

## Reflexiones sobre la Intervención profesional del Trabajo Social en torno a la temática de Tuberculosis

Por Cintia Estefanía López

**Cintia Estefanía López.** Licenciada en Trabajo Social. Residente de 3er año del Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

El presente trabajo tiene el propósito de presentar las reflexiones surgidas a partir de las diferentes experiencias de intervención profesional del Trabajo Social en torno a la temática de Tuberculosis, la cual ha atravesado gran parte del recorrido realizado durante estos tres años en el marco de la Residencia de Trabajo Social de CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Mi interés principal radica en los tres niveles en los que he desarrollado y observado a colegas desempeñarse en torno a la temática. Estos fueron: el primer nivel de atención CeSAC Nro. 18 Villa 20, Lugano; posteriormente una experiencia en el área de gestión a partir de la rotación electiva desarrollada en el Programa Nacional de control de Tuberculosis y Lepra<sup>1</sup> y el proyecto de regreso en el Hospital de base Parmenio Piñero, en el que desarrollé la residencia.

Se destaca que la TBC es una enfermedad condicionada por las circunstancias materiales de existencia y el desigual acceso a la salud. Otra cuestión -relacionada con la misma- se refiere a los prejuicios que todavía hoy existen sobre la enfermedad, dado el impacto que genera recibir un diagnóstico sobre la misma.

Éstas -y otras cuestiones- han atravesado las tres experiencias de desarrollo profesional a partir del lugar central que exhibe la cuestión social<sup>2</sup>, tales como violencia, precariedad habitacional, explotación laboral, pobreza, analizando la distribución desigual de los casos de TBC a nivel país, siendo el AMBA<sup>3</sup> el espacio en el que se registra la mayor cantidad de casos.

El objetivo del trabajo es reflexionar y analizar la intervención profesional en el abordaje de la TBC respecto a la atención, acompañamiento, asistencia, prevención, promoción y abordaje de las

---

1 De ahora en adelante PNCTyL

2 La cuestión social es un concepto desarrollado principalmente por José Paulo Netto, como un conjunto de problemas económicos, sociales y políticos que delimitan la emergencia de la clase obrera (Netto, 2003)

3 Área metropolitana de Buenos Aires que nuclea la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 40 Municipios de la Provincia de Buenos Aires. Se trata de una ciudad que se extiende desde Campana hasta La Plata, con límite físico en el Río de la Plata e imaginario en la Ruta Provincial 6, y recorre una superficie de 13.285 km<sup>2</sup>. Según el censo de 2010, cuenta con 14.800.000 habitantes, que representan el 37% de los habitantes de la Argentina.

personas en tratamiento por esta enfermedad. Se basa en la recuperación y sistematización de las diferentes experiencias centradas en la observación participante, intervención profesional, reflexión de la práctica, recuperación de los registros de campo, entrevistas y el proyecto de regreso al hospital de base, el cual se encuentra en fase de implementación.

Es de particular interés analizar los aportes que el Trabajo Social puede realizar desde la perspectiva del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados, en pos de la accesibilidad ampliada y adherencia al tratamiento de las personas.

## Desarrollo

La TBC es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el bacilo de Koch<sup>4</sup>, cuya transmisión se produce mayormente por vía aérea afectando principalmente -en un 85%- los pulmones, aunque puede afectar cualquier órgano del cuerpo.

Entre las enfermedades infecciosas, la tuberculosis es ahora la principal causa de muerte de adultos en el mundo. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2018 enfermaron de TBC 10 millones de personas, de las cuales 1,5 millones fallecieron a causa de la enfermedad.

Según datos brindados por el PNCTy, durante el año 2017 se notificaron en Argentina 11.659 casos. De ellos, 6.079 correspondieron a la provincia de Buenos Aires (35,72% de la población total del país), con una tasa de 35,72 por 100.000 habitantes. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (6,96% de la población total del país) se notificaron 1.221 casos, esto es una tasa de 39,85 por 100.000 habitantes.

Es de destacar los datos de la CABA, dado que siendo la ciudad con mayores recursos económicos de la Argentina, ha notificado la mayor cantidad de casos. Las comunas 1, 7, 8 y 9 -ubicadas en el sur de la ciudad- registraron las tasas más altas, siendo ésta la de mayores índices de vulnerabilidad socio-económica de la región.

Durante el año 2018 se notificaron 2.788 casos totales de TBC atendidos en la CABA, de los cuales 1.258 (45%) tenían residencia en la Ciudad. 79 de ellos no aportaron datos sobre la comuna de residencia, por lo que a los efectos del análisis se incluyen como residentes de la CABA.

El resto pertenece a otras jurisdicciones del país, casi en su totalidad a la Provincia de Buenos Aires y, en especial, al AMBA<sup>5</sup>.

---

4 Denominado así en honor a su descubridor el Dr. Robert Koch el 24 de Marzo de 1882. En esa época, la tuberculosis causaba la muerte a una de cada siete personas que vivían en los Estados Unidos y Europa. El descubrimiento del Dr. Koch fue el primer avance que se realizó en pos del control y tratamiento de la enfermedad.

5 El AMBA es la zona urbana común que conforman la CABA y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazatagui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate.

En el año 2019 hasta la SE <sup>6</sup>Nro. 20 se notificaron 988 casos totales de TBC, de los cuales 383 poseen datos de residencia en la CABA (BES<sup>7</sup> N° 146, pág. 10)

En el marco de la estrategia basada en el plan de Salud de la Ciudad y a partir del fortalecimiento de la Atención primaria de la Salud y la conformación de una red de cuidados progresivos, se está trabajando fuertemente en la descentralización del seguimiento de esta enfermedad y su realización desde el primer nivel de atención. En este sentido, continúa la derivación de pacientes para tratamiento en los CeSAC de la ciudad. El 58% de los casos se concentran en los CeSAC 18, 24 y 40 y el 82% residen en las Comunas 7 y 8, según datos del BES sobre el total de notificaciones realizadas por los efectores de la CABA -tanto para residentes como para no residentes (exclusivamente de provincia de Buenos Aires)- durante el período 2017-2018 (hasta la SE 52) y 2019 (hasta la SE 21); notificaciones de TBC en Residentes según efectores públicos de la CABA, Período 2017-2018 (hasta la SE 52); 2019 (hasta la SE 20).

El Hospital Muñiz, efector de referencia en la temática, concentra 1.797 asistidos, con un porcentaje de 27,3%, seguido por el Instituto de Neumotisiología Vaccarezza, con 981 asistidos y un porcentaje de 14,9%, en tercer lugar se encuentra el Hospital Parmenio Piñero, concentrando un total de asistidos en CABA de 421, es decir un 6,21%.

Una vez expuestos estos datos epidemiológicos de la TBC, resulta fundamental analizarlos en correlación a los procesos históricos, políticos, económicos y sociales acaecidos desde el último cuarto del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. En Argentina está estrechamente ligada a los orígenes del Trabajo Social como profesión. Retomando lo antedicho, se considera a la TBC -como expresión de la cuestión social- producto de las desigualdades inherentes al desarrollo del modo de producción capitalista. Con el propósito de presentar los acontecimientos históricos que constituyeron las bases del Trabajo Social en Argentina y su relación con la TBC, se realizará una breve síntesis del mismo.

Siguiendo a Parra (1999:35), a partir de la década de 1870 nuestro país, ingresa al capitalismo mundial como país agroexportador, denotando una activa participación del Estado Argentino, que centra su atención en la promoción de la unidad nacional y las políticas de migración, sanitarias y de educación.

Oliva (2006:75) señala que “El arribo de los inmigrantes europeos desde mediados del siglo XIX, provocó un crecimiento de las ciudades a ritmo acelerado; esta población se fue organizando y presentando demandas colectivas, lo cual expresa la llamada “cuestión social” en Argentina.”

Según Armus (2007: 45), se manifiesta la TBC en la urbe en este contexto de expansión y transformaciones sociales delimitado por el fortalecimiento del proyecto agroexportador. De esta forma se crea un escenario histórico producto de la dinámica del desarrollo urbano y de los procesos de conformación de la moderna Buenos Aires, donde se va delimitando un nuevo modo de producción en el país, generando desigualdades entre clases, bajo la forma de conflicto, resultando las particularidades de la TBC como expresión de la cuestión social en Argentina. La presencia de esta enfermedad en la vida de la ciudad en los primeros tiempos fue un misterio, dado que poco se conocía de la misma y sus consecuencias.

---

6 Semana Epidemiológica: este período es generalmente de una semana y se le conoce como semana epidemiológica; a su vez, a la división de los 365 días del año agrupadas en 52 (en algunos casos 53) Semanas Epidemiológicas (SE), se le conoce como calendario epidemiológico y es una estandarización de la variable tiempo con el propósito de vigilancia epidemiológica.

7 Boletín Epidemiológico Semanal de CABA

La profesionalización de la asistencia social en Argentina se produjo en una pugna de matrices, actores e intereses en la que se involucraron aquellas instituciones que venían históricamente dando respuesta a lo social (sociedades de beneficencia, organizaciones del catolicismo social, círculos obreros, entre otros), los intereses de algunos grupos profesionales, el pensamiento y la acción de obreros organizados y determinadas necesidades de legitimación del Estado (Parra: 1999: 98)

De este modo, en el marco del capitalismo mundial y como manera de enfrentar a las múltiples facetas de la cuestión social, los antecedentes de la profesión se caracterizaron por ser actividades concretas y sistemáticas en el campo de la asistencia. Considerando que si bien poseían diferentes intencionalidades y posicionamientos teórico-ideológicos, actuaron tanto en el ámbito estatal como en el privado, produciendo diferentes formas de intervención y de respuestas ante los conflictos sociales y las desigualdades del capitalismo.

Exigiendo una intervención racional y sistemática frente a estas consecuencias y frente a la amenaza de enfermedades como la TBC, irrumpe el Movimiento de los Médicos Higienistas en el campo de la asistencia pública. Este grupo profesional, apoyándose en sus saberes científicos, venía generando explicaciones sobre la cuestión social y reclamando una intervención estatal sistemática. *“La manera en que se procuró resolver la cuestión sanitaria muestra la imbricación de los procesos de profesionalización, el desarrollo de la organización burocrática del Estado, y la gestación de políticas social. (Parra,1999:158)*

De esta forma se visualiza cómo la profesión fue consolidándose como tal, lo que permitió llevar a cabo un conjunto de prácticas tendientes a la conservación del orden social, de forma tal que se organizó una red de instituciones que materializaba la política social del momento actuando tanto en lo material como lo simbólico, legitimando el orden imperante. Es por ello que, retomando a Armus (2007.337), puede mencionarse que en Buenos Aires, durante el período que se extiende entre 1870 y 1950, las iniciativas por controlar la TBC fueron impulsadas por un grupo de médicos higienistas, sanitaristas y fisiólogos, centrándose la atención en las condiciones de vida, teniendo en cuenta la situación de vivienda y alimentación, como así también las condiciones de trabajo, las jornadas laborales, salario, descanso, condiciones de higiene y seguridad en las industrias; entrando en contradicción no sólo por la situación de los obreros sino por el “riesgos” que representaban para el resto de la sociedad y el mantenimiento del orden social. Es decir, la fábrica y el conventillo:

*“Se trataban de amenazas físicas, morales y sociales: enfermedades, vicios y protestas masivas y tumultuosas. Estaban en juego, por consiguiente, la salud, los valores y los intereses político-económicos de los grupos dirigentes, lo que motoriza su preocupación ante las carencias más evidentes de los pobres.” (Recalde, 1997 en Parra, 1999:118).*

El ámbito de la salud pública en Argentina se ha constituido históricamente como espacio privilegiado para la génesis y desarrollo del Trabajo Social. Esto refiere a la intrínseca vinculación entre los orígenes de la profesión y las configuraciones socio-políticas en las primeras décadas del siglo XX acerca de que el Estado comienza a realizar intervenciones frente a la cuestión social, mediante la centralización de los servicios y la división de áreas específicas de atención como el área de salud, educación y asistencia social.

Como se mencionó en el apartado anterior, desde principios del siglo XIX en la Argentina, la TBC como enfermedad prevalente, estuvo relacionada con las manifestaciones de la cuestiones sociales, determinando los orígenes del Trabajo Social.

## **Trabajo Social en el PNCT y PNCTyL**

El primer programa sobre control de la TBC se creó en el año 1957 y funcionó en el Instituto de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (INER-Coni) de la Ciudad de Santa Fe.

En 2008, por medio de la Resolución Ministerial Nro 678/08. se creó el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Posteriormente, el 6 de mayo de 2014 -a través de la Resolución Ministerial Nro 583/2014- el Ministerio de Salud de la Nación creó el Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra. En el año 2017 pasó a depender de la Dirección de SIDA, ITS, Hepatitis y Tuberculosis. Desde lo organizativo, cuenta con un equipo de profesionales y técnicos a nivel central, que desarrollan un trabajo descentralizado a partir de contar con referentes en cada una de las 23 provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Actualmente, el PNCTyL está coordinado por una médica neumóloga desde julio de 2017. Asimismo cuenta con una médica dermatóloga, una médica clínica, un comunicador social y dos trabajadoras sociales. Una de ellas fue referente en la rotación electiva por este Programa. La misma -según me informó- ingresó en el año 2010. Con anterioridad a esa fecha no contaban con la disciplina en el Programa.

De esta forma, se infiere que el PNCTyL toma una nueva visión respecto a la línea de trabajo al incorporar la mirada social, la perspectiva de derechos humanos y la importancia del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado sobre la temática.

Entre las actividades que realizaba la trabajadora social, cabe mencionar: relevamiento y análisis de información de los sistemas de información, carga de datos en el sistema de SNVS <sup>8</sup>, realización de visitas de intercambio a los efectores que registraron la mayor cantidad de casos de tuberculosis, carga y efectivización de las solicitudes de medicación, realización de capacitaciones a efectores de primer nivel en diferentes ciudades. En relación a su trabajo específico en cárceles, se ocupa de capacitaciones en contextos de encierro para equipos de salud en base a un convenio firmado por los Ministerios de Justicia, Salud y Derechos Humanos, de mutua cooperación respecto al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. Otra temática en la que ha trabajado en TBC infantil es la redacción de artículos y brindando capacitaciones.

## **TBC y Atención Primaria**

En el Centro de Salud mencionado, el programa de tuberculosis funciona hace treinta años como acción de las médicas clínicas que decidieron brindar una respuesta territorial a una problemática que visualizaron en el barrio. La disciplina Trabajo Social se sumó en el año 2004. Como expresa la trabajadora social del mismo, significó un desafío a fin de replantear el rol profesional, dado que anteriormente la disciplina no estaba incorporada.

Desde el año 2011 han rotando por el espacio residentes de TS del Hospital Piñero, incorporándose al trabajo, tanto en el consultorio como en territorio. En el mismo se desarrollan reuniones de equipo, se planifican estrategias de intervención y también -en conjunto- se realizan visitas en domicilio a fin de acompañar el tratamiento de alguna persona/s que presente/n dificultades en el cumplimiento del mismo; se planifican actividades de promoción y prevención de la enfermedad en comedores, escuelas y centros barriales.

---

8 El SNVS es un software de alcance nacional que involucra los sistemas de Vigilancia Epidemiológica en un mismo formato, estableciendo una Red de Vigilancia. Dicha red se encuentra montada en Internet.

Una característica particular de los CeSAC es la territorialidad/cercanía con la población a fin de conocer/interiorizarnos de su situación con el propósito de poder orientar, no sólo desde la disciplina sino desde el sistema de Salud-Estado, que debe brindar una respuesta a esta problemática. Es decir, entender el territorio en términos de su *cotidianidad*, pensando el conjunto de acciones que desarrollan las personas (vínculos con otros, tránsitos institucionales, etc.), para dar satisfacción a su reproducción social, recuperando la dimensión espacial de la intervención del Trabajo Social.

Entre los objetivos de la intervención del Trabajo Social en TBC podemos nombrar:

facilitar la adherencia al tratamiento, el acceso a la atención de las mismas y de sus contactos mediante la coordinación con otros servicios e instituciones en la que muchas veces es necesario realizar derivaciones o articulaciones en pos de la mejor atención de la persona, generando estrategias de intervención que permitan un abordaje integral y colectivo de las personas que padecen TBC. Una de las cuestiones fundamentales es prevenir el abandono del tratamiento, facilitando la accesibilidad a la atención dentro del ámbito hospitalario o posibilitando la derivación cuando la situación o la persona lo requiera, contribuyendo en todo momento a la adherencia a los tratamientos y la promoción de derechos y autonomías (Marccone, 2008:11)

A fin de realizar estos objetivos, entre las actividades que las trabajadoras sociales realizan podemos mencionar: entrevistas sociales al inicio del tratamiento, en las que son abordadas cuestiones relacionadas con la problemática de TBC (como características de la enfermedad, tratamiento, representaciones de los sujetos e importancia del control de la salud de los contactos) y con las particularidades de los pacientes y su contexto, a fin de reconocer obstáculos y facilitadores para la adherencia al tratamiento.

Continuando, es preciso señalar también, las estrategias de contención a usuarios que interrumpen el tratamiento, quedando contextualizadas en diversas acciones que se realizan, ante eventuales abandonos o irregularidades en los mismos, entre las que podrían señalarse: llamados telefónicos, entrevistas domiciliarias cuando los pacientes viven en el barrio y también diversas comunicaciones con centros de salud u hospitales del área de residencia del paciente; destacando que estas acciones -en la mayoría de las situaciones- sólo son iniciadas por la trabajadora social cuando la persona enferma, o sus contactos, no concurren a las citaciones por diversos motivos.

Esto representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la población en general con el sistema de salud, donde el objetivo radica en aproximar la atención de la salud al lugar más cercano donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Dado que la cercanía no siempre representa accesibilidad, entendiendo a la misma desde Comes et al (2007:202), como

*“... el problema de definir accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva”*

Es así que el Trabajo Social en Salud se constituye como apoyo y parte del equipo de salud,

considerando como fundamental el aporte disciplinar a la hora de desarrollar una actitud crítica respecto a la TBC; teniendo en cuenta el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados; tomando en cuenta el aporte de cómo generar accesibilidad y acompañamiento a las personas bajo tratamiento de TBC, con el objetivo de generar para estas personas no sólo la adherencia al tratamiento y cura de la enfermedad sino la mejora en sus condiciones para una mejor calidad de vida.

### **TBC en el Hospital Parmenio Piñero**

En el servicio de neumonología del Hospital mencionado se realiza atención de TBC los días martes y jueves por la mañana. El mismo está conformado por tres médicas/o neumonólogas/os, tres residentes médicas/os, un enfermero, un administrativo y dos trabajadoras sociales.

Este equipo se reúne en forma mensual a trabajar y coordinar líneas de acción referidas a las personas bajo tratamiento.

Actualmente me encuentro inserta en el equipo, desarrollando el proyecto de regreso mencionado. Éste tiene por objetivo desarrollar estrategias de intervención en pos de la prevención, promoción, asistencia y análisis de datos respecto a la Tuberculosis en el Hospital Parmenio Piñero.

Hasta el momento he desarrollado una de las líneas de acción, como ser la asistencia en el servicio de neumotisiología, acompañando situaciones, gestionando recursos, entre otras cuestiones.

Al comenzar a diseñar el proyecto de regreso, la idea fue reflexionar acerca de las diferentes experiencias, tanto en el PNCTyL como en el CeSAC Nro 18 y su posible articulación respecto a la intervención profesional. Posteriormente decidí realizarlo en el hospital, dado que cuando ingresé a la residencia de Trabajo Social no estaba pautada una rotación por el espacio de TBC y mi intención era justamente tener una experiencia diferente y, a su vez, poder comparar los espacios respecto a sus similitudes y diferencias; en pos de realizar un trabajo de reflexión de la práctica.

Este proyecto -actualmente en fase de implementación en el Hospital Parmenio Piñero- se basa en la experiencia desarrollada en los diferentes niveles donde me he insertado, a la vez que intervenido en relación a la temática.

### **Acerca de la Intervención Profesional del Trabajo Social en TBC**

Una de las cuestiones que más se trabaja en relación a las personas bajo tratamiento, tanto en el Hospital como el CeSAC, es el impacto del diagnóstico. Por el desconocimiento o información/desinformación errónea que muchas veces circula en buscadores de internet y otros, es asociado con la muerte, secuelas terribles, discriminación, expulsar sangre, sentimientos de mucha angustia al no querer comunicarlo a sus familiares, compañeros de trabajo o amigos. En las personas, estas situaciones conllevan sentimientos de culpa y vergüenza por estar enfermos de TBC, sumando al tratamiento, que conlleva estar muchos meses tomando medicaciones, los cuales -en determinadas circunstancias- provocan malestares estomacales y otras dolencias.

Durante el primer mes de tratamiento, otro aspecto genera situaciones de pronto bienestar y descenso de los síntomas más agobiantes, lo que muchas veces puede provocar el abandono del tratamiento, por tener que volver a trabajar para mantenerse a ellas/os mismas/os y sus familias.

En consecuencia, con las situaciones antes descriptas, pueden producirse señalamientos y culpabilización por parte del equipo de salud, no sólo de los médicos. En gran medida, las mismas conllevan a situaciones de abandono de tratamiento.

Aquí se vuelve fundamental la adherencia al tratamiento, en el que los aportes en torno a las estrategias de intervención del trabajador social resultan fundamentales en pos de facilitar la misma, generando accesibilidad con los equipos de salud, tomando como eje fundamental los condicionantes que pueden dificultar el acceso al tratamiento y lo que ello implica, centrándose en la comprensión de la situación de la persona y el acompañamiento que la misma requiere, donde están involucrados no sólo las personas que realizan el tratamiento sino también el equipo de tratantes y el sistema de salud en su totalidad, en relación a la accesibilidad.

Desde la intervención profesional del trabajador social, las cuestiones a tener en cuenta en los tres dispositivos es trabajar interdisciplinariamente en pos de la referencia y contrareferencia.

Otra cuestión que he observado en los tres dispositivos radica en el trabajo institucional y construcción de redes intersectoriales. Es la forma de trabajo en el PNCTyL, dado que cada una de las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuentan con un referente, los cuales llevan adelante los programas provinciales de TBC. La provincia de Buenos Aires, por su complejidad y extensión, está dividida en 12 regiones sanitarias que cuentan con un referente programático cada una. Asimismo, algunos municipios poseen programas municipales. Todos estos niveles tienen autonomía en la toma de decisiones en función del sistema federal de salud de la República Argentina.

Luego de haber rotado por este dispositivo, una cuestión que me lleva a la reflexión es la no injerencia de las personas diagnosticadas con TBC en cuestiones referidas a las dificultades de índole social y económica, luego de que deben hacer tratamiento por un largo período de tiempo, lo que conlleva a diferentes cuestiones de índole económica, social, laboral.

Esto se produce a nivel del programa central, dado que las TS participan de la Red de Trabajadoras Sociales interviniendo en TBC, la que ha trabajado en propuestas colectivas en relación a la visibilización, prevención y promoción de la salud. Entre las propuestas impulsadas se puede nombrar -en CABA- al proyecto de Ley 1688-D-13-Selser del año 2013, en pos de establecer un subsidio económico de carácter universal destinado a personas bajo tratamiento por TBC, como sustento económico que favorezca las condiciones materiales para afrontar y finalizar el mismo (Red de Trabajadoras Sociales interviniendo en Tuberculosis, 2017).

Otra cuestión a trabajar sería el de los acuerdos con otros Ministerios a nivel nacional, dado que existe un acuerdo entre los Ministerios de Salud, Seguridad y Derechos Humanos a fin de trabajar con personas privadas de la libertad y poblaciones vulnerables.

Constituiría una clave el volver a proponer una búsqueda de actores y programas afines, intensificando los acuerdos ya existentes, planificando y coordinando acciones en conjunto con otros programas. Del mismo modo, con organizaciones de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención, promoviendo en los diferentes programas de salud la búsqueda de personas sintomáticas respiratorias a fin de georeferenciar a las poblaciones más vulnerables y con mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Del mismo modo resulta fundamental señalar otra cuestión visualizada en el PNCTyL respecto a la falta de presupuesto a nivel nacional, dado que en varias ocasiones las medicaciones dependen de créditos externos para su compra y distribución entre los programas requeridos, en los que se produce una burocratización de la salud y las necesidades de la población. Estas situaciones que se

sucedan desde hace años no dependen sólo el gobierno de turno a nivel nacional, ni del Ministro de Salud en funciones, sino de una serie de trabas y cadena de sucesos en las que todo el tiempo se debe incluir a los gobiernos locales, provinciales y nacional a fin de elaborar estrategias de índole general para bajar luego a las diferentes instancias, hasta lo local, así como también identificar y sensibilizar a los actores políticos clave, a fin de asegurar asignación presupuestaria a la TBC.

Otro aspecto a considerar es la intersectorialidad como factor clave en los tres dispositivos, dada la complejidad de la TBC, en pos de establecer espacios de acuerdo, debates y a fin de compartir diferentes experiencias. Respecto a esto último, en el PNCTyL en el mes de julio se concurrió al partido de Quilmes para realizar una capacitación a través de un convenio entre el programa “Argentina Trabaja” y el anteriormente mencionado. Esta experiencia fue muy enriquecedora dado que brindó la posibilidad de salir a territorio a fin de conocer la situación en un lugar específico y brindar una capacitación mediante la prevención y la promoción sobre la TBC desde el Trabajo Social, tomando como fundamental la perspectiva del derecho a la salud y el acceso a la información, en pos de realizar estas estrategias tomando a la información como un derecho y una responsabilidad en la toma de decisiones autónomas respecto a los propios procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, desde la perspectiva socio-educativa que permita a los sujetos sociales problematizar sus realidades sociales y compartir conocimiento que introduzca una visión crítica tanto de su realidad micro, como de las cuestiones macrosociales.

Otra cuestión que destaco del CeSAC y el Hospital es la clave de la primera entrevista desde Trabajo Social, mencionando el poder conocer y comprender a las personas desde su universo simbólico y materiales de la vida cotidiana, sus concepciones respecto a la salud, la enfermedad, analizando -más allá de las condiciones estructurales que pudieron favorecer el desarrollo de la enfermedad- también a las representaciones sobre el temor a contagiar, la discriminación y el padecimiento por -en muchos casos- perder su trabajo, las dificultades económicas que eso implica. Es allí donde el Trabajo Social despliega el trabajo intersectorial e interinstitucional a fin de desarrollar las estrategias más adecuadas en pos de la adherencia al tratamiento y mejora de las condiciones de vida.

Muchas veces estas cuestiones nos ubican en el rol de mediadoras con el resto del equipo de salud respecto a cuestiones de índole familiar, social, laboral de la persona bajo tratamiento, cuando muchas veces no puede concurrir en los días y horarios estipulados por el equipo, generando otras estrategias de intervención en pos del derecho a la salud, promoción -no de control social- tratando de quebrar ciertas prácticas instituidas y propiciando la construcción de ciudadanía.

Respecto a la experiencia que está actualmente en curso en el hospital, una de las cuestiones que me ha impactado en mayor medida radica en el recorrido/derrotero que muchas de las personas entrevistadas han atravesado hasta arribar al diagnóstico de la TBC.

Me ha llamado la atención esta “falta” de diagnóstico oportuno, capacitación y/o interés respecto de la temática por parte del personal médico; cómo se realizan esos diagnósticos, si en las entrevistas se les consulta a las personas sobre los antecedentes de la enfermedad en la familia, síntomas, si éstos se pueden confundir con otros. Muchas veces, los propios pacientes son quienes informan estas situaciones y desean realizarse las pruebas para descartar o confirmar la TBC, mientras los médicos les niegan la posibilidad de realizarlos.

Considerando estas tres experiencias, el objetivo principal de la intervención profesional del TS estuvo orientado a implementar estrategias de promoción, prevención, atención y cuidado de la salud integral a fin de reducir en la población las probabilidades de enfermar y morir de TBC.

Respecto a los equipos de trabajo en cuestión, todas las trabajadoras sociales, desarrollan su intervención en TBC en contextos delimitados por objetivos institucionales, en el marco de los programas mencionados a nivel hospitalario del primer nivel de atención y nacional, como así también por objetivos propios de su intervención, pudiendo las mismas estar de acuerdo -o no- desde su formación ética-profesional

Por ello será necesario pensar a la intervención como una síntesis de múltiples determinaciones objetivas y subjetivas a partir de la existencia de intereses contradictorios desde la instrumentalidad del Trabajo Social. De este modo, en lo que respecta a los efectores de salud y específicamente a los equipos de atención de la TBC, será fundamental tener en cuenta la capacidad de las trabajadoras sociales, su cotidianidad, la comprensión de los intereses y objetivos que coexisten en su espacio profesional, como así también poder delimitar las estrategias de intervención que orientan su quehacer profesional.

### **Reflexiones finales**

Realizar este trabajo final del tercer año de la residencia de Trabajo Social fue movilizante porque me permitió repensar mis propias prácticas y las de otras colegas que he conocido en estos años de formación.

Como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, el Trabajo Social brinda una mirada específica y abarcativa sobre todas las cuestiones que atañen a la problemática, atravesando lo social, económico, cultural, trabajando en pos de la concreción de derechos que faciliten la adherencia al tratamiento de las personas. Todo el sistema de salud está involucrado como tal, principalmente el Estado con la efectivización de políticas públicas para poder sobrellevar el tratamiento, dado el impacto que genera en las personas, sobre todo en algunos sectores de la población que a su vez son los más susceptibles a contraer la enfermedad y sufrir todas las consecuencias que atañen a la misma y afectan su vida cotidiana y la de su grupo familiar.

Considero fundamental la mirada social, no sólo del Trabajo Social como disciplina sino como equipo de salud. Que se trabaje desde esa perspectiva en pos de los derechos humanos de las personas y en el mejoramiento de su calidad de vida y su salud integral, destacando la posibilidad de construcción de un trabajo conjunto con el equipo de salud que repercuta en la consideración de todas las variables que influyen en la adherencia al tratamiento, coordinando acciones en todos los niveles posibles.

Debemos reconocer asimismo que la tuberculosis es una enfermedad social, por lo que las condiciones de vida y las posibilidades de vivir y desarrollarse son responsabilidad de todas/os como sociedad. Debemos propiciar esa construcción de ciudadanía, promoción y no control social, así como tampoco los señalamientos de “paciente cumplidor” o “incumplidor”, sino interiorizando a las personas sobre sus derechos, entre los cuales destacamos que el Estado debe garantizar la accesibilidad a la Salud, no sólo en términos de cercanía o lejanía a un Hospital o Centro de Salud.

### **Bibliografía**

Armus Diego (2007) *La ciudad impura, Salud, Tuberculosis y cultura en Buenos Aires 1870-1950*. Editorial Edhasa, Buenos Aires

Comes, Yamila (2006) *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y*

servicios, Facultad de Psicología - UBA Secretaría de Investigaciones Anuario de Investigaciones, volumen XIV, Buenos Aires, Argentina.

Domínguez Cecilia (2012) *Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis*, Revista Margen N° 67, Año 2012, Buenos Aires

Batista Celina (2008) *La intervención del Trabajo Social en promoción de la salud para multiplicadores en tuberculosis*. Publicado por el Instituto Nacional de Epidemiología "J. H. Jara" Mar del Plata, Argentina. .

Martín, Pilar, Zucconi, Micaela (2014) *Aportes para una perspectiva crítica de la Intervención profesional en territorio* IX Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional: "Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la sociedad argentina contemporánea, La Plata, Argentina.

Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. [Citad el 28 de agosto de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Parra Gustavo (1999) *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino*. Editorial Espacio, Buenos Aires.

Victorino Farga C. y Carlos Peña M. (2016) *Tuberculosis, los errores que cometemos. Experiencia del Hospital San Juan de Dios*. Revista chilena de enfermedades respiratorias. Valparaíso, Chile.

Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina (2018). Año I, Nro. 1, Marzo, Buenos Aires, Argentina.

Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina (2019). Año 2, Nro. II, Marzo, Buenos Aires, Argentina.

Plan Estratégico Nacional para el control de la Tuberculosis en Argentina 2018-2021, Buenos Aires, Argentina.

Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra. Secretaría de Gobierno de Salud. 2018, Buenos Aires, Argentina.