debe ser compartida entre quienes diseñan y quienes participan en un programa o proyecto”; por lo cual lo que considero que es fundamental la participación de los que impulsamos este Dispositivo y los usuarios / pacientes y familiares que participan, siendo fundamentales sus aportes.

Estas instancias dialógicas van a permitir expresar cómo se sintieron y también al explicitar sus ideas es una forma de aportar a la propia evaluación y mejoramiento de este dispositivo.

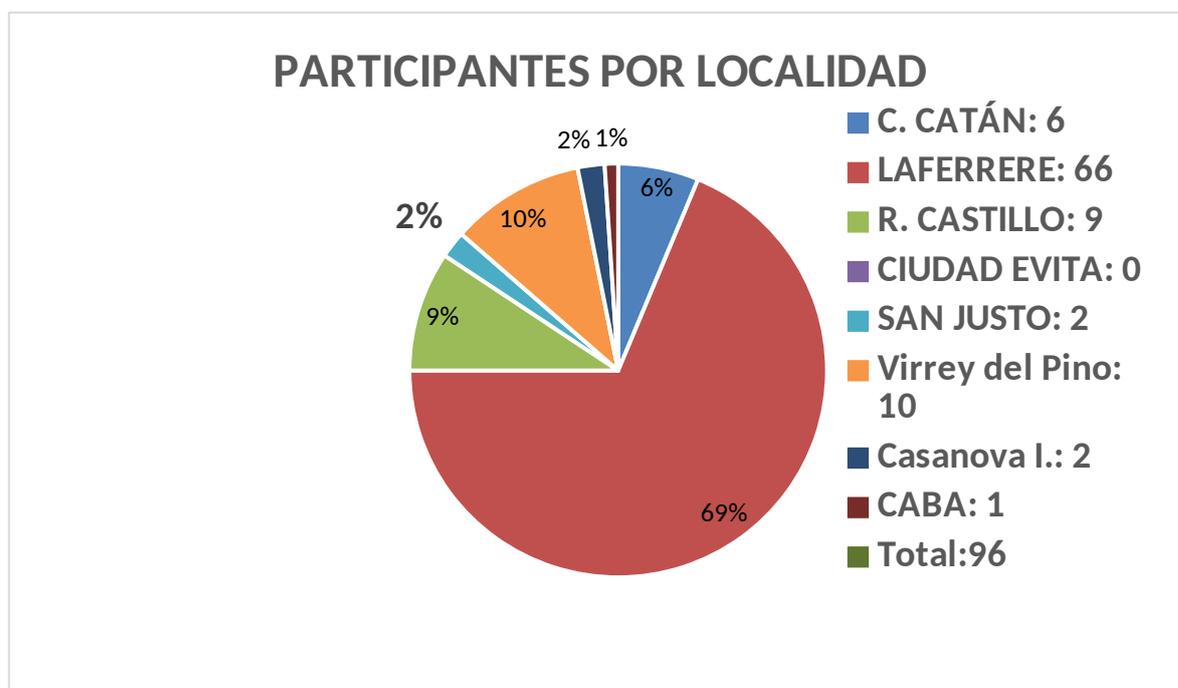
5.4. Algunos ejes disparadores de análisis de las variables del Formulario A a través de una incipiente operacionalización de variables y sistematización de los datos obtenidos

Hasta la fecha han participado de este Dispositivo un total de 96 personas⁷. A

⁷ Deseo destacar que a todos los participantes les planteé la posibilidad de visibilizar en forma anónima (por una cuestión de ética y relacionado con la vigencia de la Ley de resguardo de los datos personales) sus respuestas a las preguntas realizadas en los formularios A y B suministrados.

continuación se muestran en forma sintética algunas variables sistematizadas con respecto al formulario A.

Gráfico N° 1



Este número abarca los participantes desde noviembre de 2017 teniendo un corte de evaluación hasta septiembre de 2021.

En este gráfico 1 se evidencia la prevalencia de participación de mujeres en comparación a los hombres. Es interesante el disparador a reflexionar que evidencian estos datos: ¿porqué prevalece la participación de las mujeres y es en menor medida la de los hombres? Surgen varias aristas para indagar (que implican otro potencial artículo a realizar) pero una de ellas que podemos decir es la matriz patriarcal que sigue prevaleciendo en la sociedad, donde hace que los hombres sean más reacios a la participación en espacios de autocuidado de salud. Desde los patrones hegemónicos culturales actuales, prevalece la tendencia a que no es cuestión de hombres participar de espacios de asesoría, pero es preciso destacar que está habiendo un mínimo cambio positivo con respecto a esta tendencia. Sí considero fundamental incorporar en toda política de salud, por lo cual, todo plan/Programa/Proyecto de Salud; una concreta mirada y perspectiva de género, para poder ir contrarrestando los patrones patriarcales vigentes. Débora Tejar (2004) plantea en forma muy acertada lo siguiente con respecto a la necesidad de incluir esta mirada de género:

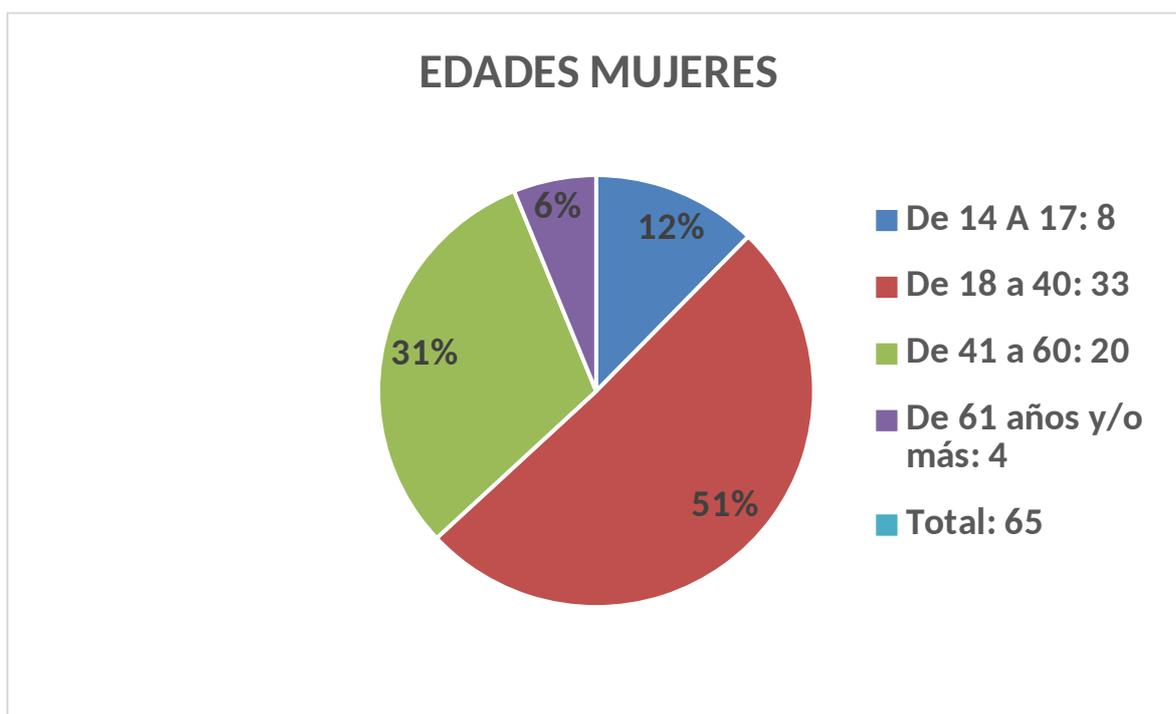
“Implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso de salud-enfermedad-atención tratando de los varones como de las mujeres... Estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben

cumplir en el marco del patriarcado. Lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos y morir” (Tajer 2004:28). Formas de consultar, formas de ser atendidos y de morir. Que en el Dispositivo concorra una mayoría de mujeres es un ejemplo de cómo es más común (por múltiples causales, pero entre ellas por una perspectiva patriarcal) que el hombre no concorra a un “espacio de asesoría”. Otro claro ejemplo (que amerita otro artículo a realizar) es la problemática de los abortos clandestinos como un concreto problema sanitario y una desigualdad evidente de acceso al sistema de salud por parte de mujeres que desean (también por una variedad de causas) interrumpir un embarazo. Puedo mencionar otro ejemplo, como las concretas dificultades que se les presentó a una gran variedad de mujeres para continuar y sostener el TTO, no porque no lo deseaban sino por estar abrumadas por una gran variedad de responsabilidades cotidianas:

- ser sostén del hogar,
- tener la mayor responsabilidad en el cuidado de sus hijos y/o estar al cuidado de un familiar, - etc.

O también, hemos acompañando y han concurrido a este espacio de Asesoría mujeres en TTO que estaban atravesando una concreta situación de violencia de género, dificultando concretamente la continuidad del TTO y generándonos la responsabilidad de articular -desde este Servicio Social- en forma intrahospitalaria con el Servicio de Psicología, Consultorio de Psiquiatría, como también con equipos que sostienen Dispositivos específicos de acompañamiento a mujeres en situaciones de violencia de género.

Gráfico N° 2



Es interesante apreciar la variedad de localidades en las que viven los usuarios de este espacio (grafico 2), prevaleciendo obviamente la localidad de Laferrere (siendo el Hospital T. Germani un efector de referencia para esta localidad como para toda la Región Sanitaria II). El sistema de Salud Pública Municipal de La Matanza (debido a la gran extensión del Partido) se estructura en 3 Regiones Sanitarias. Nuestro Efector de Salud está ubicado en la Región Sanitaria II, que abarca la Localidad de Laferrere, Rafael Castillo, Ciudad Evita y parte de Isidro Casanova). También hay una participación muy variada de diferentes localidades de La Matanza y de otros distritos.

GRÁFICO N° 3

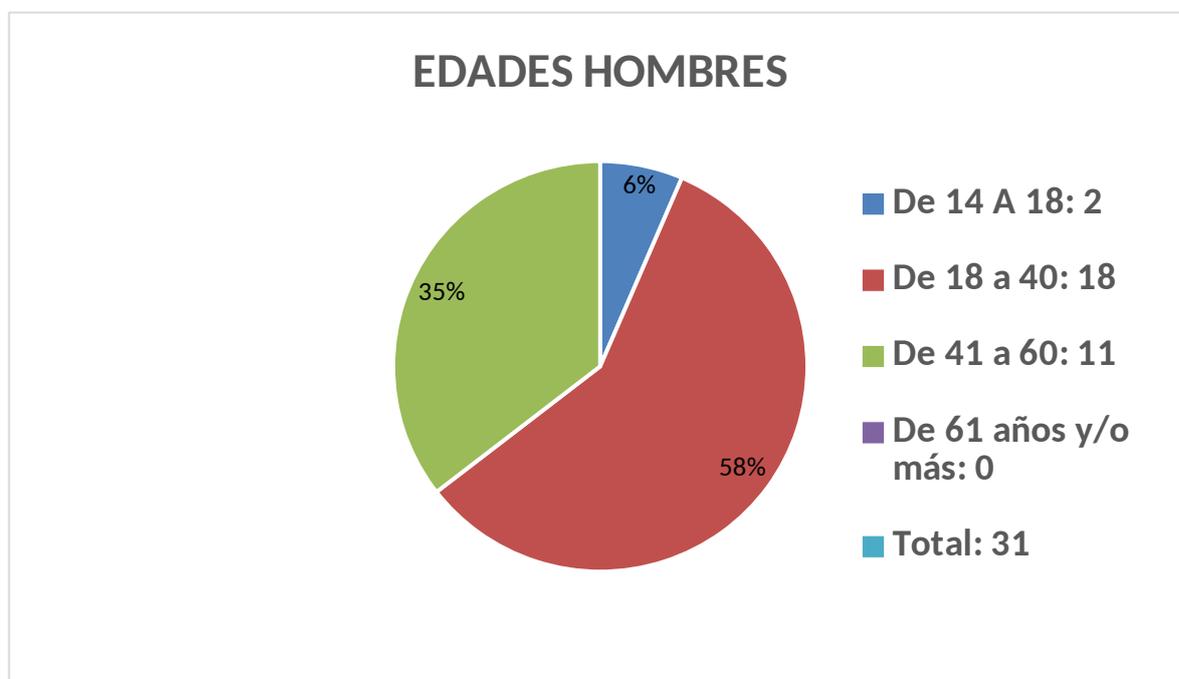


Gráfico N° 4

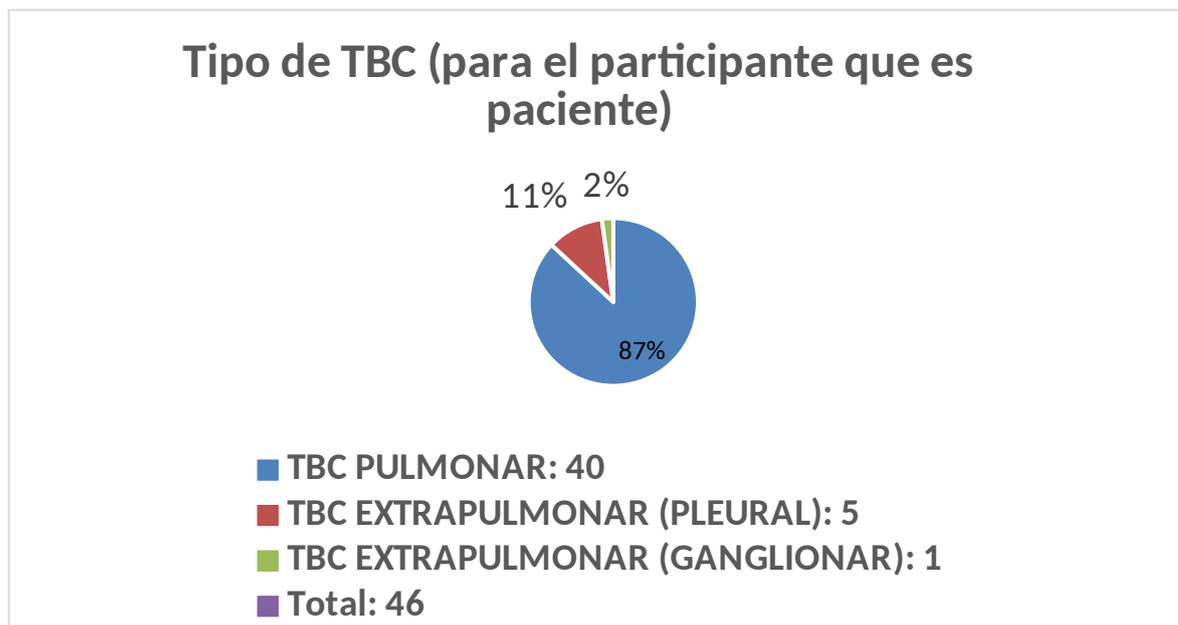
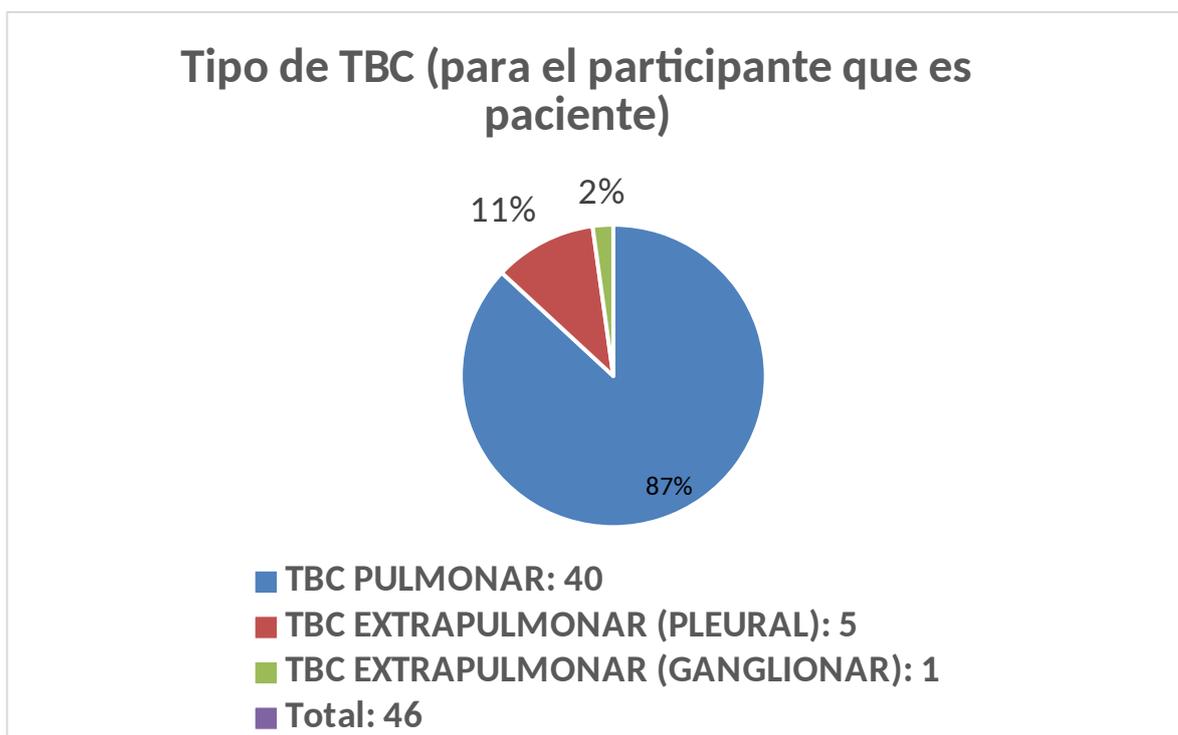


Gráfico N° 5



El gráfico nos permite visibilizar de manera acertada lo que epidemiológicamente prevalece en el abordaje y la atención a pacientes en TTO por TBC. La prevalencia de los casos de TBC Pulmonar y en menor cantidad los casos de TBC Extrapulmonar (explicitado anteriormente en la cuestión epidemiológica actual).

Gráfico N° 6

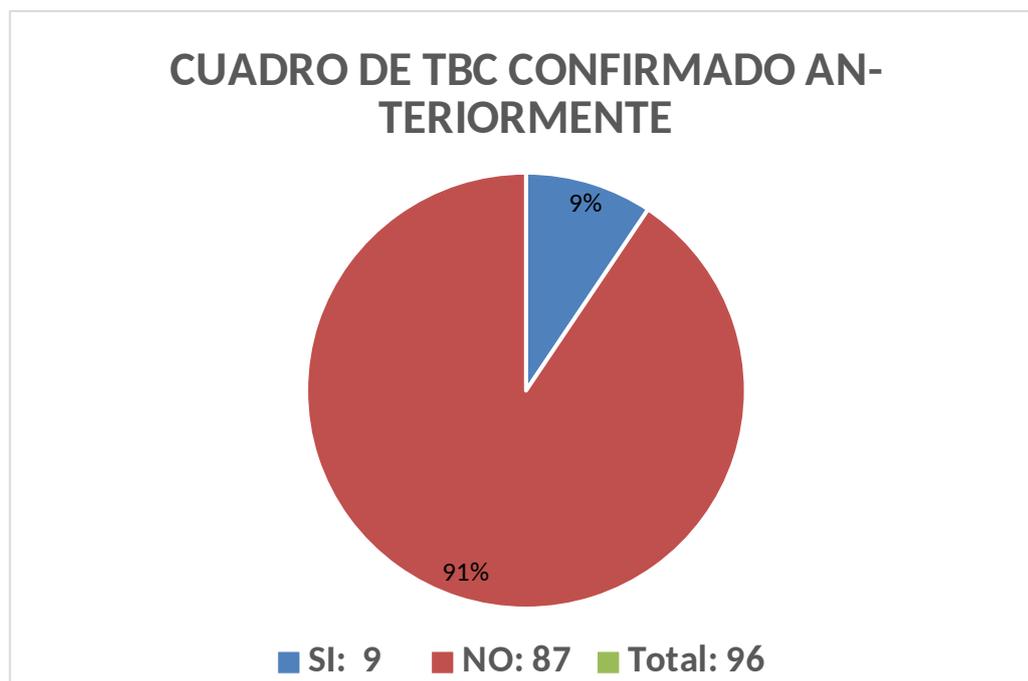
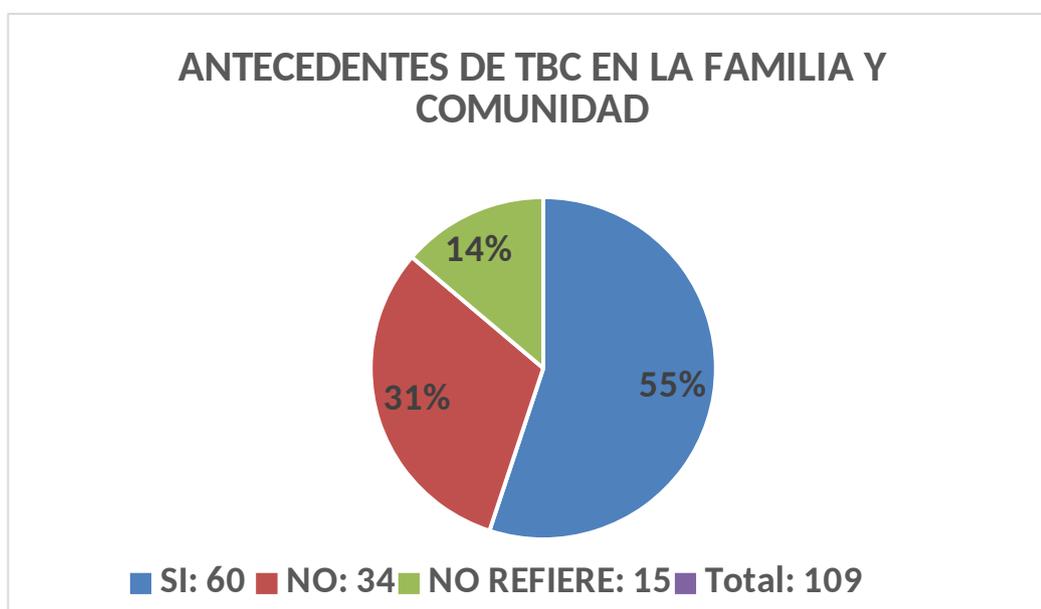
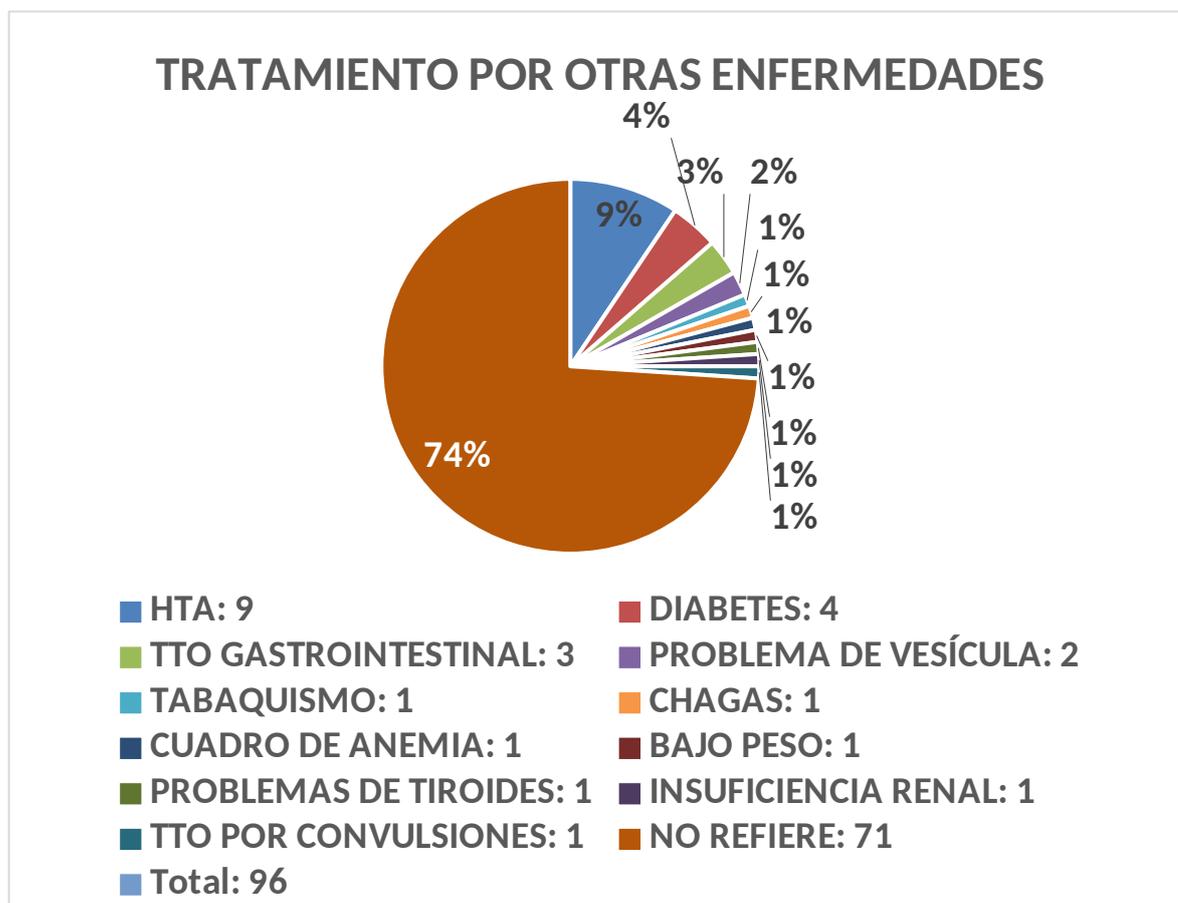


Gráfico N° 7



Se destaca que 4 son pacientes que volvieron a contraer TBC y estaban en TTO mientras participaron del Dispositivo de Asesoría de TBC. Son Ejemplos concretos de Re Infección.

Gráfico N° 8



Este gráfico demuestra un indicador interesante que se refiere de haber tenido antecedentes en la familia (tanto épocas del pasado como en el presente) de cuadros de TBC. Recuerdo (durante el desarrollo de la Asesoría) que varias personas demostraron mucha sorpresa cuando empezaron a recordar que tal familiar también tuvo TBC. Es decir, al sostener este espacio de ampliar los saberes sobre la TBC, ha permitido también una desnaturalización de la misma, incluido en lo referido a las historias familiares que atraviesan a cada persona que ha transitado los caminos de este Dispositivo. En dicho transitar fui valorizando cada vez más (e intentándolo llevar a la práctica) la importancia del enfoque de la perspectiva Metodológica de “Historia de Vida” / Historia Oral. Las personas al hablar de su actual vivencia de sostener el TTO x TBC, permitió hacer revisiones históricas familiares y comenzar a enterarse, a “problematizar”, a “visibilizar” la vivencia de esta enfermedad con su respectivo TTO atravesado la cotidianeidad de tal familia y/o al decidir acompañar a un familiar en esta situación de TTO por TBC. Es decir, la importancia de que cada integrante de un determinado núcleo familiar, comience a desnaturalizar lo que estaba naturalizado/ocultado, comience a darle luz a la existencia de situaciones de TBC en el ámbito de la familia y comunidad, muchas veces naturalizada y ocultada por prejuicios, los estigmas y el propio proceso de auto estigmatización generado por los patrones culturales hegemónicos.

Considero muy importante revalorizar y llevar a las prácticas estos enfoques

metodológicos cualitativos a en nuestros trabajos de sistematización y de investigación (en todo proceso de intervenciones profesionales). Comparto lo expresado por Vasilachis de Gialdino (1992), cuando expresa lo siguiente:

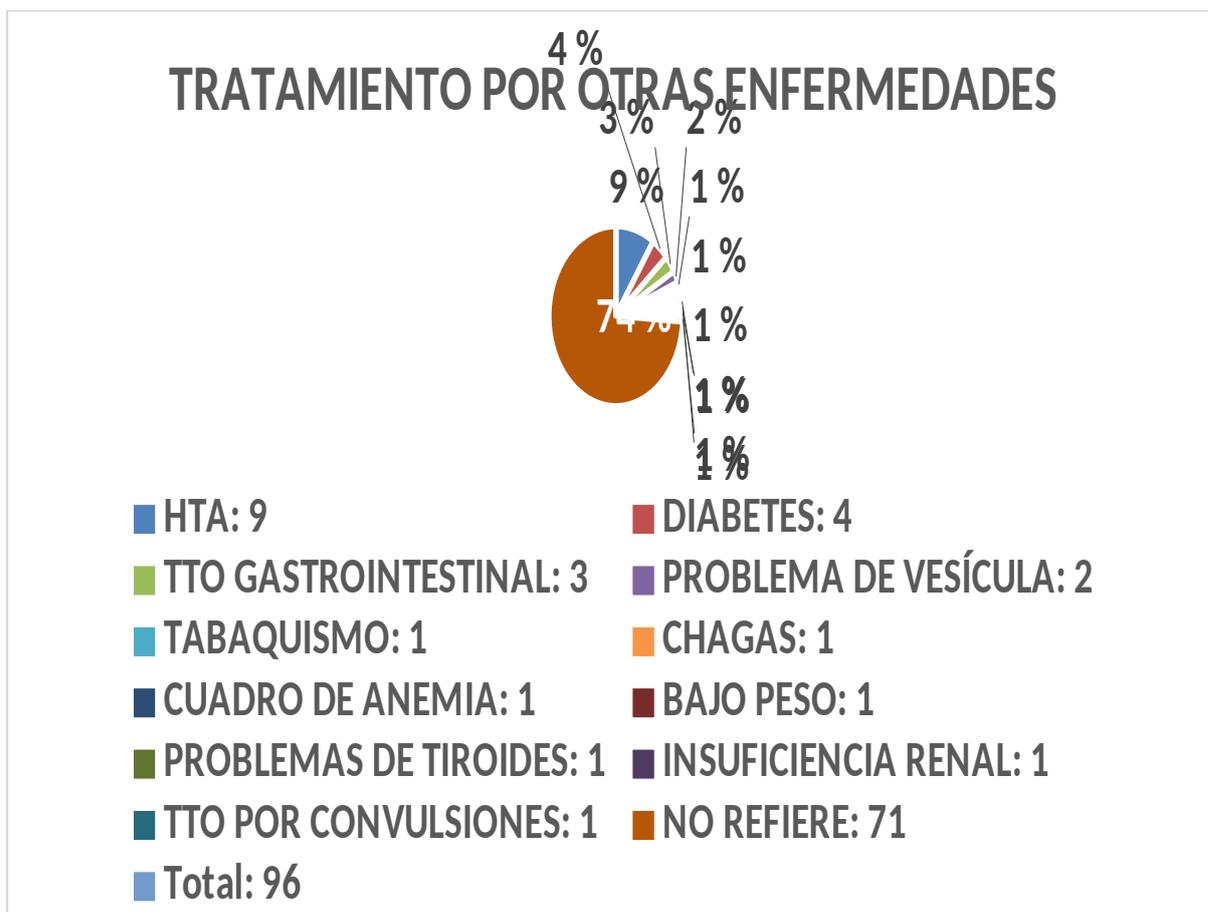
“los métodos cualitativos actúan sobre contextos “reales” y el observador procura acceder a las estructuras de significados propios de esos contextos mediante su participación en los mismos (...) dependen básicamente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos. Implica un compromiso con el trabajo de campo y constituye un fenómeno empírico, socialmente localizado, definido positivamente por su propia historia.” (Vasilachis de Gialdino, 1992: 69).

Comprender la complejidad de lo que significa la TBC y su respectivo TTO en un paciente es de un enorme desafío profesional para sostener constantemente una postura de escucha activa para captar / comprender y aprehender los significados y las motivaciones que expresa un sujeto en situación de paciente en TTO por esta enfermedad de TBC. La recuperación de su propia Historia Oral sobre sí mismo y sobre la historia de su propio núcleo familiar es de gran importancia. Deseo también hacer explícito los muy buenos aportes de los autores Meyer y Olivera de Bonfil (1971) sobre el enfoque metodológico / Técnico de la Historia Oral, cuando expresan que:

“Toda la Historia se refiere a ideas, a palabras, que transmiten un pensamiento y ello es lo que hace de la Técnica de la Historia Oral, un complemento de las otras ya técnicas tradicionales, de las que se vale un historiador (...) La Historia Oral viene a enriquecer, y al mismo tiempo, a complicar un poco la tarea del historiador, al proporcionar un material fresco, desprovisto de sofisticación o depuración”. (Meyer Eugenia y Alicia Olivera de Bonfil, 1992: 372-373).

La importancia de este espacio, de este Dispositivo de asesorías es que nos permite recuperar y revalorizar lo intersubjetivo como una cualidad fundamental para el fortalecimiento de los lazos sociales, elemento muy importante en el proceso social, y en el protagonismo de los respectivos actores, enfoque muy bien desarrollado por el autor Vasilachis de Gialdino (1992).

Gráfico N° 9



En este Gráfico se puede observar un porcentaje alto del indicador **no refiere**, demostrando una falencia en la indagación de esta variable por diversos motivos:

- No se especificó concretamente que tenían que contestar sobre esta respectiva pregunta por una equivocación en no focalizar en dicha pregunta ante continuas situaciones de atención de urgencias y emergencias que implica concretamente una falta de tiempo;
- la existencia del temor a las estigmatizaciones que se construyen sobre las personas con TBC generando la culpa de expresar otras enfermedades concomitantes;
- al ser totalmente libre y voluntaria la forma de contestar las preguntas de este formulario, nos permite comprender que no desean libremente contestar en esta respectiva pregunta.

No se comprende bien si no responden porque no quieren o porque no se le hacen las preguntas por falta de tiempo

Gráfico N° 10

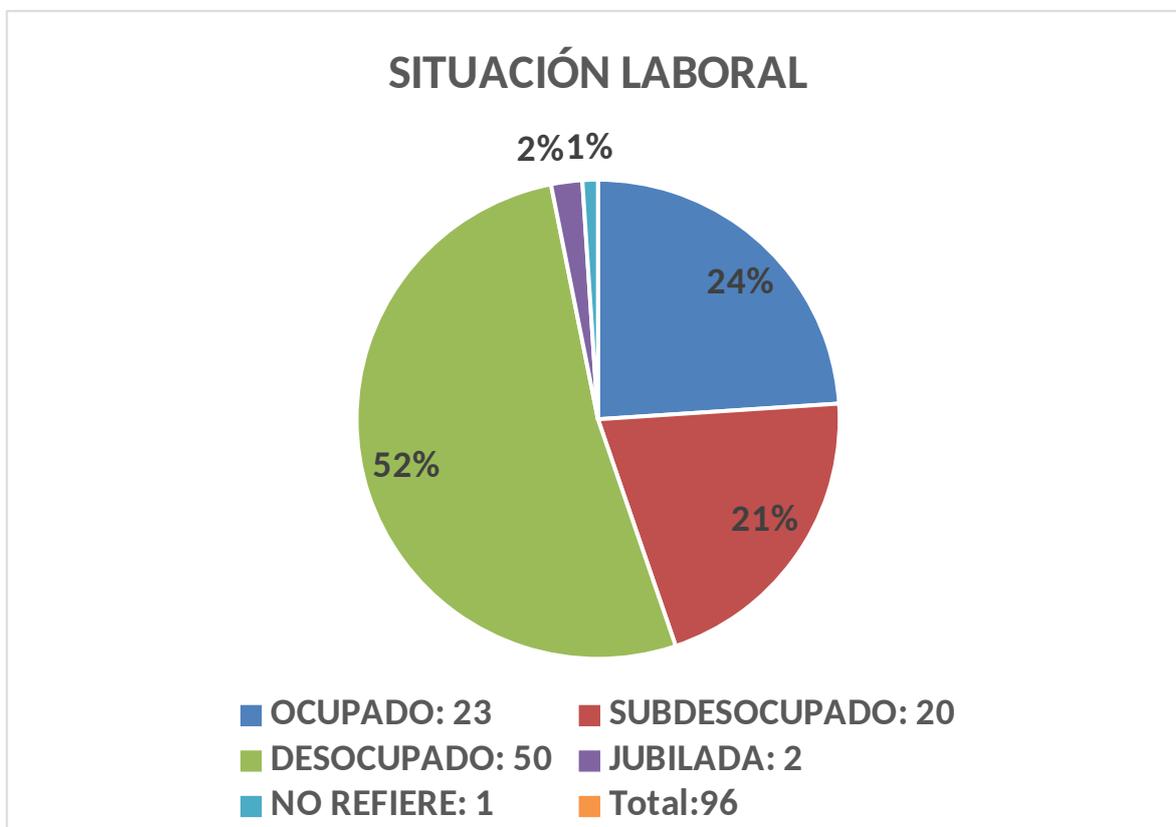
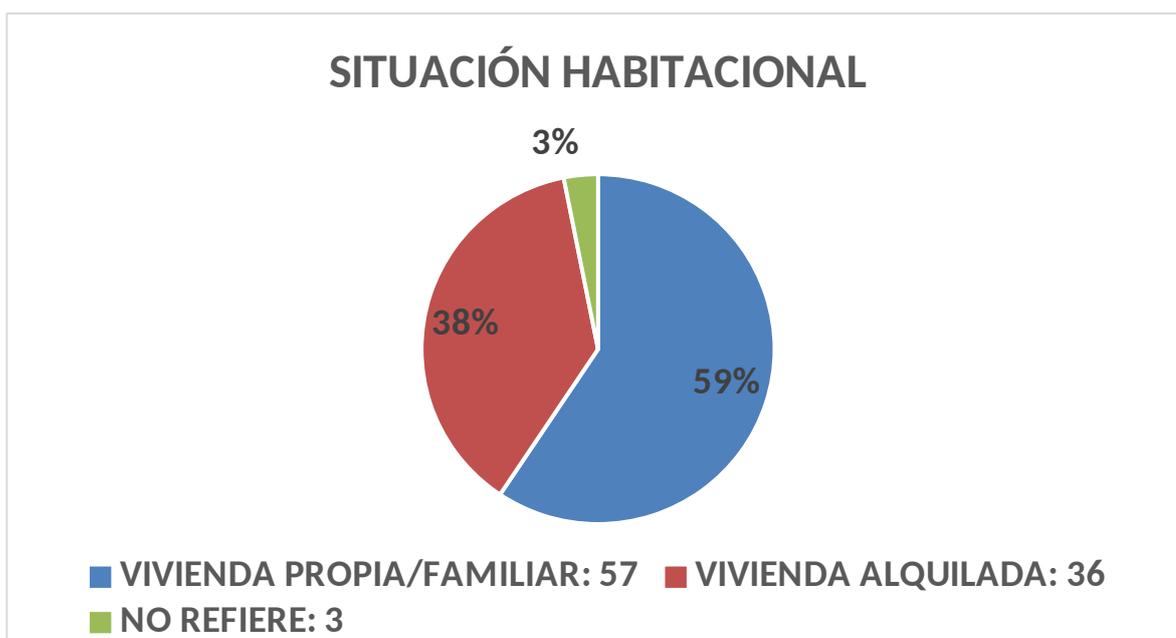


Gráfico N° 11



Este gráfico demuestra (como lo fui desarrollando a lo largo de este trabajo) que el abordaje de la temática de TBC implica necesariamente una mirada social/cultural/contextual.

Es evidente como complejizan su abordaje y el respectivo TTO de TBC, por ejemplo, las situaciones de vulnerabilidad económica (con un 50% en situación de desocupación y un 20% de sub desocupación), como las situaciones de vulnerabilidad habitacional donde considero que es muy alto el 38% de personas que alquilan en un contexto de crisis económica actual (agudizada por las secuelas de la Pandemia). No lo especificué en un gráfico por falta de tiempos, pero de dicho 38% muchas de las personas transitan situaciones de hacinamiento habitacional, potencializando las posibilidades de transmisión y contagio de la TBC.

Gráfico N° 12

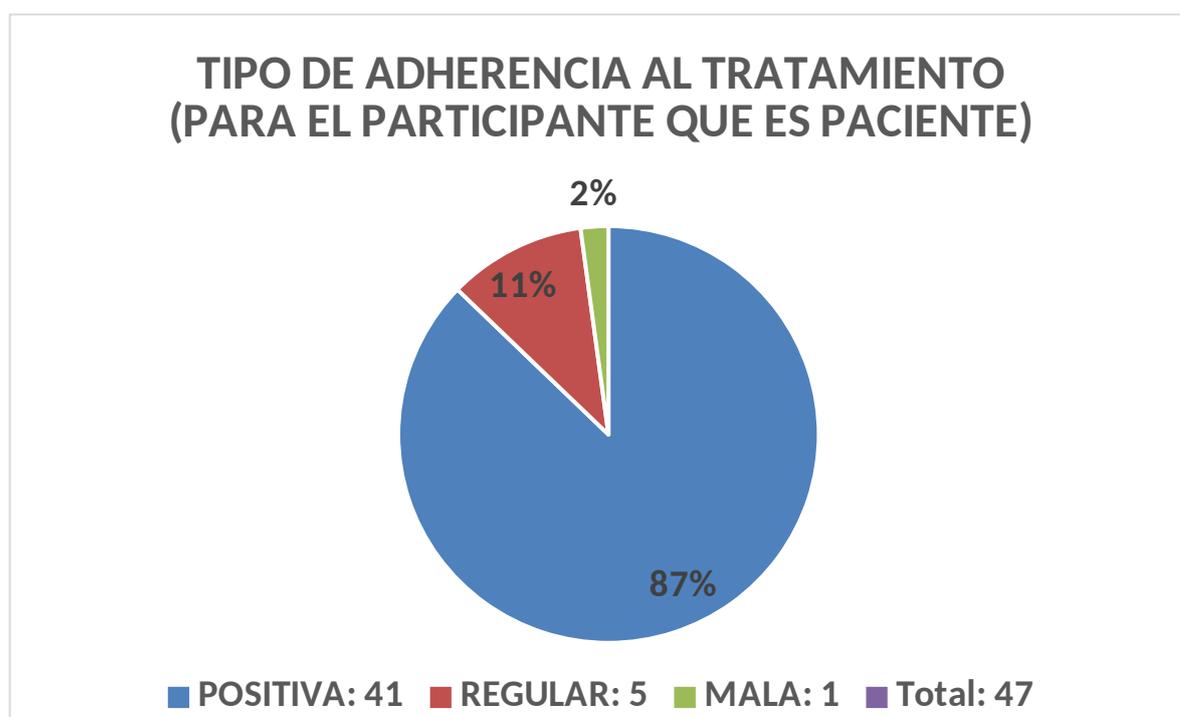


Gráfico N° 13

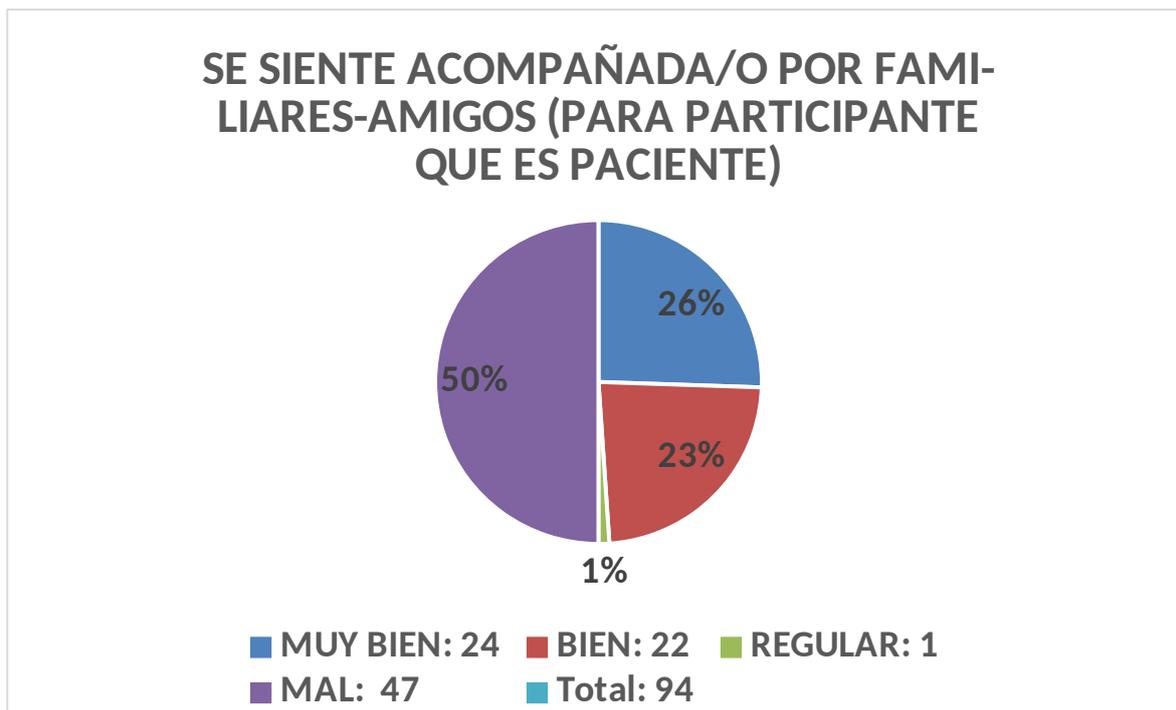
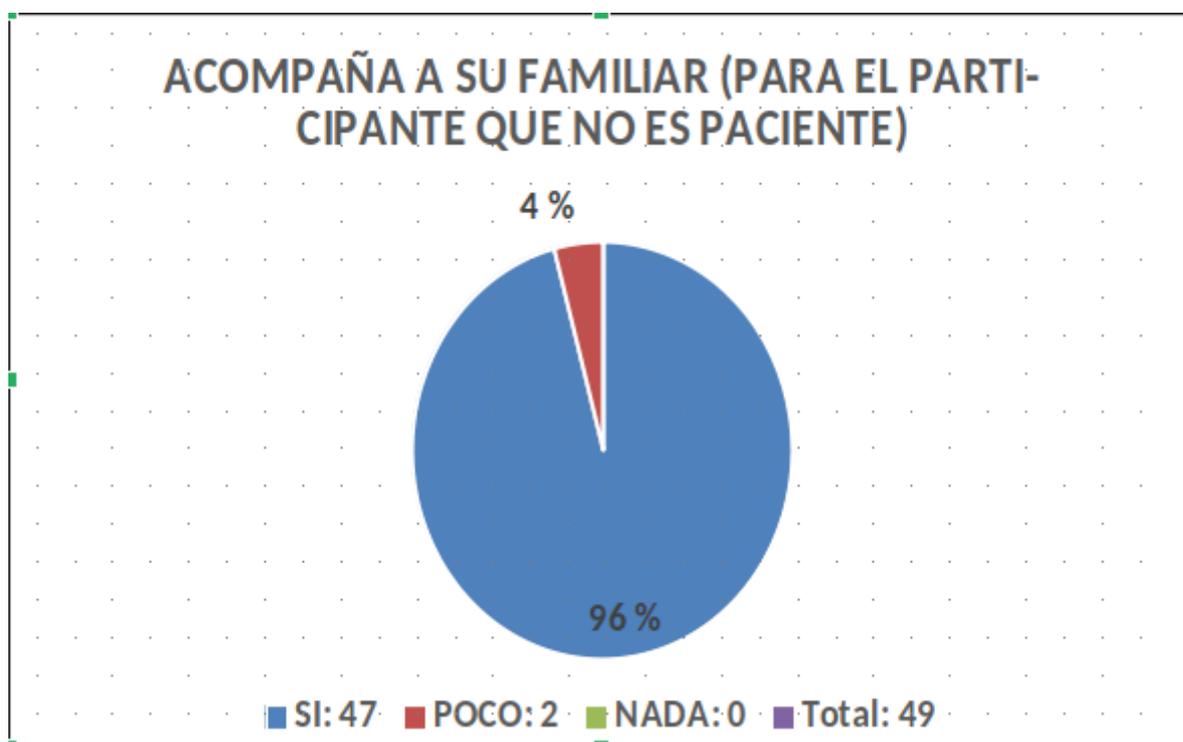


Gráfico N° 14



5.5. Algunos ejes disparadores de análisis partiendo desde los indicadores desde una perspectiva de evaluación más cuantitativa

Con respecto al tipo de evaluación, más desde la perspectiva cuantitativa, considero muy importante la puesta en práctica de este Dispositivo. Al reflexionar sobre el resultado de dos de los indicadores mencionados anteriormente:

Cantidad de pacientes que cumplieron el TTO: 44

Cantidad de Pacientes que iniciaron el TTO : 47

Cantidad de pacientes que concurrieron al espacio de Asesoría : 47

Cantidad de pacientes que lograron terminar / concluir con el TTO: 44

Que casi la totalidad de los pacientes que pasaron por este espacio han logrado terminar el TTO (y /o en algunos casos están a punto de terminarlo) sosteniendo una adherencia positiva en líneas generales, demuestra que uno de los objetivos principales que se plantea con este Dispositivo se está cumpliendo. Esta noticia positiva me lleva a aumentar el compromiso a seguir sosteniendo y mejorando este dispositivo. Esto demuestra concretamente la efectividad de los Dispositivos sustentados desde la Estrategia de la APS en un Segundo Nivel como se encuentra categorizado el Hospital T. Germani.

5.6. Algunos ejes disparadores de análisis partiendo desde los indicadores desde una perspectiva de evaluación más cualitativa

Con respecto a la evaluación desde una perspectiva más cualitativa, se pudo plasmar en la respuesta realizado por los /a participantes de este espacio. Siguiendo el espíritu totalmente libre de participación en todas las instancias en este Dispositivo (que incluye también la aceptación voluntaria y en forma totalmente anónima de contestar estos formularios), con respecto al formulario específicamente B, decidieron contestar 34 personas. A continuación, transcribo algunas de las respuestas de algunos participantes de dicho Dispositivo:

SERVICIO SOCIAL

¿Qué le pareció este espacio de Consejería sobre cuestiones relacionadas con la Tuberculosis (TBC)?

Malo:

Regular:

Bueno: 12

Muy Bueno: 22

¿Pudo aprender nuevos conceptos, ideas, formas de prevención y cuidado sobre la temática de la Tuberculosis?

Hubo muchas respuestas a esta pregunta, deseo transcribir algunas de ellas:

“si estuvo interesante la charla. Fue una hermosa experiencia a la cual me va a servir muchísimo”

“Si aprendí mucho. Había muchas cosas que no sabía y hoy entendí mucho eso..., me va a servir para toda la vida”

“Si pude aprender, sobre lo que pensaba era diferente. Escuché sobre el tema, sobre todo y es diferente a lo que dicen”

“Si, información muy valiosa de cómo prevenir, y en todo caso, como afrontar”

“Si me parece muy importante brindar información acerca de la enfermedad, las formas de contagio y la prevención”

“Si, alimentarme bien, descansar bien”

“Si porque aprendí más sobre la enfermedad que tengo. Sobre todo, aprendí más conceptos que no conocía”

“Si, siempre es bueno saber algo más” “Si aprendimos nuevos conceptos, además de los que ya sabíamos” “Si aprendí nuevas formas de cuidarnos y también aprendí como uno se puede contagiar” “Si aprendí nuevos conceptos, ideas y formas de prevención”

“Pude aprender y tomar conciencia de algo que no sabía”

“Si aprendí cosas que no sabía de la Tuberculosis, que no hay que mantenerse encerrado, comer todos los días”

“Si... a pesar de haber tenido y a la enfermedad, había cosas que no sabía”

“Si aprendí que hay distintos y que teniendo el lugar ventilado bajas las posibilidades de contagio”

“Si, he podido aprender que la tuberculosis no es solo una enfermedad que afecta a los pulmones, sino que es una enfermedad que también se puede dar en otros lugares del cuerpo”

“Si realmente aprendí como realmente se transmite la enfermedad de una persona a otra”

“Es muy importante este espacio que le da la asistencia social, crear nuevas ideas, tomar conciencia de la tuberculosis... es una enfermedad que es curable con tratamiento. Tenemos que enfrentar con actitud a no tener miedo de esta enfermedad, tomar las medidas preventivas a no contagiar a otras personas”

¿Qué ideas nuevas desearía compartirnos para mejorar este espacio de Consejería?

Algunas de las respuestas que se fueron expresando fueron las siguientes:

“invitar a los amigos, a primos”

“invitar a vecinos y a primos”

“Me parece muy bueno, para tomar conciencia y aconsejar a los demás para que vengan”

“A parte de ir a los colegios, estaría bueno que visitaran centros de los Jubilados y los comedores y las sociedades de fomento. Y también estaría bueno que se comunicara con los barrios donde de utiliza mucho las juntas vecinales y transmitir a ellos la información...”

“Que puedan ir a visitar y dar charlas en los comedores y sociedades de fomento, en clubes de barrios donde se reúnen muchos jubilados, para poder enseñales los métodos para prevenir, las formas de contagio”

“realizar congresos informativos en lugares de concurrencia grupales, sociedad de fomento, centros de jubilados, etc.”

“Puede ser una campaña en una Plaza así informar a la gente que a veces necesitan”

“Solamente que tenga más trascendencia porque debe haber mucha gente que no sabe”

“Que, a los pacientes con tuberculosis, se los cuide más, que no se los deje ahí como si nada, si no tienen algún familiar que los acompañen, pongan voluntarios. Para así esa persona reciba ánimos y pueda curarse”

“Sería bueno pasar videos de cómo prevenir o con imágenes grandes”

“Para mí es muy importante seguir con el tratamiento hasta que el Doctor de la orden. Es muy importante estar prevenido por cualquier cosa ir al hospital para que puedan ayudar a los que están alrededor”

“Esta charla se puede llevar a diferentes barrios para informar sobre esta enfermedad”

“Para mí no hay nada que mejorar. Para mí son un grupo hermoso, que eso ayuda a muchas personas”.

“¡No se me ocurre ninguna, lo hacen tan bien, lo veo tan completo que da gusto escucharlos, gracias!!!”

“no cambiaría nada el espacio, está bastante completo.... Y el libro con los dibujos ayuda mucho a la hora de entender para los chicos”

“Para mí todo, lo que me dijeron estuvo genial. Claro como sobrellevar la enfermedad lo cual es mejorar, es entender..., ser más paciente”

“Para ser sincero, ninguna. Me pareció súper completa la charla. Fue didáctica y una charla bastante buena”

Respuestas que generan en una satisfacción profesional, un enorme agradecimiento a los mismos pacientes y a la comunidad en general por su decisión de concretamente participar

y nutrir / mejorar / fortalecer este dispositivos; pero al mismo tiempo nos interpela a aumentar el compromiso de trabajo.

5.7. Dispositivo de Asesoría en TBC y Perspectiva de Triangulación Metodológica

Deseo destacar que al partir de algunos enfoques de evaluación cuantitativa como cualitativa, se está intentando llevar a la práctica un incipiente enfoque de triangulación metodológica teorizado y desarrollado muy ampliamente por varios autores como por ejemplo Cantor (2002), que muy acertadamente expresa lo siguiente:

“La combinación de perspectivas metodológicas diferentes para abordar distintas aristas de un mismo fenómeno nos permitió combinar diferentes niveles de análisis: lo macro y lo micro, lo sincrónico y lo diacrónico, lo subjetivo y lo estructural, entre otros pares dicotómicos. Mediante el análisis cuantitativo de información estadística, nos fue posible encarar un abordaje de la dimensión estructural del objeto de análisis; mientras que la perspectiva cualitativa nos permitió entender los significados, los motivos e interpretaciones que los sujetos en estudio dan a su acción y a su situación” (Cantor, 2002, Pag. 67).

El poder hacer una pausa entre tanta vorágine de múltiples intervenciones y continuas situaciones de emergencias y urgencias nos permite poder reflexionar cómo se puede reconstruir y visibilizar las condiciones estructurales que atraviesan en lo micro las múltiples situaciones problemáticas, como por ejemplo, todo lo que implica socialmente (además del aspecto clínico) atravesar una situación de TBC. Retomando estos muy buenos aportes de Cantor G., lo estructural (sistema capitalista con sus consecuencias de vulnerabilidad económica, habitacional, vincular, etc.) atraviesa a lo subjetivo, al propio paciente en TTO por TBC. Como podemos apreciar (desde este enfoque de la Triangulación Metodológica) la tensión dialéctica entre lo micro y lo macro; como también nos permite acompañar las tensiones subjetivas que vivencia un paciente al estar atravesando por ejemplo la fase de intensificación del TTO con el recuperar la memoria de haber integrantes de la familia que fallecieron por TBC. Todo proceso de intervención teórica metodológica que realizamos desde el Trabajo Social, nos invita al desafío profesional de partir incipientemente desde esta muy importante perspectiva de triangulación metodológica, que en nuestra labor en el Hospital lo podemos también plasmar cuando abordamos por ejemplo:

- situaciones de violencia de género y violencia intrafamiliar;
- situaciones de sospecha de ASI; - acompañamiento a pacientes en su decisión de concurrir al espacio de IVE/ILE con el dispositivo que actualmente estamos llevando a la práctica (por profesionales de diversos servicios: Trabajo Social, Toco Ginecología, Psicología y Obstetricia),
- importancia de la realización de dispositivos de abordaje de la ESI (Educación Sexual Integral) y la Prevención de las ITS (infecciones de transmisión sexual), etc.

5.8. Aportes desde la Perspectiva de la Planificación Estratégica y de la Concepción de Redes para la puesta en marcha del Dispositivo

Continuando con la descripción y análisis de este Dispositivo, deseo destacar que toda la puesta en práctica la intentamos realizar (y lo pensamos desde el propio Servicio Social y Profesionales Médicos) desde una perspectiva totalmente estratégica. Es decir, no quedar encerradas en una visión de planificación rígida y normativa. Muy acertadamente, el autor Rovere (1997). en relación con la planificación estratégica, expresa lo siguiente:

“El sector salud se enfrenta a una de sus transformaciones más riesgosas: la de reformarse así mismo saliendo de una posición defensiva y la de generar condiciones para un efectivo ejercicio del Derecho a la salud de toda la población. Esto ocurre en el contexto de políticas y propuestas intencionales que tiende al debilitamiento del rol del Estado – Nación, ya al desmontaje conceptual e ideológico del modelo de Estado de Bienestar. ”...” Así la tarea que se revela como la más significativa puede verse reforzada por los diferentes dispositivos teórico metodológicos que la reflexión y la aplicación del pensamiento estratégico van generando, contribuyendo al efectivo ejercicio de los derechos a la salud y a la democratización del sector” (Rovere, 1997:62).

Este dispositivo -como proyecto concreto de intervención- parte desde una concepción donde revalorizo el enfoque teórico / metodológico de la perspectiva de Intervención Participativa. Partir de este enfoque implica reivindicar los aportes de la planificación estratégica desarrollado muy adecuadamente por Rovere M., y con teóricos antecesores muy importantes, por los aportes desarrollados de Matus (2009) y posteriormente por Testa Mario (2007). Este enfoque parte de tres aspectos totalmente interrelacionados entre sí: de carácter asociativo, - participativo y de carácter integral. El abordaje de redes, se vincula constantemente con estos tres caracteres. Y lo estratégico de planificar un Dispositivo que no sea rígido, que permita que constantemente circule la voz del paciente como de los demás participantes y que se resinifique y se mejore con los propios aportes de los participantes. Donde las intervenciones múltiples que se despliegan a través de este Dispositivo implica una visión de planificación estratégica, donde los momentos explicativo, normativo, estratégico y el operativo, están interrelacionados entre sí, permitiendo diferenciarse de la lógica de la planificación tradicional que es totalmente lineal (en sus etapas), estática y totalmente normativa. Por lo cual en cada generación de este espacio del Dispositivo de Asesoría se despliegan un conjunto de acciones profesionales (escucha activa, distancia óptima, problematizar con el otro la situación, etc.).

A su vez, el gran desafío es constantemente tomar en cuenta en cada intervención la respectiva contextualización que atraviesa a cada paciente, a cada familia y/o acompañantes que se acercaron a este espacio. Además, la planificación estratégica implica también una continua reflexión pudiendo superar obstáculos y dificultades que se fueron y se podrán seguir produciendo durante la puesta en marcha de este Dispositivo. Considero que siempre en cada intervención que uno va realizando, y en este caso en particular, en toda acción que implica la puesta en marcha de este Dispositivo, siempre como profesionales de TS se está constantemente conociendo, insertándose, se está planificando, llevando a las prácticas acciones y se genera evaluación de nuestro proceder. Es decir siempre es importante comprender (como muy bien lo desarrolla la autora Sánchez D. (2002) todo el proceso de intervención desde una perspectiva de acción/reflexión/acción. La autora expresa lo

siguiente: “una acción-reflexión en que no hay acción primero, reflexión después, sino en un solo todo, acción reflexión, para mejorar la calidad de la acción” (Sánchez, 2002).

Comparto totalmente con lo expresado por Rovere (detallado anteriormente) cuyo uno de los ejes principales de la Planificación Estratégica es la democratización del sector de Salud desde una perspectiva macro de gestión.

Este Dispositivo y su continuidad en todos estos años, es un humilde aporte a generar (en una realidad micro social) un espacio de democratización, de escucha, de construcción colectiva. Considero que sin esta capacidad de escucha y sin una construcción de la instancia dialógica (relacionándolo con los aportes del autor Mallardí (2004) no es posible sustentar ningún tipo de Dispositivo.

También la vigencia de este Dispositivo en todos estos años implicó y sigue implicando una concreta articulación real y cooperativa entre diversos actores, un abordaje desde una perspectiva integral de redes. Por ejemplo, la comunicación intrahospitalaria con profesionales / trabajadores de diferentes servicios: Laboratorio, Estadística, por supuesto con mis compañeras/os del propio Servicio Social, con el Dr. Viera G. como referente del Consultorio de Neumonología, etc. La articulación con otros continuos actores extra Hospitalarios como la colega Clara Rosales a cargo del seguimiento de los Subsidios para pacientes en TTO por TBC desde la Dirección de Programas Sanitarios del Municipio; con los responsables a cargo en su momento del Programa de TBC a nivel Municipal (como en su momento con la Dra. Jaroslasky Fernanda como seguramente apostamos a que lo sea con el nuevo Coordinador Dr. Ferreyra Daniel) y con diversos colegas de diversos Efectores de Salud. La continua comunicación con colegas de otros Hospitales del Sistema de Salud Municipal de La Matanza para garantizar la realización de los controles Focales; con colegas de diversas Delegaciones de Desarrollo Social para garantizar el acceso a beneficios alimentarios; con colegas y demás profesionales de diversos Efectores de Salud (como lo especifique anteriormente) son ejemplos concretos de construcción de redes. También este abordaje en red se va realizando con autoridades y equipos de diversos Instituciones Educativas (públicas y o de gestión privadas) y otros referentes Comunitarios donde no solo se les ofreció este espacio de Asesoría, sino que se concretaron diferentes Dispositivos de Taller y/o Charlas Disparadoras para generar más Prevención sobre toda la temática que implica la TBC.

Esta construcción lo relacionamos con el concepto y la estrategia de desarrollar: “espacios de articulación multiactoral”, abordado por Robirosa, Lapalma y Cardarelli (1990), espacios que hay que potencializar a que se concreten porque son fundamentales para la accesibilidad al sistema de salud. Abordaje en redes y en forma multi actoral implica revalorizar la importancia de un abordaje interinstitucional. Considero que para potencializar las perspectivas de Tratamientos y Dispositivos de Prevención (como por ejemplo con la puesta en práctica de este Dispositivo) es fundamental no caer en la intervención hegemónica y positivista de hacer una mera derivación y sí intentar en cada situación (dentro de las propias posibilidades) construir una red y articulación interinstitucional. Las autoras Amelotti F. y Fernández Ventura (2020) expresan que “Cabe señalar como conclusión que debemos trascender la mera derivación y propiciar una efectiva articulación interinstitucional, y un posterior seguimiento de la situación de la persona” (Amelotti y F. Ventura, 2012: 19).

En fin, el abordaje de redes es de total importancia para concretar todos los objetivos planteados a través de este Dispositivo. Comparto totalmente con la definición de redes

realizada por Dabas (1989), que parte de una concepción de red integral, progresista y con la finalidad de aportar a la transformación social. Desde nuestra especificidad de intervenciones como TS, revalorizar la dimensión estratégica de un abordaje de redes es de vital importancia. Otros autores como Findling y López (2009) expresan que las redes permiten democratizar el saber porque desarticulan las pirámides jerárquicas de la toma de decisiones, donde son solo las cúpulas las que las toman. Estas autoras desarrollan desde esta reflexión el concepto de “multicentrismo” de la red. Estas mismas autoras también hacen mención a los aportes realizados por los autores Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca; que focalizan en la dimensión simbólica y cultural que se visibiliza en cada práctica de redes que uno realiza en la vida. Dicha dimensión se relaciona con las representaciones simbólicas imperantes hegemónicamente y las que intentan ser contestarias, contra hegemónicas. Las redes expresan una revalorización cualitativa (además de lo cuantitativo) que implica una red social que sostiene a cualquier paciente en TTO por TBC. Por lo cual la existencia de actores vinculados en red, que construyen “soportes sociales” es realmente beneficioso para el propio sistema de salud como para el propio paciente / usuario del mismo sistema, porque permite garantizar (por ejemplo) la continuidad del TTO. Siempre contar con los otros es una forma democrática y también (porque no) más eficiente para construir salud. Tal como expresa Dabas (1998:17),

“es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familiar, equipo de trabajo, barrio u organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otras) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos”.

Los aportes de Kaplan son de gran importancia en la reflexión sobre redes y soportes sociales. Los soportes sociales van a generar la continuidad de los lazos sociales (los continuos como los intermitentes) que permiten fortalecer los procesos de integración física y psicológica del individuo, es decir, las redes construidas desde estas perspectivas desarrolladas en este trabajo, van a brindarle más recursos psicosociales a los /as pacientes y sus familias. Es lo que se intenta con la continuidad en el tiempo de este Dispositivo.

Este dispositivo se relaciona también con lo explicitado en una publicación del Ministerio de Salud de La Nación: “Tuberculosis, guía para el equipo de salud” del año 2009, corresponde al equipo de salud las tareas de comunicación social, en este sentido dicha publicación sostiene que es necesario “Informar a la población sobre la importancia de la consulta temprana en aquellos pacientes que presentan tos y/o expectoración”, como así también: “Promover actividades educativas para informar sobre la importancia de la consulta por síntomas respiratorios, de completar el tratamiento en aquellos pacientes enfermos y de controlar los contactos”. Considero que la socialización de todo lo que se puede brindar sobre la TBC es fundamental e indispensable para reducir el impacto epidemiológico de esta enfermedad y todo lo que implica socialmente. Además, nos va a permitir apostar a la superación de la actual invisibilización de la TBC como enfermedad vigente en estos actuales momentos históricos.

La participación de los/as usuarios/as / pacientes en este espacio (relacionándolo con lo

abordado en el apartado sobre la Estrategia de APS) afianza la concepción de que se intenta con este Dispositivo partir de una visión de Prevención Crítica. La entiendo (tomando los aportes del autor Salleras Sanmarti (1979) como una continua construcción histórica, política (referido a la Polis más que a la construcción de un partido político) y social, donde se revaloriza la voz y los propios saberes de la comunidad, partiendo de posturas (ya trabajadas anteriormente) de Interdisciplina y multiactoral. Además, en la instancia del Dispositivo, se siembra y se fortalece una concepción de Promoción de Salud donde los propios sujetos, los propios pacientes y sus allegados, en fin, la propia comunidad va a poder lograr un mayor control y/o una mejor canalización de los determinantes de la salud. Para ello la participación es crucial, donde nos están solicitando (diversidad de familias, referentes educativos, referentes comunitarios, etc.) que podamos multiplicar este Dispositivo, estas instancias de construcción dialógica. Es decir, uno de los anhelos y deseos es que este espacio permita crear las condiciones materiales y simbólicas de ampliar la capacidad de empoderamiento de los propios actores con los que nos vinculamos desde nuestro quehacer profesional, enfoque muy bien desarrollado por Elena Restrepo (2000):

“La promoción de la salud no es propiedad de ningún sector en particular, por consiguiente, todos los sectores son responsables de mejorar la salud y el bienestar de la población. Las acciones y políticas que contribuyen a esta meta deberán ser reconocidas y hacer visibles por el sector de la salud. La exclusión social está aumentando a nivel mundial y es grandemente responsable de la presencia continua de la falta de equidad en salud” (Restrepo, 2000: 26-27).

5.9. Aportes desde la Perspectiva Metodológica de la Investigación / Acción para la puesta en marcha del Dispositivo

La puesta en práctica de este Dispositivo se vincula con los lineamientos de otra interesante perspectiva Metodológica de Investigación / acción (enfoque comparto totalmente). Tomando a Lois (2020), deseo explicitar estos muy buenos aportes en los que varios de los aspectos se vinculan con el Dispositivo que desde mi especificidad como TS deseo vitar para su aplicación:

“Los sujetos, los grupos, las comunidades y las organizaciones son concebidos como sujetos activos en la construcción de conocimiento y de significados. La decisión por la investigación acción conduce a que el principio y el fin sean las prácticas, concretas y situadas, de una comunidad particular” (Lois, 2010:4),

Como también:

“Los principales ejes epistemológicos y metodológicos que guían a la I+A son los siguientes: 1) el punto de partida está ubicado en la realidad concreta de los miembros de la comunidad; 2) tanto los procesos y las estructuras como las organizaciones y los sujetos, son contextualizados en su dimensión histórica; 3) la relación tradicional de sujeto-objeto entre investigador-comunidad se convierte en una relación sujeto-sujeto; 4) se postula la unidad entre teoría y práctica” ... “7) se reconoce también el carácter político e ideológico de la actividad científica; 8) se considera que la investigación y acción se convierten en momentos metodológicos de un solo proceso cuyo fin principal es la transformación social.” (Lois, 2010:5).

La capacidad de empoderamiento, de cambio, de transformación, va a implicar también poner en jaque al propio sistema de salud en sus concepciones hegemónicas, que lo único que hace es agudizar las rutas ya críticas de recorridos que hacen los /as pacientes atravesados por múltiples situaciones vulnerables.

5.10. Fortalecimiento del Dispositivo y Aportes positivos de la Escucha Empática

Una de las formas de lograr ese empoderamiento es que como Profesionales de la Salud podamos desarrollar una escucha totalmente empática. Para ello es necesario poder escuchar no solo el discurso del paciente, su verbalización, sino también ir aprendiendo a leer su expresión corporal. Lo relaciono con la importancia de descodificar el meta lenguaje que se evidencia en toda entrevista como una entre tantas formas de intervención profesional. Comparto lo planteado por Watzlawick et al (1973), cuando postulan que el lenguaje digital es la comunicación verbal y el lenguaje analógico, todo lo que no sea verbal.

Ese lenguaje no verbal es de vital importancia para poder registrar / identificar / comprender; para que un mensaje enviado, una información compartida, una orientación brindada en el espacio del dispositivo pueda ser realmente comprendida. A lo largo de estos años de sostenimiento de este Dispositivo pude observar cómo el lenguaje corporal de no solo nerviosismo, sino de rigidez corporal, se hacía evidente en los primeros momentos de la asesoría con el paciente y también a veces con sus acompañantes. Rigidez corporal, tensión corporal que considero eran expresiones de temores a indagar sobre la propia historia de los sujetos o eran empezar a problematizarse críticamente a sí mismos para correrse del lugar (como se desarrolla en este trabajo) de sentirse con culpas por tener “TBC” o acompañar a un familiar con “TBC”.

También me ha sucedido muchas veces que en el transcurso del espacio de Asesoría pude observar necesidades latentes que no eran manifiestas, en este caso, la necesidad de saber más sobre la temática de TBC, muchas veces expresadas con ese meta lenguaje / lenguaje corporal no verbal. Por ejemplo, pacientes mujeres que pudieron expresar en palabras situaciones de violencia de género en propio encuadre del Dispositivo de Asesoría en TBC. O la expresión de necesitar un espacio de Psiquiatría y /o Psicología por no poder tal paciente encontrar un sentido existencial a su vida, como también situaciones de estar atravesando necesidades alimentarias, etc.

Es decir, desde una escucha activa y dando el lugar a que los propios sujetos que participen puedan ser sujetos transformadores sociales, tal como plantea Pagaza (1998). Para construir escuchas constructivas se deben generar con el paciente instancias dialógicas (relacionándolo con los aportes de Mallardí (1974), donde este acompañar nos permitirá no solo poder construir con el otro/a las necesidades manifiestas, sino también las necesidades latentes. Y desde esta realidad construir la demanda con los propios sujetos y pensar diversas instancias y estrategias de intervención de forma conjunta. Desde esta perspectiva teórica / metodológica, este dispositivo permite realmente indagar sobre un conjunto de variables que están interrelacionadas entre sí. Nos permite también indagar y dar cuenta de la existencia o no de indicadores que explicitan situaciones de vulnerabilidad sanitaria (por ejemplo si está atravesando alguna ECNT o alguna Infección de Transmisión Sexual como el VIH, etc.), situaciones de vulnerabilidad habitacional (por ejemplo existencia de hacinamiento y / o estructura deficiente edilicia o principios de humedad y condiciones no

dignas en la vivienda donde se encuentra el paciente); situaciones de vulnerabilidad educacional (por ejemplo existencia de cuadro de analfabetismo como dificultades pedagógicas de aprendizaje); situaciones de vulnerabilidad vincular (por ejemplo existencia de indicadores que revelan violencia intrafamiliar; es decir violencia de diferente tipo hacia los niños/as y adolescentes como también violencia de género y / o mujeres en situación de violencia de diferente tipo: física, psíquica, económica, cultural y simbólica).

Al dar lugar a la escucha a múltiples situaciones problemáticas que vivencia la persona en TTO por cuadro de TBC, va a implicar en varias ocasiones que lleve a la práctica el Dispositivo de Acompañamiento “cuerpo a cuerpo”. Es una estrategia muy bien explicitada y desarrollada por Geraldine Ponce, que consiste en la importancia de revalorizar una intervención que tome en cuenta la vida cotidiana, las redes sociales y las vinculaciones, e imaginarios simbólicos que atraviesan a cada paciente (con su capacidad por supuesto de re significarlos). También dicha estrategia es positiva ponerla en práctica con familias que presentan por diferentes causas una escasa capacidad de resolución de problemáticas por estar atravesadas por múltiples de las mismas. Ponce plantea lo siguiente:

“Este acompañamiento implica: alta frecuencia de entrevistas, socialización de tareas..., maximización de la accesibilidad a los diversos dispositivos de atención, derivaciones con alto grado de contención, monitoreo permanente y pormenorizado de cada una de las acciones que conforman el proceso de intervención, etc. En síntesis, se trata de una estrategia basada en la lógica de la presencia, la contención y el acompañamiento.”

Focaliza en la importancia de revalorizar la autodeterminación y potencializar la propia capacidad autónoma de cada paciente. Desde las características más importantes de esta Estrategia, es la base para sustentar el denominado Tratamiento Directamente Observable (TDO) cuando se decide (ante posibles resistencias a TTO por parte de un paciente que anticipa un posible abandono) que es necesario llevarlo a la práctica para poder afianzar el acompañamiento en el proceso del TTO al paciente, pero también a su familia. Este enfoque de intervención lo desarrolla el texto “El acompañamiento como método de intervención en los procesos sociales⁸ para las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, marginalidad y exclusión social, atravesadas además por la existencia de un cuadro de Tuberculosis. En un apartado del texto se expresa lo siguiente:

“En este sentido, acompañar a las personas en sus procesos personales de dificultad social se hace imprescindible, junto a la combinación de diferentes dispositivos y derechos sociales, como el trabajo comunitario, la garantía de ingresos mínimos, las políticas activas u otros recursos de apoyo...supone un dispositivo de enganche hacia zonas de integración o cuando menos, un paso de una zona de exclusión a una zona de vulnerabilidad”.

También refiriere lo siguiente:

“Se ha concluido que los procesos de exclusión son multidimensionales y

8 El Acompañamiento como Método de Intervención en los procesos de Inclusión. Edit. Red Navarra de lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. España.

multicausales, y que, por tanto, trabajar sobre la exclusión requiere de dos “patas” estrechamente relacionadas: Un sistema de protección (prestaciones garantizadas, políticas activas, recursos de apoyo en los cuidados, etc.) y metodologías y técnicas de intervención basadas en la persona. Es ahí donde el trabajo basado en la gestión de casos y en clave de Acompañamiento aparece como una herramienta fundamental”

Y todas esas diversas formas de acompañar que surgen desde la construcción de un vínculo de empatía entre los participantes de este Dispositivo y nosotros como profesionales de la Salud, es donde se proyectan también (articulando desde mi especificidad por ejemplo cuando lo amerita con el Servicio de Psicología, etc.) proyectos de vida que permitan brindarle un sentido a su propia vida.

5.11. Sembrando semillas para la construcción de la desestigmatización imperante

A lo largo de los años del sostenimiento de este Dispositivo fui observando como varios de los/as pacientes se auto culpabilizaban por estar transitando esta enfermedad; donde se autodenominaban en varias ocasiones como “soy Tuberculoso”. Este espacio es un humilde pero continuo y persistente aporte para generar las condiciones materiales y simbólicas de erradicación de dichas acciones de auto discriminación y de auto ocultamiento que la cultura hegemónica intentó (y continúa intentando) ocultar a la TBC como realidad social compleja y al propio paciente en TTO. Estos mecanismos de ocultamiento se sustentan por las continuas miradas distantes, estigmatizadoras, a los temores y los rechazos discriminativos. El ser considerado un “Tuberculoso” es una forma concreta de enjaular su propia historicidad y subjetividad. Goffman (2001), en su extraordinario libro *Internados*, expresa lo siguiente:

“La despedida implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen. Quizás la más significativa de estas pertenencias – el propio nombre- no es del todo física. Comoquiera que una fuese llamado en adelante, la pérdida del propio nombre puede representar una gran mutilación del yo” (Goffman, 2001:31).

El no vincularse con el nombre y sí como un Tuberculoso es concretamente una forma de deslegitimar el propio yo.

Cuando un paciente se auto considera un Tuberculoso está atravesado siempre por una Identidad que se construye también en parte con la mirada del otro / de los otros (relacionado con el concepto de otredad). Valorando desde mi perspectiva humana y profesional con el Psicoanálisis, comparto con los muy buenos aportes de Saltalamacchia, quien expresa:

“Como dijera antes, el Otro (que constituye al sujeto desde su inconsciente) no es una simple unidad, sino, a su vez, una trama compleja, heterogénea y contradictoria: muchos y variados son los discursos que lo conforma y que conforma, desde él, al

sujeto. Si el Otro fuese homogéneo, los sujetos serían idénticos y sería superfluo todo movimiento de identificación: los otros se disolverán en el Gran Otro. En cambio, la heterogeneidad constitutiva del Otro es lo que produce el doble efecto de: (1) la diversidad entre los sujetos y (2) la heterogénea constitución de cada sujeto. Esa doble heterogeneidad, a su vez: a) abre el campo de la constitución del yo no solo como imaginario sino también como instancia en la que el sujeto busca su propia unidad, proyectándose en sucesivas imágenes de sí y b) hace posible percibir la falla en el Otro; y, por ende, el movimiento hacia su sutura: el deseo y el proyecto en el que ese deseo se concreta (...) En la construcción imaginaria del Otro y su deseo estarán actuando tanto esas “voces que viene del pasado”, y que constituyen buena parte de su identidad, como las representaciones sociales del universos sociocultural en el que se encuentra inmerso” (Saltalamacchia,1992:111-112).

Esta postura me permite disentir con todo enfoque puramente individualista que áolo se basa en un sujeto homogéneo donde la razón se limita a un accionar puramente utilitarista de análisis de costos y beneficios; en fin, donde el sujeto no es en sí mismo un sujeto en continua completitud y múltiple al mismo tiempo. Parto por lo cual de una perspectiva de relaciones y perspectiva de visión complejas que permitirán comprender que la identidad se construye y se reconstruye permanentemente. Es decir, creo que la identidad personal está atravesada por los mecanismos de compromiso y de negociación entre una ‘auto identificación’ definida por sí misma y una ‘héteroidentidad’ o una ‘exoidentidad’ definidas por los otros. En fin, en toda Identidad se construye desde una perspectiva dinámica. Lo relaciono (con respecto a la dimensión de la identidad) con los aportes de (Bauman, 2005: 24), cuando expresa “una estructura multidimensional y en continua dialéctica entre la permanencia y el proceso evolutivo”. Compartiendo con colegas y otros/a profesionales un excelente Curso de Actualización sobre TBC, en una de las clases los autores González Carlos (2018) y Miño Viviana (2018) plantearon la importancia de reconocer al paciente como otro con su propia cultura, su propia mirada simbólica, sus propias formas de cuidarse, sus diversas formas de vinculación. A su vez en sus disertaciones entre tantos ejes muy interesantes planteados, reafirmaban la importancia de respetar las diferentes representaciones simbólicas sobre la salud y la enfermedad, siendo fundamental aportar a la libertad de escuchar al otro/a, y construir espacios de salud en forma colectiva. Es decir, se revaloriza la otredad y las múltiples diferencias sin generar estructuras de desigualdad, relacionándolo también con los aportes de Grimberg (2001).

Varios de los/as pacientes (durante los encuentros en los que se lleva a la práctica la invitación a participar del espacio del Dispositivo y su concreta participación) reconocieron ser discriminados en diferentes ámbitos de vinculación (comunidad barrial, laboral, familiar, etc.) y ser considerados como Tuberculosos. Lo relaciona con la existencia de Representaciones Sociales hegemónicamente establecidas. Dichas representaciones son centrales porque nos atraviesan y nos modelan nuestras subjetividades. Estas son tan importantes porque desde dichas representaciones percibimos el mundo. Por lo cual otro eje a indagar son las Representaciones Sociales en la Tuberculosis. Hay diversos autores de diferentes corrientes de pensamiento que trabajaron sobre estos actores. Por ejemplo, Paéz, Ubillus y Paicheler (1994), como otros, con sus aportes nos permiten comprender cómo las actitudes interpersonales en general, las formas de generar relaciones sociales en particular, la manera en cómo construimos lazos sociales, están siempre influenciadas y determinadas (que no es un determinismo inmodificable) por nuestro sistema (hegemónico) de

percepción, internalización y representación de la realidad que nos atraviesa. Por lo cual se percibe a la TBC como una enfermedad incurable, como un “paciente peligroso” y como generador de múltiples problemas sanitarios y económicos. Esto es la construcción de una representación social hegemónica. Es decir, el/la paciente ha expresado en este espacio ese sentirse culpable y una carga para la familia. Se reproduce una propia mirada distante, estigmatizadora. Además, muchas de estas representaciones sociales hegemónicas van a generar mitos y creencias erróneas⁹, percepciones equivocadas sobre todo lo relacionado con la propia TBC, formas de contagio, formas de tratamiento, tipos de prevención, etc.

Esta internalización de la vergüenza a tener, a transitar un TTO x TBC, son claros ejemplos de procesos de etiquetación, procesos de desviación que se construyen (desde los parámetros de la propia cultura del Poder) para concretar canales, movimientos (tanto estructurales como al mismo tiempo cotidianos en la dimensión consciente como desde la propia dimensión del inconsciente) de control social y auto control social. Muy acertadamente, Rist Ray (1998) expresa lo siguiente:

“Si se insiste sobre la naturaleza de proceso de Desviación, a cualquier desviado concreto se le verá como alguien atrapado, definido, segregado, etiquetado y estigmatizado... Objetivos principales de la perspectiva del etiquetado, demostrar que las fuerzas de control social con frecuencia tienen la consecuencia intencionada de hacer a las personas definidas como desviadas, aún más firmes en su desviación, debido a la estigmatización del etiquetado”.

Estos procesos de etiquetación conducen y retroalimentan los procesos de subjetivación, concepción muy bien abordada por Duschatzky y Corea¹⁰. Considero que desde este Dispositivo se intenta generar un espacio de construcción de reflexión crítica en particular con respecto a la TBC y en singular con respecto a cómo se encuentra tal paciente en su propia existencia, en su devenir en su vida cotidiana. Y dicho espacio de generación de pensamiento crítico también se logra y se potencializa a través de la construcción de las redes (como lo abordé anteriormente en este trabajo). En fin, construir este espacio es una manera concreta de resistir dichos mecanismos de control social que genera todo proceso de etiquetación establecidos por los patrones culturales hegemónicos imperantes. Por ello es que considero totalmente necesario apostar a la construcción de nuevos imaginarios contestatarios (de no estigmatización y de inclusión real) que implican una creación constante. Ianina Lois (2010, p2). expresa muy acertadamente lo siguiente:

“Lo social se construye a partir de imaginarios sociales, de representaciones, que generan diferentes impactos en la singularidad de cada grupo, barrio o sujeto. Desde la perspectiva de los imaginarios sociales, imaginario no es solo la ‘imagen de’, sino una creación incesante, indeterminada porque es atravesada por lo psicológico, lo social y lo histórico que, en definitiva, impacta en el orden de lo real”

9 Mitos y creencias erróneas que se abordan para no reproducirlas en el propio espacio del Dispositivo de Asesoría.

10 Las autoras consideran la desubjetivación como: *“un modo de habitar la situación marcada por la imposibilidad, estar a merced de lo que acontezca habiendo minimizado al máximo la posibilidad de decir no, de hacer algo que desborde las circunstancias. Se trata de un modo que despoja al sujeto de la posibilidad de decisión y de la responsabilidad” ... “posición de impotencia, a la percepción de no poder hacer nada diferente con lo que se presenta”* (Duschatzky, S y Corea, C, 2009:73)

5.12. Dispositivo como un emergente en la tensión institucional entre lo instituido y lo instituyente

En toda Institución se evidencian dificultades de comunicación, tensiones, relaciones de poder que expresan situaciones de dominación, pero también de resistencias, prácticas de solidaridad y de compañerismo. Abundan los/as autores y las corrientes de análisis de las lógicas institucionales.

Deseo hacer mención a Lapassade y Lourau (1977: 60-61) que desarrollan un excelente abordaje sobre las Instituciones. Estos autores expresan que hay que lograr no caer en el laberinto de las visiones dualistas anti dialécticas para poder ver no como entidades separadas tanto las instituciones como las relaciones sociales. A la Institución la definen como:

“...institución en cuanto forma que adopta la reproducción y la producción de relaciones sociales en un modo de producción dado...” “...la institución es el lugar en donde se articulan, se hablan, las formas que adoptan las determinaciones de las relaciones sociales”.

Dichas determinaciones no son determinismos, porque siempre los sujetos en sus prácticas institucionales pueden reformar y transformar lo instituido, lo determinado. Experiencias como este Dispositivo que continúa perdurando en el tiempo es una forma concreta y simbólica de aportar (desde esta dimensión de lo más micro social) a las lógicas instituyentes. Esta y múltiples iniciativas en la diversidad de Efectores de Salud en el País, permitan renovar los lazos de los propios trabajadores/as entre sí en el propio Hospital/Efector de Salud, como con la comunidad, para intentar evitar en que las instituciones se conviertan en los clásicos “Galpones”, concepto muy bien desarrollado por Lewkowicz y Corea:

“La metáfora del galpón, nos permite nombrar lo que queda cuando no hay institución: una aglomeración de materia humana sin una tarea compartida, sin una significación colectiva, sin una subjetividad capaz común. Un galpón es lo que queda de la institución cuando no hay sentido institucional” (Lewcowicz y Corea, 2004: 106-107)

5.13. Aportes básicos de una concepción de la salud mental con el Dispositivo de Asesoría en TBC

Para ir terminando con este apartado, la puesta en marcha de este Dispositivo, con la participación de los /as pacientes, sus referentes afectivos (sean o no familiares), es una forma también de apostar (desde un segundo nivel Hospitalario) a la construcción de la salud mental comunitaria (lo relaciono también con los apartes desde la estrategia de APS y con la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26657 (2010). Este Dispositivo y la concepción de la salud mental comunitaria se retroalimenta también por los ejes que se visibilizan en el siguiente gráfico:



Fuente: Folleto de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Gestión 2008 - 2015

Estos lineamientos y ejes principales se intentan plasmar en la puesta en marcha de este Dispositivo, como también cuando se concreta el Dispositivo de Taller de Prevención de TBC en diferentes actores Institucionales de la comunidad, del área programática del Hospital T. Germani.

Conclusión

A lo largo de haber desarrollado este trabajo de sistematización y de generar incipientes líneas de reflexión, las aristas a abordar en una conclusión son muy variadas, los disparadores que me van surgiendo a través de esta práctica de intervención (y humildemente de intentar reflexionarlas desde una perspectiva de autocrítica y crítica constructiva) son innumerables; que ameritan la posibilidad de elaborar otros artículos/ otros trabajos. Pienso que se podría abordar con otros artículos (y en forma más extensa a lo elaborado en este trabajo/ escrito) por ejemplo sobre las siguientes temáticas:

- las rutas críticas que transitan los pacientes en TTO por TBC;
- el abordaje más extensivamente de los procesos culturales de desviación y estigmatización sobre los denominados “Tuberculosos” en la Argentina y en el mundo a lo largo de la historia;
- la posibilidad de poder fortalecer los Programas de Prevención de TBC (como expresión de Políticas Públicas Sanitarias) construidas con más posibilidades de participación comunitaria con lógicas organizacionales no piramidales y si horizontales y transversales (experiencias compartidas a través de múltiples realización de Talleres comunitarios de prevención sobre TBC que fuimos impulsando desde el Hosp. Germani con el Dr. Gustavo Viera con el apoyo y acompañamiento de la coordinación del Programa Municipal de Prevención de TBC y diversos actores institucionales;
- sobre la lógica corporativa de los grandes Laboratorios / Multinacionales sobre “su no inversión” y el papel de muchísimos de los Estados en todo lo relacionado sobre el mundo de la TBC; - etc.

Estas ideas ameritan y me estimulan a seguir escribiendo y profundizando estas dimensiones a través de potenciales nuevos artículos que trascienden el espacio proyectado (con los continuos emergentes que surgen al escribir) del abordaje de este específico Dispositivo.

Deseo continuar en este apartado con un conjunto de disparadores sobre qué rol deseamos como Trabajadores Sociales cuando intervenimos en esta temática como en nuestra cotidianidad laboral general. ¿Hasta qué punto se puede -como Trabajador Social- fortalecer los caminos de la autonomía personal y de la autoorganización grupal cuando se trabaja en un ámbito de concreta

jerarquía como es el Estado con su histórica génesis burguesa?; ¿el único camino del Trabajador Social es ser un mero aplicador técnico de las Políticas Sociales ya planificadas en estructuras jerárquicas del Estado?; ¿cuál es la diferenciación entre ser un profesional que ofrezca sus saberes para la construcción de una concreta emancipación del pueblo al que somos parte (tanto la comunidad como en mi caso trabajador profesional de la Salud), a ser un mero técnico generador de control social?

Considero que es posible, a pesar de la existencia de lógicas hegemónicas instituidas (como se abordó en este trabajo) y en estos momentos de enormes lazos sociales fragilizados por las crisis que genera esta inédita Pandemia, apostar a lo instituyente, a lo que genere multiplicación de espacios de escuchas para generar “colectivamente y democráticamente” pensamiento crítico por la situación de múltiples vulnerabilidades con los sujetos con que nos vinculamos profesionalmente. Si el TS como profesión intenta distanciarse de su mandato de generar control social, estoy seguro que podemos aportar con nuestras múltiples intervenciones (y por lo cual a través de variados Dispositivos de Intervención) al fortalecimiento de los diversos procesos de autonomía, autodeterminación y de mayor auto valimiento personal. Esos espacios de Asesoría son humildes aportes a distanciarnos de los mecanismos de control social y fortalecer este proceso de autonomía. Esta postura ya estuvo muy bien desarrollada (y a la que comparto totalmente) con los aportes de Paula Faleiros (1972).

Como lo mencioné a lo largo de este trabajo, se parte de una visión de liberación que considera que la realidad y el pensamiento como el sujeto y el objeto no son entidades aisladas sin ningún tipo de vinculación, sino que se constituyen recíprocamente y mutuamente y donde el objeto a conocer se vuelve subjetivado permitiendo ser un sujeto no de carencia sino de expresividad de su capacidad de transformación, de su propia potencialidad puesta en actos en una sociedad que de por sí no es unilateral, sino que es múltiple y compleja.

Si bien el nihilismo y el escepticismo como posicionamientos filosóficos son necesarios para descentrar / derrumbar verdades absolutas impuestas y construir sueños personales y colectivos; no considero oportuno que perdamos ese motor a construir, a desnaturalizar lo naturalizado, a que se pueden generar cambios micros sociales. Y la utopía nos permite darle luz a este recorrido de por sí oscuro y complejo constantemente, pero nos dinamiza, nos quita de la rutina que muchas veces las lógicas institucionales instituidas generan, en fin, nos permite caminar.

Deseo compartir estas frases (muy conocidas) pero que no dejan de estimular a que se pueda aportar a un mundo más igualitario, a que se puede seguir generando prácticas de resistencia a pesar de la no valoración (por las condiciones precarias de contratación laboral y por las condiciones salariales) como correspondería éticamente hacia los trabajadores/as de la salud; frases que nos permiten reflexionar acerca de que toda estructura no es inmodificable, por lo cual vale la pena seguir innovándonos y brindando lo mejor en nuestro caminar profesional y por lo tanto, existencial.

“No hay estructuras sociales inmodificables pero si distribución desigual de Capitales que determinan jerarquías a las que los sujetos deberán desafiar para producir cambios. No hace falta solamente la voluntad de cambio. Los individuos han incorporado sin saberlo las estructuras mediante el habitas: «modos de ver, sentir y actuar que aunque no parezca no son naturales sino sociales».

Pierre Bourdieu

«La resistencia no es únicamente una negación: es un proceso de creación; crear y recrear, transformar la situación, participar en el proceso, eso es resistir....»

Michel Foucault

“No aceptamos lo habitual como cosa natural, porque en tiempos de confusión organizada, de arbitrariedad consciente, de humanidad deshumanizada, nada debe parecer natural, nada debe parecer imposible de cambiar”.

Bertold Brecht.

Bibliografía consultada

Alí, F, Carlini C., Fisichela A., Luján Cruz N., Schefeld M. (2014). Proyecto de Intervención y Prevención de TBC “Búsqueda activa de personas con Tuberculosis”. Dirección de Programas Sanitarios. Secretaría de Salud Pública. Municipio de La Matanza. Partido de La Matanza.

Almada Bay, Ignacio (1990). “Siete tesis equivocadas sobre salud y enfermedad”. En Cuadernos Médicos Sociales N° 52.

Amelotti F. y Fernández Ventura N. (2012) “Estrategias de intervención del Trabajo Social en Salud a nivel Interinstitucional”, En Material de Lectura Clase N° 3. Espacio Margen Campus Virtual. Curso de Formación Profesional. ¿Drogadicción o Consumo Problemático de Sustancias? Un abordaje territorial desde la reducción del daño. Recuperado de: https://www.margen.org/suscri/margen66/02_amelotti.pdf

Alzugaray, Rodolfo A. (2008) .Ramón Carrillo, el fundador del Sanitarismo Nacional. Buenos Aires, Ediciones Colihue.

ANLIS Malbrán, (2020). Tuberculosis en Argentina. En: <http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2020/08/Panel2ARG-3.html>

Alma Ata, Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Punto VI. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <http://www.phmovement.org/iphu/files/resources/Declaraci%C3%B3n%20de%20Alma.pdf>.

Buti D., Carlini C., Fisichela A. (2013). Proyecto de Intervención “Previniendo la TBC en los Barrios”. Programa Municipal de Salud Familiar y Comunitaria / Programa Médicos Comunitarios. Secretaría de Salud Pública de La Matanza, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Berlinguer, Giovanni (1988). Los conceptos de Salud Enfermedad. Medellín. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5299364.pdf>

Carballeda A. (2006). Las problemáticas sociales complejas. Una mirada desde la intervención en lo social. Congreso de Atención Primaria de la salud.

------(2020). La intervención en lo social como Dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. Material de Lectura Clase N° 4. Espacio Margen Campus Virtual. ¿Drogadicción o Consumo Problemático de Sustancias? Un abordaje territorial desde la reducción

del daño.

------(2002). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Ed. Paídos, Bs. As.

Cantor Guillermo (2002). La triangulación metodológica en ciencias sociales. Reflexiones a través de un trabajo de investigación empírica. En: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10101305>

Carlini, Cristian H. (2018). “Acompañando el recorrido de un camino distinto”. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 91, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen91/carlini-91.pdf>

------(2017/2018). Trabajo Final del Curso de Administración de Servicios de Salud Director. Sede APS San Justo. 2017/2018.

Castilla María Victoria (2016). Tuberculosis, sufrimiento y vida cotidiana en Barrios marginales y vulnerables del Área Metropolitana de Buenos Aires. En Trabajo y Sociedad. Sociología del Trabajo. Estudios Culturales. Narrativas sociológicas y literarias. En NB – Núcleo básico de Revistas Científicas Argentina N° 26, Argentina.

Cavallieri, María Silvina (2008). “Repensando el concepto de Problemas Sociales. La noción de situaciones problemáticas”. En Compartiendo Notas. El Trabajo Social en la Contemporaneidad. Ediciones UNLa. Lanús, Argentina

Cazzaniga Susana. “Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 27. 2002. Recuperado de: <http://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2017/03/Trabajo-Social-e-interdisciplina-autor-SUSANA-CAZZANIGA.pdf>

Cazzaniga Susana. “Hilos y Nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”. Segunda Parte: Trabajo Social e Interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud (2002). Editorial Espacio, Buenos Aires, 1° Edición, 2007.

Cazzaniga, Susana: El abordaje de la Singularidad. En: Revista Desde el Fondo. Cuadernillo N° 22 Recuperado de: http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_22/2%20Cazzaniga%2022.pdf

Cazzaniga Susana (2002). “Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 27, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>

CELATS, Centro Latinoamericano de Trabajo Social (1983). La práctica profesional del Trabajador Social (Guía de análisis). Editorial Hvmanitas. 1ª edic. Lima, Perú.

Cepeda Milagros (2019). “Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud y las implicancias de la actual coyuntura”, 33 En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 92, Buenos Aires, 2019 Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen92/Cepeda-92.pdf>

Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico CePAD (2005). “Coordinación SIDA”,

Cubelli Guillermo -Director- (2017/2018). “Curso de Postgrado sobre Administración de

Servicios de Salud y material teórico compartido por formato Power. Sede APS San Justo, Argentina.

Dabas, E. (1998) Redes sociales, familia y escuela. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Del Aglio. Apunte de Cátedra Nivel de Intención I. F. Elías.. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA

Escalada Mercedes (2001). Teoría y Epistemología en la construcción de diagnósticos sociales. En Escalada, Soto, Fuentes y Otros: El Diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e intervención Profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires.

El Acompañamiento como Método de Intervención en los procesos de Inclusión. Edit. Red Navarra de lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. España.

Nutbeam, Don (1998). Glosario de Salud. Publicación de la OMS. Recuperado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=303063422756C194F0946FD86133AD5D?sequence=1

Deleuze, G. y Guattari, F. (2010). Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia (Trad. J. Vázquez. Pérez). Editorial Pre-Textos. Valencia

Faleiros, Vicente de Paula (2008). “Trabajo Social. Ideología y Método”. Texto trabajado en la materia de Trabajo Social II. Carrera de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires (UBA).

Findling, L. y López, E. (2009). Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores., Edit. Eudeba, Buenos Aires.

Folleto de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Gestión 2008 - 2015

Foucault, Michel. (1989).El poder: cuatro conferencias. Universidad Autónoma Metropolitana. Editorial Libros de Laberinto, México.

González Claudio (2018). Tuberculosis: Una visión Antropológica. Curso anual de Actualización en Tuberculosis. H.I.G.A. Dr. Diego Parosissien

Goffman Erving. (2001). Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Editorial Amorrortu. 1 edición, 3 Reimpresión, Buenos Aires.

Grimberg M. Aportes teóricos al análisis de los Procesos de desigualdad social. Material de Lectura de la Material Antropología Sistemática I. Carrera de Antropología. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. 2001

Iamamoto, M. (2003). El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional. San Pablo, Cortez Editora. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Primera parte, Capítulos I y II. Págs. 27 – 178

Instituto Biomédico (Argentina, 2006). Manual de Microbiología. Ediciones IBBA, Buenos Aires.

Laurell Asa, Cristina (1994). La Salud: De Derecho Social a Mercancía. Maestría de Medicina Social. En: “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”. Ciudad de México. Fundación Friedrich Ebert, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1994.

------(1990). “El estudio social del proceso salud – enfermedad en América Latina”. En Salud y Crisis en México. Textos para un debate. Ignacio Almada Bay, Compilador. Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Humanidades, UNAM. México, Siglo Veintiuno Editores,

------(1990a) “El estudio social del proceso salud – enfermedad en América Latina”. En Salud y Crisis en México. Textos para un debate. Ignacio Almada Bay, Compilador. Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Humanidades, UNAM. México, Siglo Veintiuno Editores, 1990.

Lapassade Georges y Lourau Reneé. (1997). Claves de la Sociología. Editorial Laia, Barcelona.

Lewcowicz I. y Corea C. (2004). Pedagogía del Aburrido. Editorial Paidós, Buenos Aires. Paidós.

Lapassade Georges y Lourau Reneé (1977). Claves de la Sociología. Editorial Laia, Barcelona.

Ley Nacional de Salud Mental (2015), Argentina. En <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

Ley Federal de Trabajo Social N° 27072, Argentina. En <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

Ley 26657 (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental, Argentina.

Lois, Ianina. Comunicación Comunitaria, Universidad y organizaciones sociales: Un espacio para la construcción del “otro”. Material de Lectura Clase N° 4. Espacio Margen Campus Virtual. ¿Drogadicción o Consumo Problemático de Sustancias? Un abordaje territorial desde la reducción del daño - 2020

Matusevicios J. “Intervención Profesional en Tiempos de precarización laboral. Contrapoder Instituyente y articulación con Movimientos Sociales”, En Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional Crítico.

Mallardi M. Compilador. Colección Debates en Trabajo Social. Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Mallardi, Manuel. “La entrevista en los procesos de intervención profesional del Trabajo Social. Diálogos con la filosofía Bajtiniana”. Buenos Aires. 2004.

Mendoza Rangel. Ma. Del Carmen (1986). Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales. Segunda Edición. Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos, México.

Miño Viviana. Rol del Servicio Social en la Tuberculosis. Curso anual de Actualización en Tuberculosis. H.I.G.A. Dr. Diego Parosissien. 2018

Menéndez, Eduardo L. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud.

Menéndez Eduardo. (1994). “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades.

Meyer Eugenia y Alicia Olivera de Bonfil. (1971) La historia Oral. Origen, Metodología, Desarrollo y Perspectivas. En Historia Mexicana. Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Vol. 21, No. 2. El Colegio de México, México.

Matus, Carlos: “Textos sobre planificación estratégica”. Materia Metodología III. Año 2009. Carrera de Trabajo Social Universidad de Buenos Aires).

Ministerio de Salud, Argentina (2015). Tuberculosis. Guía para el equipo de Salud. En: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_preencion_de_la_tuberculosis_2015.pdf

Miño Viviana (2018). Rol del Servicio Social en la Tuberculosis. Curso anual de Actualización en Tuberculosis. H.I.G.A. Dr. Diego Parosissien.

Niremberg Olga y otros. “Programación y evaluación de proyectos sociales”. Edit. Piados.

Netto J (2002) Reflexiones en torno a la cuestión social. En Autores Varios, Nuevos Escenarios de práctica Profesional. Buenos Aires. Ed. Espacio.

OMS – Organización Mundial de la Salud (2021). “Tuberculosis”. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Pagaza M. R (1998). Una perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en el Trabajo Social. Editorial Espacio, Buenos Aires.

Retrepo, Helena (2000). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la Salud. En: Quinta Conferencia mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México, Informe Teórico N° 4.

Rist, Ray (1998). Sobre la comprensión del proceso de escolarización: Aportes de la Teoría del Etiquetado. Material de Lectura de la Materia Problemática Educativa. Tramo Pedagógico. UTN 2018/2020

Rovere, M. (1999). Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario, Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. Material de Lectura del Sistema de Residencia/Concurrencia Nacional. 2019. Recuperado de: <https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/Mario-Rovere-REDES-EN-SALUD.pdf>

Rovere M. (1997). “Planificación Estratégica en Salud; acompañando la democratización de un sector en crisis”, En Cuadernos Médicos Sociales. Recuperado de: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/planificacic3b3n-estratic3a9gica-acompac3b1ando-la-democratizacic3b3n-de-un-sector-en-crisis.pdf>

Robirosa, Lapalma y Cardarelli (1990) “Turbulencia y planificación social”. Unicep

Salleras Sanmarti L. (1979). Principio y Métodos de la Educación Sanitaria. Ayuntamiento de Barcelona, Ciudad de Barcelona, España.

Sánchez Daniela. (2002). “La intervención profesional frente a la actual cuestión social”. Trabajo Social y Mundialización. Etiquetar desechables o promover inclusión. Sonia Severini, coordinadora. Editorial Espacio, Buenos Aires.

Salvatierra Cynthia, Carlini Cristian (2013). Tesis: Recuperando la historia de la constitución formal del centro de salud N° 18 desde la palabra viva de sus actores. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

Salvatierra C., Crespo N. y Carlini C. “Saquemos a la Tuberculosis de la Oscuridad” Trabajo

Final de Taller III. Carrera de Trabajo Social. UBA. 2010

Tajer Débora. “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud”. En Políticas Públicas, Mujer y Salud”. Ediciones Universidad Nacional de Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia. 2004.

Tajer Débora. Cuidados Generalizados en Salud en Estudios de Género Symploké. Curso virtual de Introducción a la Perspectiva de Género. Dirección de formación del Ministerio de Salud de CABA. Espacio de Formación Virtual de la OMS / OPS. Número 2 2021.

Testa, Mario. (2007) Pensamiento Estratégico y Lógica de programación. (El caso de la Salud). Editorial. Editora Lugar. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Trabi, Viviana. La investigación diagnóstica en Trabajo Social: La construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional. En: Escalada, Soto, Fuentes y Otros: El Diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e intervención Profesional. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2003.

Trabajo Final del Curso de Postgrado sobre Administración de Servicios de Salud. Sede APS San Justo. Año 2017/2018.

Vasilachis de Gialdino, Irene. (1992) Métodos cualitativos I: los problemas teóricos epistemológicos. Buenos Aires, Centro Editor para América Latina, 1992.

Watzlawick Paul; Helmick Beavin, Janet y Jackson, Don (1973). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas, Editorial Tiempo Contemporáneo.

Zurro, M. Cano y Pérez J. F (1991) “Manual de Atención Primaria”. Editorial Doyma.