

1996

La perspectiva del trabajo social respecto a la irregularidad y abandono del tratamiento de tuberculosis : un estudio en Mar del Plata

Cabanettes, Ana Lía

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1060>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

Dra Redi

126

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE
MAR DEL PLATA

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
2389	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

FACULTAD DE CIENCIAS

DE LA SALUD

Y

SERVICIO SOCIAL

CARRERA DE LIC. EN SERVICIO SOCIAL

TRABAJO FINAL

AUTORAS:

CABANETTES ANA LIA	MAT.1742/89
UHRIG FABIOLA C.	MAT. 1937/90
ZUBIRI KARINA A.	MAT. 1770/89

PROFESORA ASESORA:

LIC. MARIA ANGELLONI

FECHA: OCTUBRE 1996

AGRADEZCO DE TODO CORAZON,
LA AYUDA DE LA LIC.MARIA ANGELLONI

Y

A MIS PADRES POR APOYARME.

Karina.

TITULO :

"LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL
RESPECTO A LA IRREGULARIDAD Y
ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE
TUBERCULOSIS.
UN ESTUDIO EN MAR DEL PLATA

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.	3
<u>PRIMERA PARTE.</u>	
1- EPIDEMIOLOGIA GENERAL.	6
OBJETIVO DE LA EPIDEMIOLOGIA.	13
PROPOSITO Y CAUSA EN EPIDEMIOLOGIA.	13
2- EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS.	15
3- TRABAJO SOCIAL.	18
CONCEPTOS GENERALES.	22
FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL.	24
EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE SALUD.	26
4- TUBERCULOSIS.	30
CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:	31
- Vacunación B.C.G.	
- Búsqueda de casos.	
- Tratamiento.	
CONTROL DEL TRATAMIENTO.	39
QUIMIOTERAPIA.	39
EVOLUCION DEL TRATAMIENTO.	40

PARTE SEGUNDA

4- INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

RESEÑA HISTORICA.	44
FUNCIONES:	45
Investigación y Docencia	
PROGRAMA DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.	48
ROL DEL SERVICIO SOCIAL.	49
GUIA DE LA ENTREVISTA.	50
BUSQUEDA DE CASOS.	54
SUPERVISION DE TRATAMIENTO DE CASOS:	55
- Tratamiento Autoadministrado.	
- Tratamiento Supervisado.	
SEGUIMIENTO SOCIAL DEL TRATAMIENTO	57

PARTE TERCERA

5- UN ESTUDIO EN MAR DEL PLATA

ESTUDIO DE LOS CASOS DE IRREGULARIDAD Y/O ABANDONO DE T.B.C EN PACIENTES. EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1° DE ENERO DE 1994 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995, EN EL "INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, Dr. JUAN HECTOR JARA".	60
GRUPOS ESTUDIADOS.	62
EJECUCION.	63
HALLAZGOS Y ANALISIS.	65
ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.	89
ORIENTACIONES GENERALES.	93

7- CONCLUSIONES.	97
------------------	----

8- ANEXO.	100
-----------	-----

9- BIBLIOGRAFIA.	108
------------------	-----

INTRODUCCION

Las autoras eligieron este tema, Irregularidad y/o Abandono de tratamiento de Tuberculosis (T.B.C), por que fué motivo de preocupación debido a la consecuencia que dicha situación conlleva. Entre las que destacamos:

- El aumento de riesgo de transmisión de la enfermedad, cuando el paciente irregular o que abandona es bacilífero.

- El aumento de riesgo de secuelas graves.

Consideramos que existen una serie de factores que pueden explicar por qué un enfermo abandona o toma en forma irregular sus medicamento. Pueden agruparse en:

- a- Factores inherentes al servicio de salud (por ej.: horarios inconvenientes para la consulta, distancia excesiva del domicilio al lugar del tratamiento, etc.).

- b- Factores atribuibles al enfermo o a su ámbito familiar y social (por ej.: intolerancia a las drogas, problemas mentales o de personalidad, nivel de instrucción, nivel socio-económico, problemas laborales, de pautas culturales, etc.)

El presente estudio abarca pacientes que, con diagnóstico de T.B.C, iniciaron tratamiento en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara" de Mar del Plata desde el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995, que incurrieron en Irregularidad y/o Abandono. Nuestro propósito es contribuir al Programa de Control de

Tuberculosis realizado en esta Institución. mediante el estudio de factores que producen irregularidades y/o abandono de tratamiento, formulando orientaciones que contribuyan al programa vigente. Cabe mencionar que el tratamiento Irregular es aquel en el que la ingesta de la medicación se realiza en forma esporádica. Considerandose **Abandono** cuando se interrumpe la ingesta de la medicación. En ambos casos los plazos se definen de acuerdo al esquema de tratamiento establecido.

La elección del presente trabajo surge de la consideración de que el adecuado tratamiento de la Tuberculosis es el camino más efectivo para cortar la cadena de transmisión de la enfermedad. Al disminuir las fuentes de infección, se reduce la transmisibilidad tuberculosa, y se evita la resistencia del bacilo, consecuentemente se reduce el número de casos de la comunidad.

Consideramos al enfoque Epidemiológico el más adecuado para el tratamiento de esta enfermedad; su conceptualización general, propósitos y objetivos y su especificidad en el enfoque de la Tuberculosis son considerados en la primera parte de este trabajo.

En la segunda parte nos abocamos al desarrollo de los aspectos del cuadro Institucional, Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara" Mar del Plata, del Servicio Social en general y funciones y objetivos en el área de la salud y Programa de Control de Tuberculosis.

Y en la tercera parte hace referencia a la indagación de los factores involucrados en la Irregularidad y/o Abandono

de tratamiento del grupo de pacientes mencionados. Los resultados obtenidos, análisis y conclusión.

PRIMERA PARTE

EPIDEMIOLOGIA

GENERAL

DEFINICION, OBJETO DE ESTUDIO Y APLICACION

La epidemiología estudia el proceso salud-enfermedad, en su dimensión total. De esta manera observamos que existe una articulación entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad.

Tomando como base la definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud se considera a la misma "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de infecciones o enfermedades".

Partiendo desde una concepción de la persona humana como un ser bio-psico-social-espiritual, se hace evidente la necesidad de integrar diferentes disciplinas para su atención.

La naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos.

La salud y la enfermedad son manifestaciones de las relaciones cambiantes entre los componentes del cuerpo y entre éste y el medio ambiente. No existe la enfermedad como "naturaleza pura" sino, que siempre esta mediatizada por la actividad social y el medio cultural.

Cada conjunto social tiene su perfil patológico propio, determinado por la interrelación de una serie de características biológicas, sociales, culturales, económicas, políticas, etc, en un momento histórico dado.

El abordar el estudio como fenómeno colectivo y como hecho social, permite un acercamiento a su etiología y por ende a una solución más acorde con la realidad.

Si entendemos que no hay enfermedad sin componente social podemos definir la Salud "como el hecho social producto de una circunstancia política, económica, cultural y social, que se dá en una población, en un determinado tiempo y lugar". Es un fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población. La naturaleza biológica de la enfermedad es evidente y su naturaleza social es incuestionable. El resultado es una distribución desigual de la enfermedad y de la muerte, entre los distintos conjuntos o formaciones sociales.

Surge la necesidad de presentar el proceso salud-enfermedad desde el enfoque de la medicina social, como respuesta a los problemas de salud creados por la industrialización.

En su sentido estrictamente etimológico, la palabra EPIDEMIOLOGIA compuesta de tres partículas: epi (arriba), demos (pueblo) y logos (estudio), significa "el estudio de lo que acontece por sobre el pueblo o comunidad" y se aplica entendiendo tal significado en términos de salud y enfermedad. Analizando la definición de epidemiología vemos con mayor claridad, como se insertan las ciencias sociales, en esta rama de estudio de la problemática de salud dado que:

"La Epidemiología es la ciencia que estudia todos los posibles factores que de alguna forma contribuyen a modificar la salud de la comunidad, ya sea en sentido positivo o negativo con el objeto práctico de potenciar los primeros y tratar de reducir los segundos".(1)

Dentro de la multiplicidad de definiciones nos interesa destacar también, la de Mac Mahón ampliada posteriormente en el seminario de Manila de 1981 la cual hace mención a la Epidemiología como "el estudio de la Distribución y los determinantes de salud y enfermedad en la población humana, a fin de asegurar una racional planificación de los servicios de salud, la vigilancia de la enfermedad y la ejecución de los programas de prevención y control".

En el QUE, o sea su objeto de estudio, se encuentran dos aspectos: uno mide estadísticamente la distribución de las enfermedades, en cuanto a tiempo, lugar y personas afectadas y otro multidisciplinario referido a los determinantes de las enfermedades, que incluye varios enfoques entre los cuales se encuentra el social.

En el PARA QUE, o sea la utilidad de la epidemiología, vemos que en su aplicación para planificar servicios, efectuar vigilancia de las enfermedades y ejecutar programas preventivos y de control, también aparece el componente social, como recurso necesario para ejecutar esas acciones.

1)"Curso de Epidemiología de la Tuberculosis". Estructura Modular II. Modulo II. Epidemiología de la Tuberculosis. Pág 3. Año 1990.

E P I D E M I O L O G I A	QUE (objeto de estudio)	.Distribución de las enfermedades -persona -tiempo -lugar -agente .biológico .físico .químico .Determinantes de las enfermedades -huésped .de la persona -medio ambiente .físico .cultural .social .económico
	PARA QUE (aplicabilidad)	.Vigilancia de la enfermedad .Ejecución de programas de prevención .Racional planificación de servicios

El conocimiento de las complejas causas y su interacción en la producción de las enfermedades (transmisibles o no transmisibles) es el resultado de un complejo proceso donde actúan en interrelación fuerzas o factores que para su estudio pueden ser agrupados en tres campos: - Agente

- Huésped

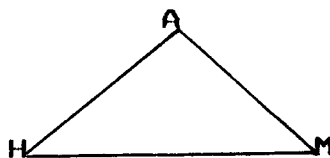
- Ambiente

Se denomina **Agente**: al factor que (proveniente del ambiente o del propio individuo) por alteración presencia o ausencia se constituye en responsable de la presentación de la enfermedad.

Se denomina **Huésped**: al individuo que aloja al agente y que por sus características biológicas facilita el desarrollo de la enfermedad.

Denominamos **Ambiente**: al conjunto de factores físicos, biológicos y socioculturales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad.

La interdependencia entre el agente-huésped-ambiente se puede representar gráficamente por un triángulo equilátero. Cualquier modificación de sus ángulos y lados, necesariamente implica una modificación de los restantes.



Admitida la interpretación ecológica del proceso salud-enfermedad en que los componentes de la tríada agente, huésped y ambiente actúan recíprocamente, estamos aceptando el concepto de causalidad múltiple o multicausalidad.

Es propio de la Epidemiología el estudio de la "Distribución" y de los "Determinantes" de la prevalencia de la enfermedad en el hombre.

Al mencionar **distribución**, se hace referencia, al estudio de las frecuencias relativas de la enfermedad en los diversos grupos humanos, más que a los aspectos clínicos que la misma pueda presentar en un individuo determinado. Debemos destacar, sin embargo, que siempre es necesario el conocimiento clínico, y que cuanto más ajustado sea, más contribuirá a facilitar el estudio epidemiológico.

La epidemiología informa acerca del sexo, la edad, la clase social, o la actividad laboral de los individuos más afectados o menos afectados, así como sobre la región geográfica o el período de tiempo en que la enfermedad se ha manifestado más frecuentemente pero sin abrir, todavía, juicio sobre los factores que condicionan esa distribución. Se ocupa también, y esto es, lo más importante, de los factores determinantes de aquella distribución. Es decir, se introduce a fondo en el estudio de las causas de la enfermedad, lo que constituye el objetivo mismo de la epidemiología en sus alcances actuales.

OBJETIVO DE LA EPIDEMIOLOGIA

El objetivo de la Epidemiología es el conocimiento de las causas y frecuencias de la enfermedad, en su sentido más amplio. Abarca toda una gama de actividades, desde los estudios de investigación científica aplicada, de interés general, en la que se procura determinar factores causales en enfermedades de etiología desconocida (cáncer, enfermedades cardiovasculares, malformaciones congénitas), hasta los estudios particulares en que se trata de establecer la o las causas que condicionan la presentación de una enfermedad de etiología ya conocida (paludismo, fiebre tifoidea) en un lugar y momento determinado, o se busca simplemente el conocimiento de la frecuencia de la enfermedad.

PROPOSITO Y CAUSA EN EPIDEMIOLOGIA

El propósito es la comunidad sana. En términos de salud, se procura lograr ese propósito mediante su promoción y su protección, y en términos de enfermedad, mediante el control y, en caso de ser posible, la erradicación de la misma.

Este criterio rige, de una manera especial, cuando se trata de investigar, con el máximo posible de profundidad y afinamiento, asociaciones observadas entre los factores incriminados y la presentación del proceso mórbido.

Se entenderá por "asociación causal", la que existe entre un factor y una enfermedad cuando a la modificación de

aquél en cantidad o calidad provoque un cambio en la frecuencia o característica de esta última. No siempre se puede, en la práctica, demostrar la presencia de asociaciones causales indiscutibles: en tal caso solo podrá hablarse de asociación posible o probablemente causal cuando haya razones suficientes como para suponer que dicha relación existe efectivamente.

Debe tenerse presente que el epidemiólogo trabaja con la colectividad, por lo que el concepto de asociación causal expuesto se refiere a las relaciones existentes entre un cierto número de casos en que actúa el factor en cuestión y otro cierto número de casos en que se presenta la enfermedad; es decir, que la labor del epidemiólogo tiene una base estadística. Todo estudio epidemiológico debe, por lo tanto, ceñirse estrictamente al uso de normas estadísticas, las cuales aseguran el adecuado manejo de los datos, referentes al agente, huésped y ambiente y sus particulares combinaciones y asociaciones.

EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS

La epidemiología de la Tuberculosis estudia los distintos factores que influyen en la distribución y frecuencia de la misma, determinando con la mayor precisión posible la magnitud del daño que le provoca la enfermedad, para poder planificar acciones de promoción y protección para proceder a su control o erradicación.

El objetivo último de la epidemiología es aportar datos concretos sobre la enfermedad que permita establecer prioridades y planificar actividades en un programa de control.

El objetivo del Programa de Control es interferir en la cadena de transmisión de la enfermedad, reducir el sufrimiento, la incapacidad y la muerte que produce esta patología y eliminarla como problema de salud a través del fortalecimiento de los servicios de diagnóstico, tratamiento y vacunación.

En la producción de la enfermedad, debe considerarse que la misma es el resultado de un proceso complejo en el cual intervienen además del agente causal: Bacilo de Koch (causa necesaria), otros factores (causas contributivas) tan importantes como el agente que son características del huésped y del ambiente.

La posibilidad que tiene un individuo de infectarse depende de la intensidad, frecuencia y duración de exposición a una fuente bacilífera en su ambiente (en general familiar).

La posibilidad de enfermar de un individuo infectado depende de condiciones propias del huésped, tales como: edad, sexo, raza, estado nutricional, estado

inmunológico y enfermedades concomitantes (alcoholismo, diabetes, neoplasias, tratamiento prolongado con corticoides, entre otros), que aumentan el riesgo de enfermar.

En cuanto al ambiente físico, biológico y social, el desarrollo de la enfermedad está íntimamente relacionado con la zona de residencia y con circunstancias adversas socioeconómicas (vivienda inadecuada, número de convivientes, hacinamiento, alimentación insuficiente, bajo ingreso familiar, etc.).

En los países desarrollados gracias al mejoramiento en las condiciones socioeconómicas se logró reducir la epidemia de esta enfermedad.

TRABAJO SOCIAL

La profesión del Servicio Social posee principios generales y criterios metodológicos propios que la definen más allá de los campos de aplicación, de sus técnicas diferenciales, de condicionamientos particulares del marco socioeconómico y de la cultura en que se desenvuelve.

Se destaca que el Trabajo Social se basa en la promoción de vínculos conscientes entre las personas y grupos sociales.

La comunicación racional, criterio básico del método de Trabajo Social, involucra las siguientes hipótesis generales:

A- " El ser humano actúa como ser inteligente, es decir capaz de hacer valer las experiencias y convicciones conquistadas (individuales y culturales) que lo orientan y es capaz de revisarlas mediante los criterios propios de la metodología racional: nuevas informaciones, visiones y teorías, análisis críticos de situaciones y problemas y actitudes sobre la base de experiencias significativas, revisión y corrección de orientaciones asumidas mediante la toma de conciencia de factores y posibilidades distintas.

B- La comunicación racional es una forma privilegiadamente positiva de resolver los asuntos humanos, tanto porque la ampliación de miras y la objetividad en la consideración de un asunto se favorece por la confrontación de encares diferentes y el examen de soluciones

alternativas, como por el hecho de que constituye una forma de vivir y convivir apreciable por sí misma. Toda comunicación humana rica y matizada, así como todo vínculo bien ejercido y disfrutado, tiene como matriz y elemento de vida, la comunicación racional.

C- Una teoría optimista de la naturaleza humana, reconoce en el hombre tendencias a vivir y relacionarse con sus semejantes en la forma de participación y solidaridad consciente..."(2).

La acción socio-educativa del Trabajador Social se orienta metodológicamente y fundamentalmente en la comunicación racional para la transformación de situaciones humanas afectadas por problemas que no implican patologías intra-psíquicas profundas.

Desde sus orígenes, de manera empírica, luego conceptualmente, la profesión ha aceptado las formas de acción o intervención que se dirigen tanto a lo general como a lo particular, o lo que es lo mismo pretende introducir cambios deseables y necesarios en los individuos pero también en la sociedad.

2)"Contribuciones a la Metodología del Servicio Social".
Enrique Di Carlo y Otros. Edit. Humanitas.
Cap: "El criterio metodológico básico del Trabajo Social".
Pág. 34 y 35.

La necesidad de transformaciones sociales importantes, es algo que parece muy difícil de discutir casi desde cualquier ángulo ideológico con que se encare el Trabajo Social. Es el Asistente Social tal vez el profesional que más experimenta concretamente en su quehacer cotidiano la insuficiencia de las políticas sociales existentes y la enorme desproporción entre las necesidades y los recursos disponibles. Lo que no invalida la necesidad y viabilidad de la profesión, por el contrario, la desafía.

El Trabajo Social comparte con el resto de las ciencias sociales y humanas la responsabilidad específica de investigación de los problemas humanos y tiene además, una tarea práctica que cumplir, basada en sus principios y fines metodológicos propios. Esto aumenta considerablemente su posibilidad de aporte específico al progreso social, ya que la práctica entera del Trabajo Social es o debe ser, un proceso de investigación activa y de puesta en obra de hipótesis de cambio.

CONCEPTOS GENERALES

Más allá de la capacitación que recibe en su formación, el Trabajador Social, en su hacer dentro de la comunidad, está en constante contacto crítico y experimental con el sistema de necesidades sociales. Esta circunstancia lo convierte en una autoridad en cuanto a la identificación de los problemas sociales existentes y sus posibles soluciones. El conocimiento de los problemas sociales verificados y presentes en la conciencia profesional, provenientes del sistemático contacto crítico-experimental con la población a la que atiende, constituye una base teórica insustituible tanto para la acción inmediata como para planificar e instrumentar distintas políticas y programas en el campo del bienestar social.

De una manera muy general se puede decir que el Trabajo Social es una profesión orientada a la resolución de problemas, en que el sujeto social (individual o colectivo) se ve afectado.

Consideramos así PROBLEMA SOCIAL al estado de desequilibrio o lo que es lo mismo la pérdida del equilibrio, que sufre un sujeto en la circunstancia que lo afecta, esto generalmente incluye necesidades insatisfechas que requieren distintos recursos para su superación.

El conocimiento de las necesidades humanas, incluye las valoraciones y aspiraciones del sujeto, es, por lo tanto, el punto de partida de toda acción social y se constituye en el aspecto central de nuestra definición del problema-objeto de intervención; la forma como se entiendan o interpreten las

necesidades sociales es un factor determinante para establecer el contenido de nuestro "sobre que actuar".

Hasta aquí queda afirmada la importancia del Trabajo Social en la perspectiva Epidemiológica.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

Definidos ya los conceptos de necesidad social y problema social, nos permitimos continuar con las funciones del trabajo social, es decir, cómo la profesión instrumenta acciones que favorezcan a la adaptación o ajuste de la conjugación: necesidad social-problema social-acción social.

A pesar de que el término función se confunde con el término rol, no son sinónimos. Mientras rol es el papel que se ejerce, función es aquello que se hace ejerciendo aquél. Es lo que afirma el rol, lo que tiene que ver con lo que se hace en forma regular y sistemática para alcanzar los objetivos profesionales.

Ezequiel Ander-Egg distingue las funciones de la siguiente manera:

- **Rehabilitadora:** procura la reinserción social de las personas afectadas una vez resuelto el problema y para evitar que éste se reproduzca.

- **Asistencial:** procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quienes por un motivo u otro sufren una situación de marginalidad o de carencias básicas dentro de una sociedad.

- **Preventiva:** tiende a actuar sobre las causas inmediatas o génesis de los problemas específicos para evitar la aparición de los mismos o el surgimiento de los factores desencadenantes de dichos problemas.

Si bien el enfoque de la Epidemiología en general y el Trabajo Social en particular tiene que ver con la asistencia, el criterio orientado por excelencia es el de

prevención, que el Trabajo Social lleva a cabo básicamente por medio de una acción socio-educativa.

EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE SALUD

"El Trabajador Social en salud pública procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles, con el fin de que las personas afectadas por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva que los supere.

" Para ello el Trabajador Social deberá:

- Conocer científicamente esos problemas.

- Determinar como los hombres los enfrentan y que alternativas de solución arbitran.

- Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos frente a los mismos."

Los objetivos del Trabajo Social se insertan en los objetivos generales de la institución de salud de la cual forma parte, enfocado desde el punto de vista de las necesidades y problemas sociales. Como son complejos deben ser alcanzados progresivamente mediante objetivos específicos, entre los cuales se encuentran:

- **La promoción:** Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios como para los trabajadores de la salud. Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

- **La prevención:** Estudiar las incidencias de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y desarrollo de los problemas de salud. Estudiar las actitudes y los valores que benefician y

obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud como así también el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y expectativas frente a ellos. Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud. Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida. Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros. Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud. Conjunto de actividades y medidas anticipadas de la enfermedad y sus riesgos a fin de evitar que ésta aparezca.

- **La recuperación:** Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y recuperar las consecuencias dadas por la enfermedad. Capacitar al enfermo, a su familia, para que sean agentes de su recuperación.

- **La rehabilitación:** Procurar que el enfermo pueda lograr el uso máximo de sus potencialidades y orientar al medio familiar, laboral y a la comunidad para su integración.

Para alcanzar los objetivos mencionados el Trabajador Social en Salud realiza diferentes tipos de actividades, entre las cuales podemos mencionar:

- Obtener datos que permitan conocer la verdadera situación familiar, económica, social y emocional del paciente.

- Observar e interpretar la actitud del paciente y su familia frente a la enfermedad y curación.

- Identificar los obstáculos que impiden continuar al paciente su tratamiento.

- Visitar el hogar del paciente donde se relaciona con su familia, conocer su problemática, sus hábitos, relaciones familiares, medios favorables, etc.

- Elaborar el diagnóstico social, el cual se modifica mediante la evolución y brindar elementos para el tratamiento social.

- Conocer los recursos del paciente, su familia, de la comunidad. Orientar para su adecuada utilización.

- Ejecutar tareas dirigidas a dar apoyo, contención y motivación.

- Procurar actividades recreativas y de ocupación del tiempo libre especialmente con pacientes internados.

- Propiciar y coordinar el trabajo de grupo.

- Participar en la planificación y ejecución de campañas de educación sanitaria.

- Estimular factores positivos y educar para desarraigar hábitos, costumbres y condiciones que constituyen factores negativos para la salud del paciente.

Los problemas sociales solo pueden definirse a partir de un marco teórico que trasciende una disciplina particular dado que se presentan pluridimensionalmente, por

ello corresponde abordarlos en forma integral, a través de un equipo de trabajo, es decir, de un grupo de especialistas en el que cada uno aporte los conocimientos específicos de su disciplina hacia el logro de criterios comunes para la tarea. En este sentido decimos que un equipo es un sistema porque posee un conjunto interactuante de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo según la estructura resultante de su dinámica, y en la cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados.

Un equipo de salud enfrentará la enfermedad desde un enfoque que abarca:

- El problema orgánico de la enfermedad.
- Su componente psicológico
- Su cuadro social.
- La dimensión espiritual de la persona humana."

3)" Salud Pública y Trabajo Social", Natalio Kisnerman y colaboradores. Tema xv "El Trabajo Social en Salud" Pág.:121-124. Edt.Humanitas Bs.As 1982.

TUBERCULOSIS

La Tuberculosis es una enfermedad Infecto - Contagiosa causada por un microbio llamado Bacilo de Koch. Ataca preferentemente a los pulmones (Tuberculosis Pulmonar), pero también puede afectar a otros órganos como riñones, hígado, piel, etc. (Tuberculosis Extrapulmonar).

Solo se desarrolla esta enfermedad con la concurrencia de dos factores:

- Presencia del germen Bacilo de Koch.
- Organismo receptivo debido a bajas defensas.

Se transmite por medio de la expectoración del enfermo al toser, hablar o escupir.

Los síntomas característicos de la enfermedad son:

- Pérdida de peso y de apetito.
- Tos y expectoración de más de 15 días.
- Fiebre y sudoración nocturna.
- Cambio de voz y ronquera.
- Cansancio o debilidad.
- Resfrios reiterados o prolongados.

El diagnóstico clínico de la enfermedad se realiza mediante la observación al microscopio de las flemas u otros líquidos donde se busca el Bacilo de Koch.

Los pilares básicos del Control de la Tuberculosis son:

- 1- Vacunación B.C.G.
- 2- Búsqueda de casos.
- 3- Tratamiento.

1) Vacunación B.C.G.

La vacuna B.C.G. es eficaz para prevenir la formas primarias de Tuberculosis, principalmente las infantiles graves. Este es el hecho por el cual se le atribuye a dicha vacuna una destacada importancia en las acciones de prevención.

Los factores que intervienen para obtener una adecuada protección son los siguientes:

- Población (condiciones genéticas y naturales así como nutricionales).
- Situación epidemiológica morbimortalidad de la tuberculosis, presencia de Mycobacterias Atípicas, características de las cepas del Micobacterium, coberturas de vacunación alcanzadas.
- Cepas de la vacuna B.C.G. utilizada.
- Potencia de la misma en el momento de aplicación.
- Técnica de aplicación.

En la Argentina la vacunación B.C.G. redujo el riesgo de contraer Tuberculosis en un 73%, según datos extraídos del Módulo Vacunación, Año 1994, Instituto Nacional de Epidemiología. Esto fundamenta el valor de vacunar al recién nacido como medio de prevención.

Existe un esquema de vacunación establecido por Ley Nacional (ver anexo 1 pág 100).

La evaluación de la calidad de la vacuna se realiza mediante estudios que aplicando la reacción de Mantoux, permite obtener la media aritmética (alrededor de 6 mm.) de las reacciones en milímetros, que expresan la sensibilidad tuberculínica postvacunal.

Con la finalidad de evaluar la técnica de aplicación y la eficacia se procede a verificar la presencia de cicatriz en el vacunado y a medir en milímetros el diámetro transversal de la misma. La media aritmética de dichas mediciones se coteja con los datos internacionales.

La evaluación operativa se refiere a la cobertura de vacunación, se obtiene generalmente por el método acumulativo basado en informes, registros de vacunación y datos demográficos.

La evaluación epidemiológica de la vacuna se realiza a través de las tendencias de morbilidad y mortalidad en niños.

2) Búsqueda de casos

Se considera "**caso**" de tuberculosis al paciente en el que se ha confirmado el diagnóstico desde el punto de vista bacteriológico. Los pacientes en los que se efectúa un diagnóstico de presunción basándose en pruebas radiológicas de otros tipos (como ocurre en caso de tuberculosis extrapulmonar) son "**casos sospechosos**". En los programas de salud pública se emplea el término "**detección de casos**" de preferencia al término "**diagnóstico**". Desde luego es cierto que no puede haber detección de casos sin el proceso adecuado

de diagnóstico, pero en realidad la detección de casos se extiende más allá de este último, esto implica una búsqueda organizada y sistemática de casos en la comunidad cuya finalidad es controlar ésta y no identificar simplemente que ocurre en los individuos.

El propósito de la detección de casos es doble: minimizar las defunciones y los sufrimientos a causa de la enfermedad y reducir la magnitud del problema de la tuberculosis.

La detección de casos tiene que encontrar respuestas a dos preguntas: ¿ Quiénes son las fuentes de infección en la comunidad y dónde se encuentran?. ¿ Qué métodos y técnicas permitirán descubrirlos en gran número, con rapidez razonable y costo mínimo?

3) Tratamiento

El tratamiento de la Tuberculosis es el medio técnico más adecuado para curar al paciente y por ende cortar la cadena de transmisión, al curar al enfermo se reduce la transmisibilidad de la infección tuberculosa, y consecuentemente el número de casos en la comunidad.

Para lograr este objetivo se tendrá que procurar que los pacientes cumplan el tratamiento indicado por el médico, en todos los casos que se diagnostica, siendo el grupo prioritario los que tienen baciloscopia positiva, pues son los que perpetúan la enfermedad. Por ello la búsqueda de casos (que identifica las fuentes bacilíferas) y el

tratamiento deben ir juntos, a la par del plan de vacunación B.C.G.

Así cuando se diagnostica un caso de Tuberculosis corresponde el tratamiento, que está científicamente reconocido como eficaz, pues con los modernos tuberculostáticos disponibles es posible lograr la curación de cualquier forma clínica, localizar y transformar rápidamente a un enfermo pulmonar contagioso en no peligroso para la comunidad.

La terapéutica para cumplir con sus objetivos debe lograr:

- A) **Rápida negativización del esputo** (cortar la cadena de transmisión) por destrucción de los bacilos de multiplicación activa en las cavernas.
- B) **Evitar la selección de mutantes resistentes** (evitar fracasos de tratamiento por resistencias bacterianas).
- C) **Esterilizar todas las lesiones** (evitar las recaídas por gérmenes sensibles). La persistencia de bacilos de multiplicación lenta o intermitente debe evitarse con las drogas esterilizantes y la prolongación del tratamiento.

Para lograr estos objetivos el tratamiento debe ser: precoz, intensivo, combinado, prolongado y supervisado.

La quimioterapia debe tener una posología correcta, regularidad en la toma y duración adecuada del tratamiento.

Los principios básicos del tratamiento son:

- Régimenes eficaces.
- Cumplimiento regular, sin interrupciones y por el tiempo prescripto.

La terapéutica moderna evita la necesidad de internación, como se haría anteriormente, salvo en aquellos casos que se requiera por otras razones médicas. Una quimioterapia que reúna las condiciones que hemos mencionado reduce el período de infecciosidad del paciente a 15 á 20 días una vez iniciado el tratamiento. Además se ha comprobado que el aislamiento del paciente no reduce el riesgo de infección de sus contactos.

La internación es una excepción y debe realizarse ante situaciones precisas:

- A) Tuberculosis graves que requieren cuidados especiales y vigilancia estricta. Ej. Meningitis.
- B) Tuberculosis complicadas: Hemptósis grave, Neumotórax espontáneo, Empiema o Toxicidad severa a las drogas.
- C) Enfermedades asociadas: Ej, Diabetes descompensada.

El tratamiento debe ser eficaz de aplicación práctica y aceptado por el paciente, no debe interrumpirse, de lo contrario conduciría al fracaso. Los medicamentos según Ley 10.436 se entregan en forma gratuita al paciente. La comodidad de los pacientes para realizar el tratamiento favorecerá el éxito del mismo; se le designará el lugar para

realizarlo tan cerca de sus hogares como sea posible, para los casos de tratamiento supervisado.

Los regímenes farmacológicos actuales son bien tolerados, de baja toxicidad y se administran en dos fases: Intensivas y de Consolidación.

1) **Fase Intensiva:** de 2 meses de duración - fase de ataque con drogas bactericidas que logran la negativización.

2) **Fase de Consolidación:** logra la esterilización por destrucción de los bacilos.

Es fundamental lograr la curación del paciente con el tratamiento primario, pues el fracaso de un tratamiento implica la persistencia de la fuente de infección, y de implementación de un retratamiento con un mayor riesgo de toxicidad y costos.

El tratamiento ambulatorio supervisado es el de elección, pues la vigilancia de la regularidad en la toma de los medicamentos es esencial para el éxito del mismo.

Sus ventajas son:

- 1- Constituye la única forma de tener seguridad del cumplimiento.
- 2- Evita la resistencia bacteriana pues impide la monoterapia.
- 3- Detecta la inasistencia del paciente y se toman medidas para recuperarlo.
- 4- Detecta precozmente las reacciones adversas a las drogas.

El paciente debe ser motivado por el Médico y el Trabajador Social a realizar correctamente el tratamiento explicándole que no está curado al desaparecer los síntomas, sino al completar el tratamiento. Es necesario remotivar al paciente durante el ciclo terapéutico para prevenir abandonos, aquí el Trabajador Social cumple una función preponderante clarificando, apoyando, informando y educando.

La elección de las drogas antituberculosas para ser usadas en los regímenes de corta duración dependen de tres funciones principales:

- 1) **Prevención de resistencia:** Los medicamentos se pueden clasificar según su capacidad para prevenir una resistencia a un segundo medicamento (la Isoniacida).
- 2) **Actividad bactericida temprana:** Se entiende como la disminución del número de bacilos viables producida a los primeros días del tratamiento.
- 3) **Actividad esterilizante:** En tuberculosis experimental se mide por la cantidad de bacilos viables que permanecen en los organismos al finalizar el tratamiento. Indica la capacidad para destruir los bacilos de todas lesiones (especialmente la de reproducción lenta).

CONTROL DE TRATAMIENTO

1) Se controlarán clínicamente una vez por mes, para evaluar los síntomas clínicos, el cumplimiento y los eventuales adversos o tóxicos. Previo al tratamiento se pedirá análisis basal de laboratorio para evaluar función hepática y renal, hemograma y uricemia. Cuando los síntomas sugieren toxicidad se realizarán los estudios necesarios.

2) Se controlará la eficacia del tratamiento con una baciloscopia mensual.

3) La radiografía de tórax se repetirá cada tres meses.

4) El equipo de Trabajadores Sociales y el de Enfermería controlarán el cumplimiento del esquema instituido para evitar fracasos por abandono.

QUIMIOTERAPIA

Una de las acciones que más han aportado al control de la enfermedad es la QUIMIOTERAPIA, que empleada en los casos baciloscópicos positivos es capaz de cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

El uso de drogas bactericidas administradas diariamente en una fase inicial o intensiva, seguidas de una fase de consolidación intermitente o continua, usando ISONIACIDA (H) y RIFAMPICINA (R), logran curar la tuberculosis en periodos tan breves para los canones clásicos como es el de seis meses.

Se ha demostrado la eficacia terapéutica de estos regímenes abreviados de tratamiento, con un bajo porcentaje de fracaso.

El éxito obtenido con esta forma actual de encarar el tratamiento mediante esquemas abreviados o acortados ha contribuido a la curación del enfermo en el menor tiempo posible y con el menor costo operativo, debiéndose destacar que para lograr con seguridad estos objetivos es ideal que los regímenes sean supervisados en su totalidad, para evitar el serio problema de la irregular toma de medicamentos y la posibilidad de abandonos.

La Quimioprofilaxis (Tratamiento preventivo de la T.B.C.), es el tratamiento de la infección tuberculosa con una droga de probada eficacia terapéutica (Isoniacida) a fin de evitar que la infección progrese y desarrolle la enfermedad.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

Al controlar la evolución del tratamiento tendremos tres categorías de pacientes:

- 1) Curados que concluyeron el tratamiento
- 2) Pacientes que requieren control periódico antes de darle el alta definitiva.
- 3) Fracazos de tratamientos por Abandono y/o Irregularidad, en ellos se plantea el retratamiento.

Si bien el papel del Trabajador Social es importante en los tres casos mencionados, haremos hincapié en este trabajo, en el tercer grupo expuesto.

El Trabajo Social con el equipo de salud en epidemiología es responsable del estudio de los problemas sociales, económicos y culturales que interactúan en los estados de enfermedad de individuos, grupos o de comunidad, así como su prevención y solución mediante el uso de metodologías y técnicas específicas y de elaborar los programas de salud para la comunidad.

Puede advertirse que el Trabajador Social cumple una función preponderante como miembro del equipo de salud en todo programa de Control de la Tuberculosis. Desempeñando funciones a nivel preventivo, en programas educativos y de educación sanitaria en lo referente a vacunación y búsqueda de casos.

En el nivel asistencial es fundamental la intervención del Trabajador Social basada en la comunicación racional y fundada en la relación vincular que se establece con el paciente y el grupo familiar, brindando apoyo, asesoramiento y contención en el tratamiento de tuberculosis, a fin de lograr la continuidad del mismo y evitar el abandono y/o irregularidad.

Aún hoy existen prejuicios en relación a la tuberculosis y no son pocos los pacientes que la viven con vergüenza y ocultamiento.

El Trabajador Social en su accionar revaloriza el concepto de salud procurando en el paciente la aceptación de la enfermedad y la responsabilidad para el cumplimiento del tratamiento, concientizándolo de los beneficios de curarse.

En el contexto de este trabajo se centra la atención en lo referente al seguimiento y control del

tratamiento y más específicamente a los irregulares y/o abandonos del mismo. A partir de la experiencia realizada por las autoras durante la residencia institucional de 5° año en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" en el período comprendido entre el 1° de Enero del año 1994 y el 31 de Diciembre del año 1995.

SEGUNDA PARTE

**INSTITUTO NACIONAL
DE
EPIDEMIOLOGIA**

RESEÑA HISTORICA

Es indudable que una visión retrospectiva en la vida de una Institución de Salud mostrará la íntima vinculación entre su funcionamiento y la evolución científica-tecnológica de los tiempos.

Tal es el caso del Antiguo Asilo y Hospital Marítimo de Mar del Plata. Fundado hace más de un siglo gracias a la inquietud y sensibilidad de dos profesionales dedicados a la Medicina Infantil en Buenos Aires. Los mismos vivenciaron la necesidad de un Centro donde se trate a niños con Tuberculosis.

La perseverancia y empeño del "Doctor Juan Héctor Jara", primer Director del Establecimiento, creado según la mencionada iniciativa por la Sociedad de Beneficencia de la Capital y encomendada su atención a las Hermanas del Huerto dan vida a la idea y afianzan el quehacer del Hospital.

Varias décadas transcurrieron hasta el advenimiento promisorio de la quimioterapia antibióticoterapia. Aplicadas a la Tuberculosis constituyeron un medio farmacológico que revolucionó el tratamiento de la enfermedad y de su problemática social e individual.

Este avance terapéutico da origen a una consecuente transformación del Hospital Marítimo, adecuando su accionar a los conocimientos de la época.

Distintas denominaciones señalan la misión institucional así fue Centro Tisiológico, luego integra el Área de Demostración de Lucha Antituberculosa, más tarde es Centro Nacional de Lucha Antituberculosa.

El aspecto epidemiológico de la tuberculosis pasa a ser motivo de más investigación, y junto a la docencia en esta materia, toma mayor vigencia en el mundo y en el país.

La Institución marplatense se hace eco de esta realidad así como de exigencias respecto a otras patologías e incorpora el estudio de enfermedades de Transmisión Sexual y Enfermedades de Chagas-Mazza.

En 1971, sobre estas bases adopta la estructura orgánica y designación de Instituto Nacional de Epidemiología. A partir del 6 de Junio de 1980, el Instituto lleva el nombre de " Dr.Juan Héctor Jara" .

Actualmente la institución está compuesta por 121 agentes de los cuales 33 son profesionales, entre ellos encontramos Médicos, Bioquímicos, Arquitectos, Farmacéuticos, Profesores en Cs. de la Educación, Asistentes Sociales, etc.; entre los restantes encontramos técnicos, personal de mantenimiento y de servicios generales.

FUNCIONES:

INVESTIGACION Y DOCENCIA

El Instituto participa en el desarrollo de la Epidemiología, de la Metodología de la Investigación y de la Epidemiológica, para la realización de estudios sobre el proceso Salud-Enfermedad de la población, contribuyendo a establecer procedimientos tendientes a promover y mejorar la salud, según el perfil epidemiológico de cada grupo social.

Comprende:

- 1- Estudios de morbilidad, mortalidad, incidencia, prevalencia y factores de riesgo.
- 2- Estudio de Brote.
- 3- Vigilancia Epidemiológica.
- 4- Investigación Etiológica.
- 5- Actividad de Evaluación.

El Instituto se ha abocado a la formación de profesionales y técnicos de todo el país, dado que éste hoy más que nunca, amerita contar con Recurso Humano capacitado para implementar propuestas de cambio en Salud a fin de modificar la situación sanitaria.

Se aspira a la formación de equipos interdisciplinarios, requisito básico para tener una visión integradora y totalizadora del proceso Salud-Enfermedad, no solo en la República Argentina, sino también en otros países Latinoamericanos a través de Cursos Presenciales, Semipresenciales y a Distancias.

Las actividades mencionadas se cumplen especialmente en " EPIDEMIOLOGIA GENERAL" y en "EPIDEMIOLOGIA de:

- * ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA "
- * TUBERCULOSIS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS"
- * ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS "
- * INFECCIONES HOSPITALARIAS"

y en todas aquellas patologías transmisibles y no transmisibles, cuya situación epidemiológica demanda la participación del Instituto.

Es Laboratorio Regional de Referencia en CHAGAS, BRUCELOSIS, HIDATIDOSIS, ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, SIDA, ENTEROBACTERIAS, COLERA, ETC.

La estructura de la Institución es departamentalizada según las distintas funciones a cargo de un Director y Sub- director (ver organigrama anexo 2 pág.100).

El Servicio Social depende del Departamento Investigación Epidemiológica, participando en todas las actividades mencionadas referentes a las distintas patologías.

PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

El Programa de Control de la Tuberculosis depende del Departamento Vigilancia y Clínica Epidemiológica. Los miembros que llevan adelante el programa cumplen funciones y docencias a nivel Nacional y en el resto de las actividades propias de todo Programa de Control de la Tuberculosis:

VACUNACION

BUSQUEDA DE CASOS

TRATAMIENTO

A los pacientes que se diagnostican en la Institución se los trata según dos esquemas de tratamiento según las posibilidades de ejecutarla:

SUPERVISADO

AUTOADMINISTRADO

ROL DEL SERVICIO SOCIAL

La participación del Servicio Social en el Programa de Control de la Tuberculosis es establecido y normatizado de la siguiente manera:

- 1- Orientar e informar a los pacientes, sus familiares y a la comunidad en general sobre este problema de salud, a fin de que se transformen en agentes de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 2- Búsqueda de casos a través del control de contactos. Quimioprotección.
- 3- Supervisión del cumplimiento del tratamiento.
- 4- Tratamiento Social.

La orientación e información a los pacientes y familiares debe tender fundamentalmente a la creación de hábitos adecuados y a la modificación de aquellos que no lo son, a fin de evitar la propagación de la enfermedad y favorecer la recuperación de la salud.

El Trabajador Social entrevista al enfermo el día que inicia el tratamiento. Esta entrevista es privada, aunque no necesariamente individual, ya que si el enfermo concurre acompañado a la consulta se brindará la información en forma conjunta.

GUIA DE LA ENTREVISTA

Al brindar la información se debe tener en cuenta el grado de instrucción del paciente para adecuar el lenguaje a emplear. La utilización del material impreso favorece la comprensión y estimula la atención del entrevistado.

Se le explicará la enfermedad comenzando con la forma de transmisión, aclarando que no todas las personas que aspiran los bacilos se enfermen, sino que dependerá de las defensas de cada una de ellas, haciéndole notar que tiene mayor riesgo de contagiarse aquellas personas que conviven con el enfermo.

Se informará que los bacilos se transmiten en forma aérea y que al aspirarse se localizan en el pulmón y de allí pueden pasar a la sangre y ubicarse en distintos órganos como riñones, intestinos, huesos, meninges y otros. Si se produce una disminución de las defensas del huésped los bacilos latentes en dichos órganos pueden reactivarse y originar las Tuberculosis Extrapulmonar.

El órgano mas frecuentemente afectado es el pulmón, la invasión de bacilos destruye sus tejidos, formando cavidades, donde el bacilo se multiplica rápidamente para ser expulsado luego a través de la tos, esta es la forma de contagio de la enfermedad.

Los enfermos pueden tener síntomas como tos, expectoración, fiebre, cansancio, falta de apetito, sudores nocturnos y pérdida de peso.

Se le explicará la importancia y características del exámen de esputo (baciloscopia) en el diagnóstico y en el control de tratamiento.

Se hará hincapié en el concepto de que lo único que cura la enfermedad son las drogas tomadas o inyectadas regularmente. En los casos de la Tuberculosis Pulmonar lleva a desaparecer el peligro de contagio.

El enfermo debe saber que en los dos primeros meses tendrá una notable mejoría, que esto no significa curación, sino que sus lesiones han disminuido, pero que todavía hay bacilos en ellas y para que mueran debe completar el tratamiento.

Si el tratamiento es abandonado o si los medicamentos son tomados en forma irregular, los bacilos desarrollarán resistencias a las drogas. Si esto ocurre la enfermedad se complicará, ya que las lesiones volverán a crecer, los bacilos resistentes se multiplicarán rápidamente y serán necesarias otras drogas.

Ante cualquier intolerancia o dificultad que se presente el paciente debe consultar al médico y bajo ningún punto de vista interrumpir el tratamiento.

Llegado a este punto de la entrevista el Trabajador Social debe haber logrado establecer con el enfermo y sus familiares una relación tal que permita el planteo de dudas o situaciones particulares relacionadas con la enfermedad.

Si no se presentara ningún problema se pasará a solicitar información (datos de identificación) sobre los contactos a controlar.

Al terminar la entrevista con el Trabajador Social, el paciente debe saber:

- 1- Que la enfermedad que padece es Tuberculosis.
- 2- Que es una enfermedad contagiosa, que se transmite de persona a persona, a través de la tos.
- 3- Que una persona que padece la enfermedad, la ha contraído por contacto con otra persona y que puede transmitirla.
- 4- Que una vez que inicia el tratamiento, la posibilidad de contagio es escasa.
- 5- Que la enfermedad tiene tratamiento eficaz y gratuito
- 6- Que es perfectamente curable, siempre que cumpla con el tratamiento.
- 7- La duración de su tratamiento y sus etapas.
- 8- Que en caso de no tratarse o hacerlo irregularmente, la enfermedad es grave con alta mortalidad y riesgo de enfermedad a sus contactos.
- 9- Que el tratamiento es ambulatorio, no debe internarse y puede convivir con su familia en forma normal.
- 10- Que su familia será controlada regularmente y protegida con mediación para evitar la enfermedad.
- 11- En los casos de tratamiento Supervisado, cual es el centro al que debe concurrir y sus características de funcionamiento.
- 12- A donde debe concurrir frente a cualquier duda o dificultad relacionada con su tratamiento.
- 13- Fecha de la próxima consulta al médico.

De ser posible se realizará por lo menos una visita domiciliaria a cada uno de los pacientes, ya que esta permite:

- A- Confirmar el domicilio y los contactos convivientes.
- B- Extender la acción educativa a otros miembros de la familia.
- C- Completar la encuesta social en lo referente a condiciones generales de la vivienda y sus características.
- D- Informarse acerca de la colaboración familiar en torno a este problema de salud.
- E- Detectar dificultades que pudieran llegar a entorpecer el cumplimiento del tratamiento.
- F- Reiterar la citación a los contactos que no hubieran concurrido.

Con la información obtenida en la entrevista inicial y la domiciliaria, se está en condiciones de elaborar un diagnóstico social preliminar y la socioterapia adecuada.

El Trabajador Social iniciará el Trámite de Subsidio Ley Provincial N°10.436 y su Decreto Reglamentario N°170, que ampara al enfermo en los casos en que se diagnostiquen la falta de recursos económicos indispensables para lograr una buena alimentación, lo que contribuye a potencializar el sistema inmunitario del paciente favoreciendo así su curación.(ver Subsidio anexo 3 pág.100).

BUSQUEDA DE CASOS

Dadas las características de la enfermedad, es de suma importancia el control de los contactos por ser este un grupo de alto riesgo. Deben ser examinados para tratar a los casos que se encuentren y prevenir a los que no han enfermado.

Entendemos por contacto a aquella persona que mantuvo, durante el período de contagiosidad del paciente, una relación continua o muy frecuente.

Aquí debemos diferenciar dos grandes grupos:

- A- **Contactos convivientes:** Son aquellas personas que comen y duermen en la misma vivienda que el enfermo.
- B- **Contactos no Convivientes:** Son compañeros de trabajo o estudio que comparten horarios muy prolongados, en condiciones tales que hagan presuponer la posibilidad de contagio.

Teniendo en cuenta que el enfermo transmite la Tuberculosis antes de saber que padece esta enfermedad, es necesario realizar siempre el control de los convivientes y de los no convivientes, en aquellos casos en que las condiciones ambientales de trabajo, estudio, etc. y horarios así lo requieran y la baciloscopia del caso índice lo justifique.

En la entrevista inicial el Trabajador Social debe, a través del paciente, realizar la citación a los contactos que es necesario controlar. De no concurrir transcurrido un lapso prudencial, aproximadamente 7 días, se procederá a

efectuar la citación en el domicilio, recalcando en esta oportunidad la importancia y necesidad del mencionado control.

El control completo consiste en radiografía de tórax, reacción de Mantoux y baciloscopia o toque laríngeo.

Se debe tratar de controlar el 100 % de los contactos de pacientes con Tuberculosis Pulmonar y baciloscopia positiva al directo y/o cultivo. Igualmente al 100 % los contactos de Tuberculosis Infantil.

El control se realizará al inicio del tratamiento del paciente y un segundo control a los 3 meses del primero, no repitiéndose la reacción de Mantoux, si la inicial fuera mayor de 10 mm.

Para la Quimioprofilaxis se suministrará Isoniacida a 5 mg. kg/peso por día durante 6 meses. En caso de menores de 1 año la dosis de Isoniacida será de 10 mg. por kg/peso diario.

SUPERVISION DE TRATAMIENTO DE CASOS

TRATAMIENTO AUTOADMINISTRADO.

La supervisión de su cumplimiento se realizará con visitas domiciliarias, a través de distintos mecanismos que van desde el recuento de medicamentos hasta la opinión de familiares detectados como responsables .

También surge el incumplimiento ante la falta de retiro mensual de medicamentos, en estos casos se concurre al domicilio para identificar las causas que determinaron la irregularidad. Esta podría ser motivada por: falta de

información, problemas laborales, económicos, alcoholismo, intolerancia, etc. y se actuará de acuerdo a cada situación.

TRATAMIENTO SUPERVISADO.

Es aquel en el que el paciente realiza la toma de medicación en Centros Asistenciales Periféricos, administrada por personal del equipo de salud adiestrado para tal fin.

El personal deberá registrar el cumplimiento de tratamiento y se mantendrá alerta frente a cualquier reacción adversa precóz a fin de derivar al paciente a la consulta. Se debe trabajar en estrecha relación con el personal de los Centros, que deberá estar informado sobre todo lo relacionado con el tratamiento y la patología en general, ya que es muy importante su colaboración en el aspecto educativo que es necesario reforzar en el paciente y su familia, a fin de prevenir irregularidades y abandonos.

Desde el Centro se informará sobre las irregularidades que se produzcan en la concurrencia al tratamiento, que motivará la respectiva visita domiciliaria para conocer las dificultades que interfieren en el cumplimiento y actuar en esos aspectos.

Se considera que la modalidad de Tratamiento Supervisado presenta mayores posibilidades de controlar el cumplimiento y de completar el tratamiento asignado.

SEGUIMIENTO SOCIAL DEL TRATAMIENTO

Como ya se ha anticipado, hecho el diagnóstico, el Médico, indica un esquema de tratamiento:(ver anexo 4 pag.100) **AUTOADMINISTRADO** o **SUPERVISADO**, a lo que hemos hecho referencia con anterioridad. En la supervisión y control del mismo cumplen una función preponderante del Servicio Social.

Cabe mencionar que el esquema de los tratamientos de 12 meses, ya sea Autoadministrado o Abandono, es indicado al criterio médico de acuerdo a la evolución del paciente.

El incumplimiento inadecuado se lo considera **IRREGULARIDAD** y **ABANDONO** en el caso de interrupción.

Se considera **IRREGULAR**: Para los tratamientos de 9 y 12 meses se consideró tratamiento Irregular a la interrupción del retiro de la medicación por lo menos entre un mes y hasta 3 meses, durante el plazo previsto para el tratamiento. Para los tratamientos de 6 meses, se consideró Irregular al paciente que se retrasó 15 días y hasta 1 mes en el retiro de la medicación, ya sea en el período diario o intermitente.

Se considera **ABANDONO**: En los tratamientos de 9 y 12 meses a la interrupción de los 90 días o más en el suministro de la droga, durante el período de tratamiento. En los tratamientos acortados de 6 meses de duración se considerará Abandono cuando el paciente no concurrió a retirar medicación pasado un mes de la fecha indicada.

En los casos en que se diagnostiquen problemas sociales agregados a los de la patología, se trabaja con el paciente y la familia, brindando apoyo, asesoramiento o

realizando -si el enfermo no está en condiciones de hacerlo- distintas gestiones que pudieran favorecerlo, mediante la utilización de todos los recursos de la comunidad de que se disponga.

Los diferentes problemas sociales que afectan frecuentemente a los pacientes tratados en esta Institución influyen en el cumplimiento regular del tratamiento, siendo frecuente las irregularidades y/o abandono del mismo, lo que motiva el estudio realizado que se expone a continuación.

TERCERA PARTE

UN ESTUDIO
EN
MAR DEL PLATA

ESTUDIO DE LOS CASOS DE IRREGULARIDAD DE TRATAMIENTO DE
T.B.C. EN PACIENTES, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
EL 1° DE ENERO DE 1994 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995, EN EL
"INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA DR. JUAN HECTOR JARA".

La experiencia desarrollada en el año 1995 con pacientes de T.B.C nos llevaron a formular los siguientes supuestos que orientan al estudio:

- "La comprensión de la enfermedad como resultante de una adecuada información llega a disminuir los casos de irregularidad y/o abandono del tratamiento de T.B.C".

- "El comportamiento de las distintas variables intervinientes en la situación particular de los pacientes que influyen el cumplimiento adecuado del tratamiento".

- "Las diferentes condiciones materiales y habitacionales es un agravante que influyen negativamente en la recuperación de los pacientes con T.B.C.

Atendiendo a los supuestos explicitados y el conocimiento de los aspectos más significativos involucrados en el cumplimiento del tratamiento que se habían podido observar durante el transcurso de la experiencia residencial de los alumnos, se confecciona un instrumento de recolector de datos que contienen una parte:

- datos básicos de Identificación Personal
- y datos clínicos básicos:
- Forma clínica
- Esquema de tratamiento;

y en la segunda parte 10 preguntas referentes a:

- nivel educativo
- situación laboral

- condiciones habitacionales
- conocimientos y comprensión de la enfermedad
- aspectos relacionados a la atención del servicio. (ver anexo 5 Pág.100).

Se previó aplicar este instrumento en una entrevista personal semi-estructurada.

GRUPOS ESTUDIADOS

En el Instituto Nacional de Epidemiología, en el período comprendido entre el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995, se registraron 323 enfermos de Tuberculosis en sus diversas formas. De éstos se tomaron para el estudio 63 pacientes, es decir el 19,5 %, los cuales habían incurrido en Abandono y/o Irregularidad del tratamiento.

Este período fué seleccionado considerando:

- el tiempo de la duración del tratamiento,
- la capacidad operativa del equipo de trabajo de 3 personas;
- y por la característica de movilidad de la población asistida que hacía prever dificultades para encontrar a todos los pacientes que hubiera iniciado el tratamiento mucho tiempo atrás.

EJECUCION.

De los registros especiales en que se consignan el control los pacientes de T.B.C bajo tratamiento, se tomaron los nombres y apellidos de los pacientes, registrados con irregularidad y/o abandono en el período indicado y el número de historias clínicas (63 pacientes). De los archivos se sacaron los 63 historias clínicas de los pacientes de los cuales se tomaron los datos básicos que fueron consignados en la primera parte de la entrevista que eran datos de identificación personal y clínica.

En este grupo se identificaron 17 pacientes menores de 14 años, tomándose como criterio entrevistar al familiar responsable del tratamiento del menor, coincidente con lo normado por el Programa de Control de T.B.C. de la Institución que asiste a estos menores en el Consultorio de Pediatría, por entender que en esas edades no pueden exigirse los niveles de comprensión y responsabilidad que la enfermedad requiere.

Entre los meses de Marzo y Mayo se llevaron a cabo las entrevistas habiendo dividido la ciudad en 4 zonas y distribuyendo la misma entre los 3 miembros del equipo de trabajo.

De los 63 pacientes fueron entrevistados 52, 8 habían cambiado de domicilio y no pudieron ser reubicados, 2 en la cárcel y 1 fallecido.

La distribución geográfica de los pacientes en su casi totalidad es la periferia de la ciudad; con alguna

concentración mayor en algún barrio de características
deprivadas por ejemplo Las Heras.

LOS HALLAZGOS Y ANALISIS.

Como hemos anticipado, en el período comprendido el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995 se registraron en el I.N.E un total de 323 casos de T.B.C en sus diversas formas clínicas. De este total 63 pacientes son los que incurren en irregularidad y abandono de tratamiento, es decir un 19,5% para lo que representa un alto riesgo para el paciente y para la comunidad y a su vez una responsabilidad y necesidad de disminuir esta cifra por parte del equipo de salud.

Como hemos aclarado del resultado de los 63 pacientes se entrevistaron 52 pacientes, que fueron localizados.

En una primera aproximación a los datos obtenidos se destaca un 12 % de Abandono y/o Irregularidad en los casos de tratamiento Supervisado y un 19,19 % de Abandono y/o Irregularidad para el tratamiento Autoadministrado.

Por la característica principalmente Pulmonar de la enfermedad; los más altos porcentajes de Irregularidad y/o Abandono se dan en esta Forma Clínica.

Los resultados de las variables contenidas en el cuestionario se detallan a continuación:

TITULO:

Pacientes que realizaron Irregularidad y/o Abandono de Tratamiento, en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara". Correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995, Mar del Plata.

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE CASOS		
	N°	%	TOT.
ABANDONO	23	36,51	23
IRREGULARIDAD	40	63,49	40
TOTAL	63	100,00	63

(Tabla 1)

De los 63 pacientes identificados el 63,49 % se agrupan en la categoría de tratamiento Irregular y el 36,51 % corresponde a Abandono. En ambos casos consideramos un alto porcentaje, siendo que constituye un riesgo tanto para el paciente, el grupo familiar como para la comunidad.

TITULO:

Pacientes que incurrieron en Abandono y/o Irregularidad según forma clínica, en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara". En el período comprendido entre el 1° de Enero de 1994 y el 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata.

FORMA CLINICA	CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO					
	IRREGULAR		ABANDONO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PULMONAR	35	55,55	22	34,92	57	90,47
EXTRAPULMONAR	5	7,94	1	1,59	6	9,53
TOTAL	40	63,49	23	36,51	63	100

(Tabla 2)

Nos permite considerar que el 90,47 % de los pacientes identificados y entrevistados corresponden a la forma clínica Pulmonar, siendo que el 55,55 % realizaron tratamiento Irregular y el 34,92 corresponden a los que Abandonaron. Y el 9,53 % a la forma clínica Extrapulmonar, donde el 7,94 % corresponde a los pacientes que realizaron tratamiento Irregular, y solo el 1,59 % al Abandono.

TITULO:

Pacientes que realizan tratamiento Irregular y/o Abandono según esquema de tratamiento indicado, en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara". Comprendido en el periodo comprendido entre el 1° de Enero de 1994 y el 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO	N° DE PACIENTES	%
SUPERVISADO	24	38,10
AUTOADMINIS.	39	61,90
TOTAL	63	100

Considerando que en el Esquema de tratamiento de los 63 pacientes, verificamos que el 38,10 % lo realizó en forma Supervisado, en tanto que el 61, 90% restante lo hizo en forma Autoadministrado.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO	CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO					
	IRREGULAR		ABANDONO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
AUTOADMINIS.	26	41,27	13	20,63	39	62
SUPERVISADO	14	22,23	10	15,87	24	38
TOTAL	40	63,50	23	36,50	63	100

(Tabla 3)

En este cuadro nos permite observar, que del 62 % que realizaron tratamiento Autoadministrado, surge que el 41,27 % de los pacientes realizaron tratamiento Irregular y el 20,63% Abandonaron el mismo.

En tanto que el 38 % que se Supervizaban el tratamiento, el 22,23 % eran Irregular y el 15,87 % corresponde a pacientes que Abandonaron el tratamiento.

TITULO:

Irregularidad y Abandono de tratamiento según el tiempo efectuado de tratamiento en pacientes del Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara". Comprendido en el período comprendido entre el 1° de Enero de 1994 y el 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata.

Tratamientos Irregulares: Para los tratamientos de 9 y 12 meses se consideró tratamiento Irregular a la interrupción del retiro de la medicación por lo menos entre un mes y hasta 3 meses, durante el plazo previsto para el tratamiento. Para los tratamientos de 6 meses, se consideró Irregular al paciente que se retraso 15 días y hasta 1 mes en el retiro de la medicación, ya sea en el período diario o intermitente.

Tratamientos Abandonados: En los tratamientos de 9 y 12 meses a la interrupción de los 90 días o más en el suministro de la droga, durante el período de tratamiento. En los tratamientos acortados de 6 meses de duración se considera Abandono cuando el paciente no concurrió a retirar medicación pasado un mes de la fecha indicada.

DURACION DEL TRATAMIENTO	FORMA DE REALIZAR EL TRATAMIENTO					
	IRREGULAR		ABANDONO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
6 MESES	18	28,57	9	14,29	27	42,86
9 MESES	11	17,46	6	9,52	17	26,98
12 MESES	11	17,46	8	12,70	19	30,16
TOTAL	40	63,49	23	36,51	63	100

(Tabla 4)

El mayor porcentaje de Irregularidad y Abandono de tratamiento se presenta en el tratamiento de 6 meses el 42,86 %. En los restantes esquemas también se verifica un alto porcentaje, el de 9 meses 26,98 % y el de 12 meses el 30,16 %

TITULO:

Pacientes que realizaron tratamiento Irregular y/o Abandono según las condiciones habitacionales, en el Instituto Nacional de Epidemiología. Comprendido entre el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata.

Condiciones Habitacionales: Esta variable fue estudiada considerando las condiciones de solidez para resistir los embates climatológicos (iluminación ventilación), habitabilidad y mobiliario básico según la cantidad de personas; caracterizado en: Mala-Regular-Bueno-Muy Bueno.

CONDICIONES HABITACIONALES	N°	%
MALA	33	63,46
REGULAR	6	11,54
BUENO	4	7,69
M. BUENO	9	17,31
TOTAL	52	100

(tabla 5)

En esta tabla se puede observar que de los 52 pacientes estudiados el 63,46 % pertenece a las familias cuyas condiciones habitacionales son incluidas en la categoría Mala, el 11,54 % pertenece a la categoría Regular, el 7,69 % a la categoría Bueno . Esto nos permite establecer que la mayoría de los pacientes pertenecen a un nivel bajo, con niveles de ingresos insuficientes, viviendas precarias con condiciones de hacinamiento para sus miembros, todos ellos, son factores condicionantes negativos para el tratamiento .

El 17,31 %, de los pacientes pertenecen a la categoría Muy Buena.

TITULO:

Pacientes que Abandonaron y realizaron tratamiento Irregular según sexo, en el Instituto Nacional de Epidemiología" Dr. Juan Héctor Jara". Comprendido entre el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata.

SEXO	IRREGULAR		ABANDONO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASC.	22	34,9	15	23,8	37	58,70
FEM.	18	28,6	8	12,7	26	41,30
TOTAL	40	63,5	23	36,5	63	100

(tabla 6)

Se puede observar que los pacientes masculinos que realizaron tratamiento en forma Irregular y Abandonaron, presenta un porcentaje de 58,70 %.

El porcentaje femenino 41,30 % que realizaron tratamiento Irregular y Abandonaron fue levemente inferior al sexo masculino. En ambos casos podemos indicar que el sexo no es un factor que influye en el cumplimiento del tratamiento.

TITULO:

Pacientes que realizaron tratamiento en forma Irregular y Abandonaron según el nivel ocupacional, en el Instituto Nacional de Epidemiología. Comprendido entre el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995 Mar del Plata.

Nivel Ocupacional: Esta variable fue estudiada para cada uno de los casos, diferenciando según las condiciones contractuales: Efectivo - Temporario - Sin Trabajo.

NIVEL OCUPACIONAL	IRREGULAR		ABANDONO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
EFFECTIVO	17	32,69	7	13,46	24	46,15
TEMPORARIO	9	17,31	3	5,77	12	23,08
SIN TRAB.	10	19,23	6	11,54	16	30,77
TOTAL	36	69,23	16	30,77	52	100

(tabla 7)

Del total de los entrevistados 52 que realizaron el tratamiento en forma Irregular y Abandonaron el 46,15% realizan alguna actividad laboral, mientras que el 23,08 % realizan trabajos temporarios. Entre ellos la mayoría trabajan en el puerto, quintas, empleadas domésticas, comerciantes, construcción, y ocupaciones de bajas condiciones (changas). También se destaca un alto porcentaje 30,77 % de los entrevistados que no realizan ninguna actividad, lo que dificulta la continuación del tratamiento.

TITULO:

Pacientes que realizaron tratamiento en forma Irregular y/o Abandonaron según su nivel de satisfacción de las necesidades básicas, en el Instituto Nacional de Epidemiología. Comprendido entre el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995, Mar del Plata.

Nivel de Satisfacción de Necesidades Básicas: Se estudió considerando el dinero que ingresa al grupo familiar aportado por todos los miembros que trabajen tomando como criterio el de la canasta familiar del I.N.D.E.C 1995 para considerar la cobertura de las necesidades básicas.

Se agrupan en:

- Necesidades Básicas Satisfechas (N.B.S).
- Necesidades Básicas Medianamente Satisfechas (N.B.1/2.S).
- Necesidades Básicas No Satisfechas (N.B.N.S).

NIVEL DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS	N° DE PACIENTES	%
N.B.S	19	36,53
N.B 1/2 S	3	5,77
N.B.N.S	30	57,70
TOTAL	52	100

(tabla 8)

En este cuadro nos muestra un alto porcentaje 57,70 % que no cubren las necesidades básicas en los hogares siendo este un factor que influye para el cumplimiento del tratamiento.

En otros hogares, el 36,53 % cubren las necesidades básicas, y un mínimo porcentaje 5,77 % que cubren las necesidades básicas medias satisfechas en los hogares.

TITULO:

Pacientes que realizan tratamiento Irregular y/o Abandonaron según el nivel educativo en el Instituto Nacional de Epidemiología. Comprendido entre el 1° de Enero de 1994 y el 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata.

NIVEL EDUCATIVO	N° DE PACIENTES	%
P.COMPLETEA	17	32,69
P.INCOMPLETEA	24	46,15
S.COMPLETEA	5	9,62
S.INCOMPLETEA	3	5,77
T.COMPLETEA	2	3,85
T.INCOMPLETEA	1	1,92
TOTAL	52	100

(tabla 9)

La mayoría de los pacientes estudiados poseen un nivel educativo bajo, el 46,15% no habían completado el nivel Primario, y el 32,69% sí lo han completado. En los restantes niveles educativos fué unos porcentajes muy inferiores, en la Secundaria Completa fué de 9,62%, el de Secundaria Incompleta 5,77 % , la Terciaria Completa 3,85 % y la Terciaria Incompleta fué de 1,92 %.

TITULO:

Pacientes que realizaron tratamiento Irregular y/o Abandonaron según el nivel de conocimiento y comprensión, de la enfermedad, en el Instituto Nacional de Epidemiología.

Comprendido entre el período el 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata.

Conocimiento y Comprensión de la enfermedad: Esta variable fue estudiada tomando como indicador lo siguiente : Forma de transmisión - Toma de medicamento - Consecuencia de la enfermedad.

CONOCIMIENTO Y COMPRENSION DE LA ENF.	FORMA DE TRANS.		TOMA DE MEDICAM.		CONSECUENCIA DE LA ENFER.	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	21	40,38	24	46,15	31	59,62
NO	31	59,62	28	53,85	21	40,38
TOTAL	52	100	52	100	52	100

(tabla 10)

De los 52 pacientes consultados el 40,38 % conocen la forma de transmisión, el 46,15 % conocen la toma de medicamento en forma ininterrumpida y el 59,62 % la consecuencia de la enfermedad.

En los restantes pacientes consultados el 59,62 % desconocen la forma de transmisión y contagio de la tuberculosis, lo que agrava aún más las consecuencias de la enfermedad, el 53,85 % no conocen que deben tomar los medicamentos en forma ininterrumpida a lo largo del período prescripto por el médico consultado, y un 40,38 % no conocen la consecuencia de la enfermedad.

TITULO:

Pacientes que realizan tratamiento en forma Irregular y/o Abandonaron según las causas explicitadas, en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara". Comprendido entre el 1° de Enero de 1994 al 31 Diciembre de 1995. Mar del Plata.

CAUSAS	N°	%
RAZONES ECON.	19	36,54
SE SENTIAN BIEN	15	28,85
IMPACIENCIA	8	15,37
CONSULTORIO P.	5	9,62
INTOLERANCIA A LA DROGAS	3	5,77
CARCEL	2	3,85
TOTAL	52	100,00

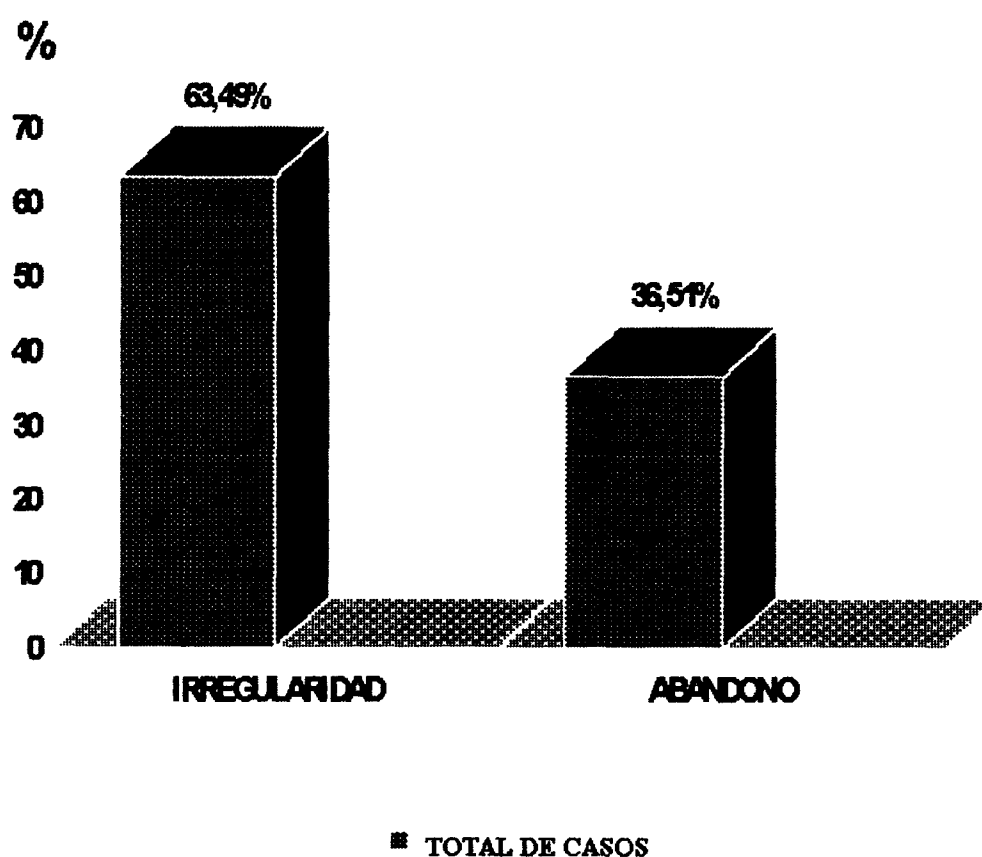
(tabla 11)

De las entrevistas realizadas manifiestan que el 36,54 % son por las razones económicas, el 28,85 % se sentían bien; el 15,38 % por impaciencia; el 9,62 % porque se atendía por consultorio privado; el 5,77 % por la intolerancia a la drogas y el 3,85 % se encuentran en la cárcel.

IRREGULARIDAD Y/O ABANDONO

Cumplimiento del Tratamiento

(TABLA 1)

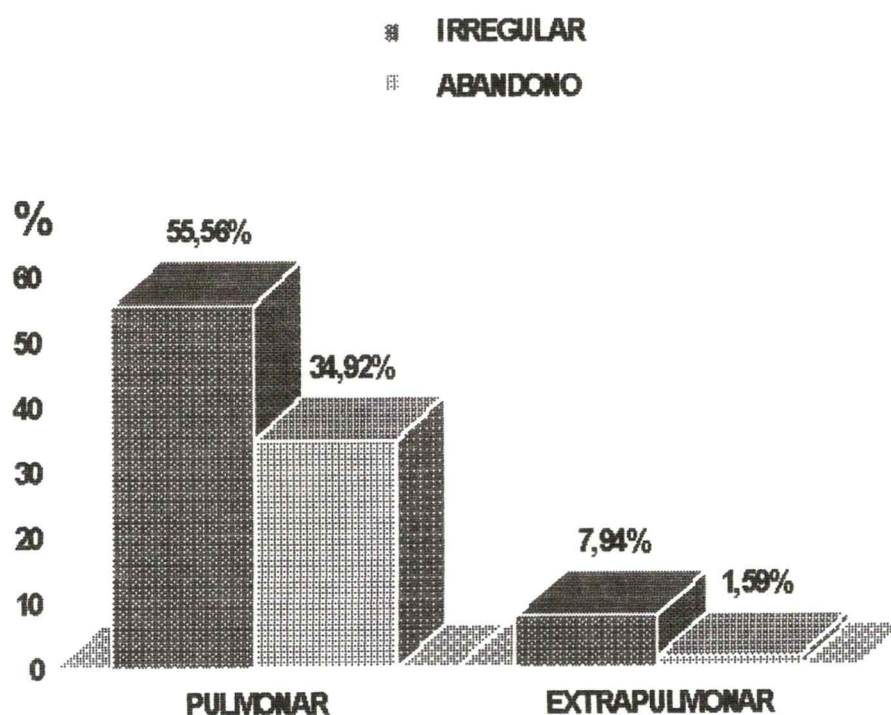


***FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata***

IRREGULARIDAD Y ABANDONO

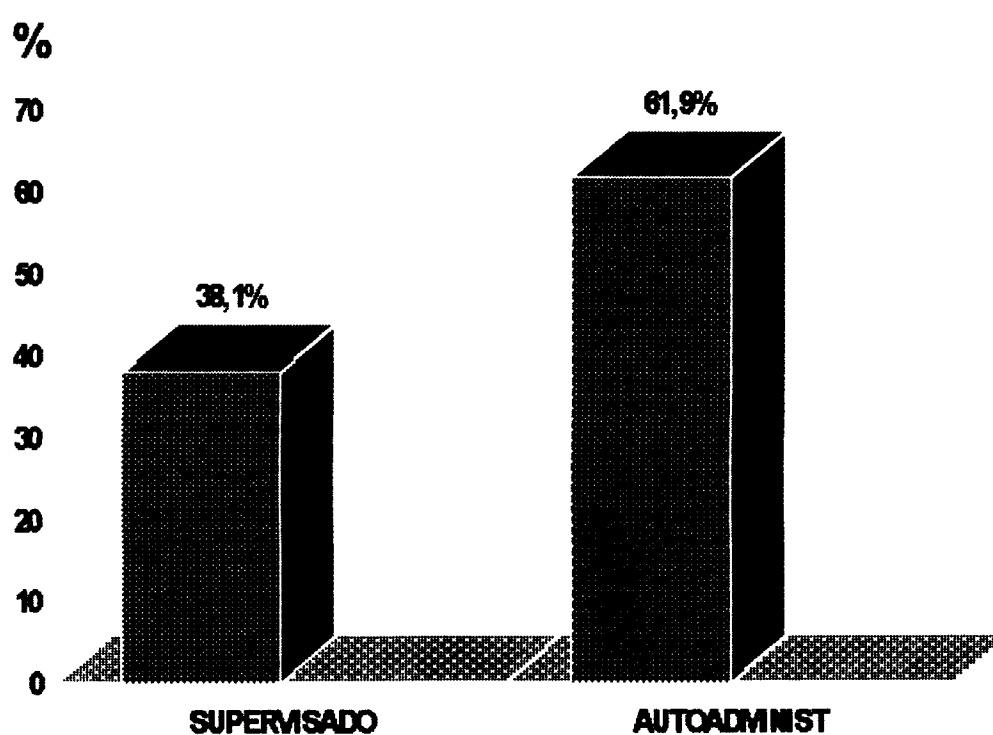
Forma Clínica

(TABLA 2)



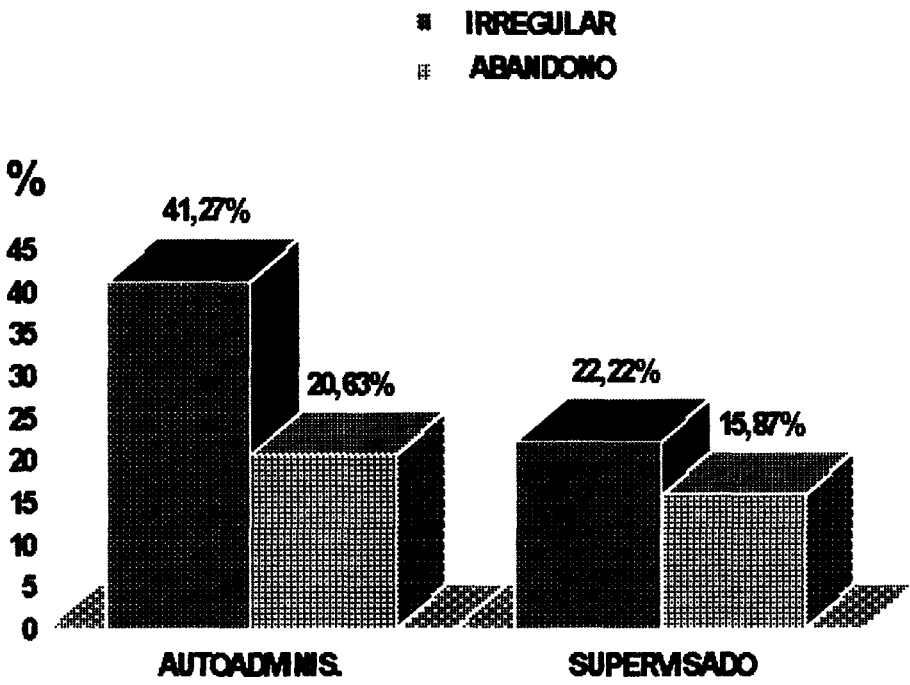
*FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata*

IRREGULARIDAD Y/O ABANDONO
Esquema de Tratamiento
(TABLA 3)



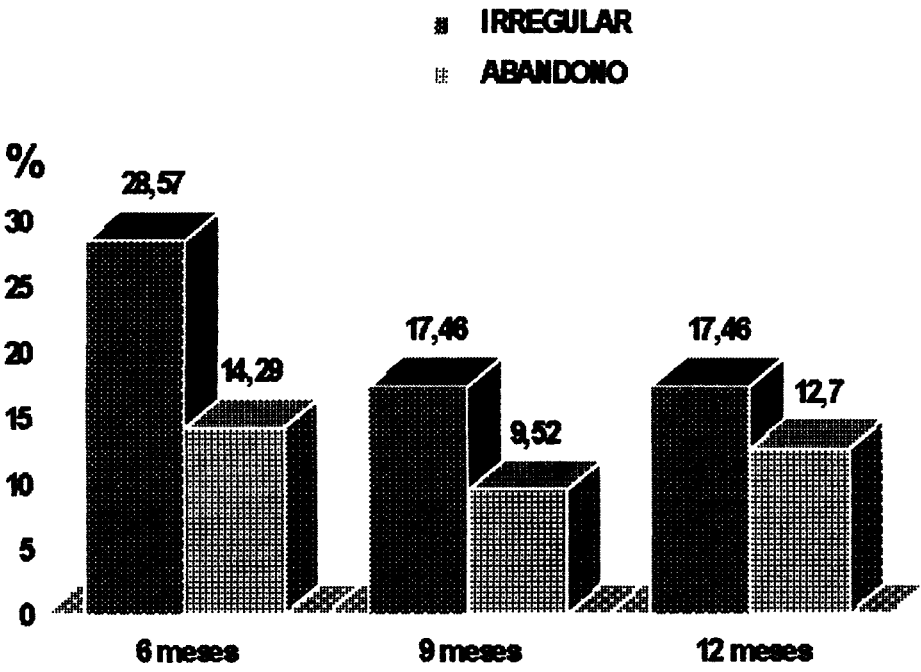
***FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata***

IRREGULARIDAD Y ABANDONO
Esquema de Tratamiento
(TABLA 3a)



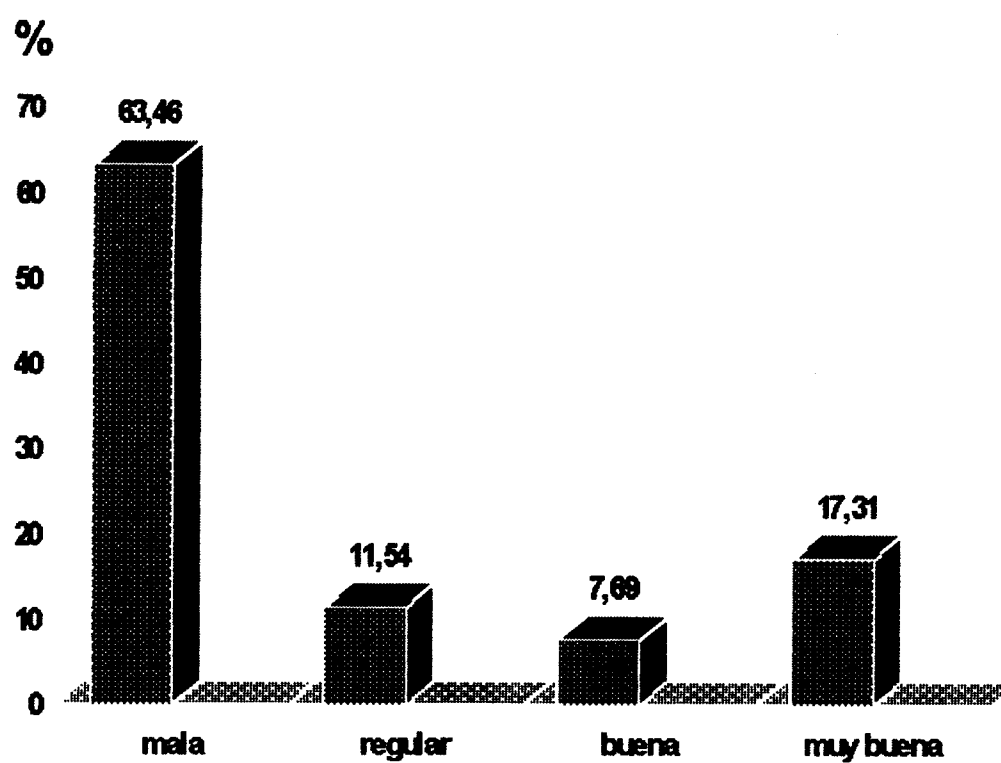
*FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata*

IRREGULARIDAD Y ABANDONO
Duración del Tratamiento
(TABLA 4)



*FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata*

IRREGULARIDAD Y/O ABANDONO
Condiciones Habitacionales
(TABLA 5)

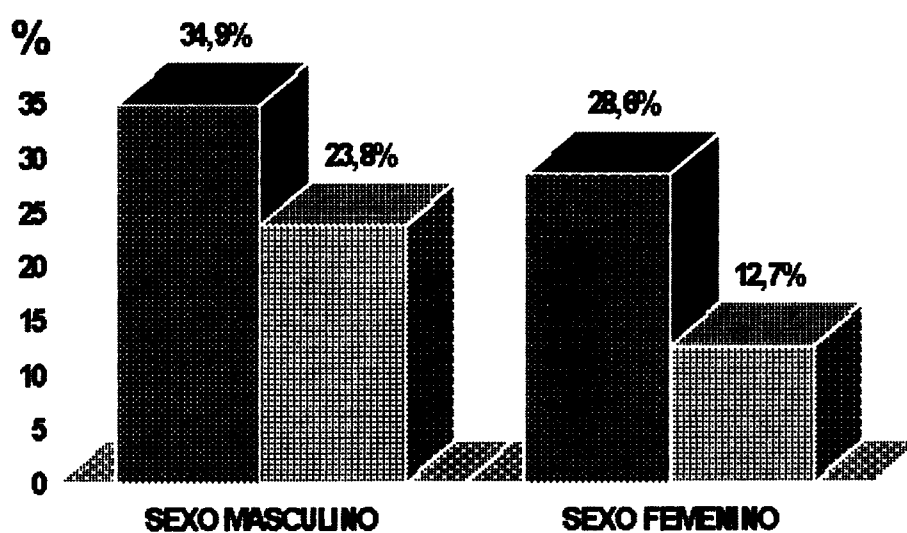


***FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata***

IRREGULARIDAD Y ABANDONO

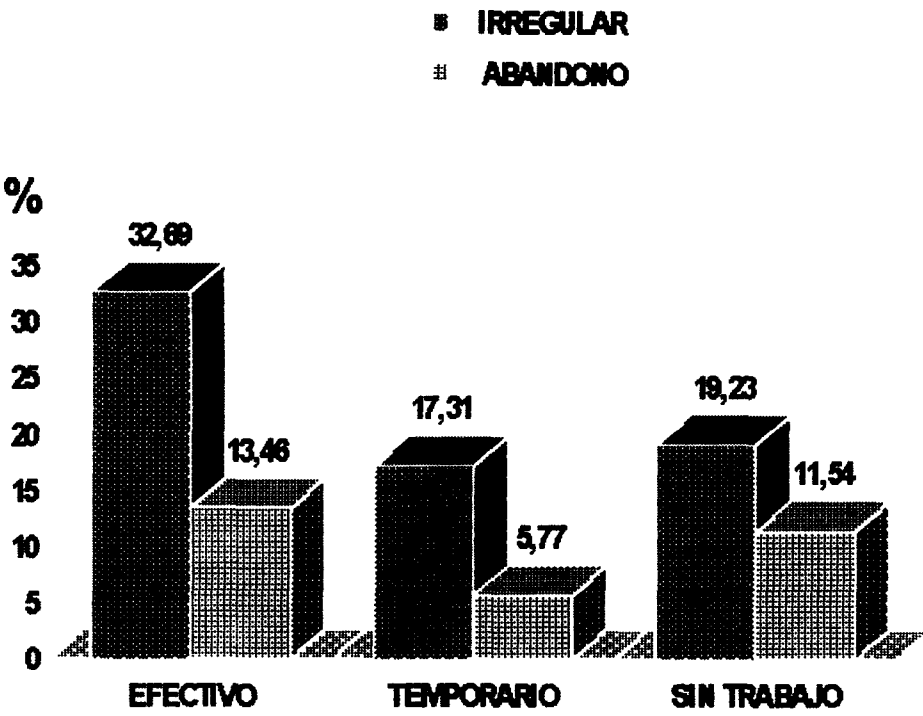
Sexo
(TABLA 6)

■ IRREGULAR
▨ ABANDONO



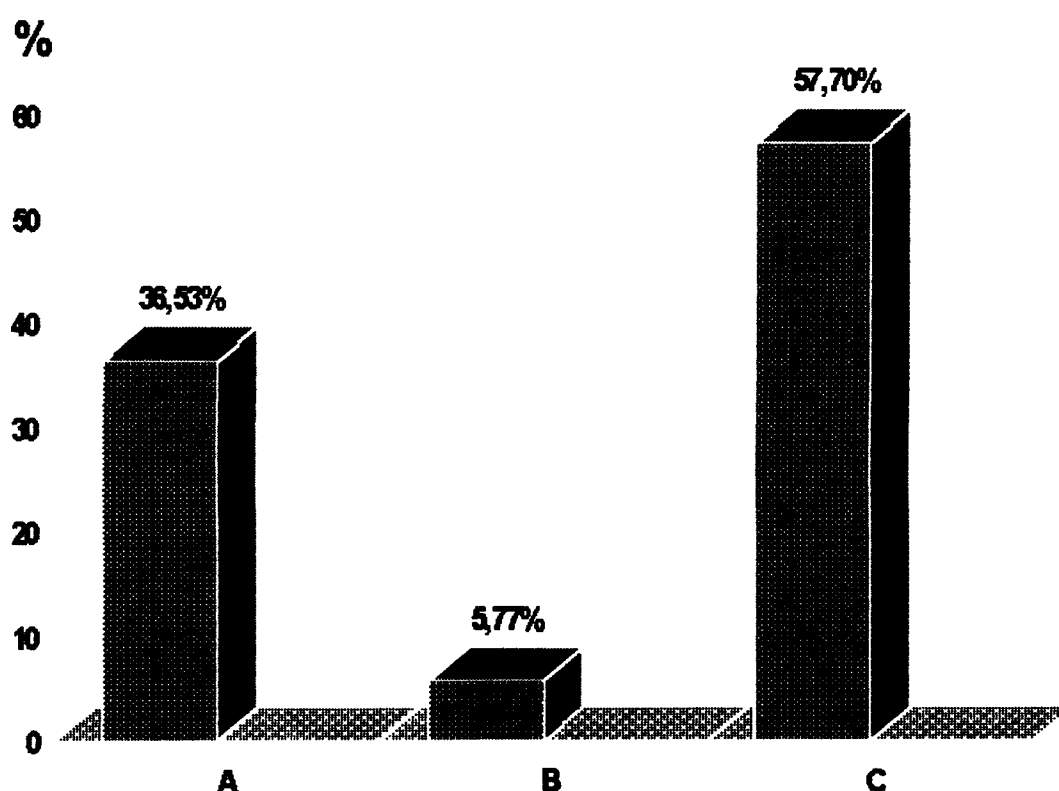
*FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata*

IRREGULARIDAD Y ABANDONO
Ocupación
(TABLA 7)



*FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata*

IRREGULARIDAD Y ABANDONO **Satisfacción de las Necesidades Básicas** **(TABLA 8)**

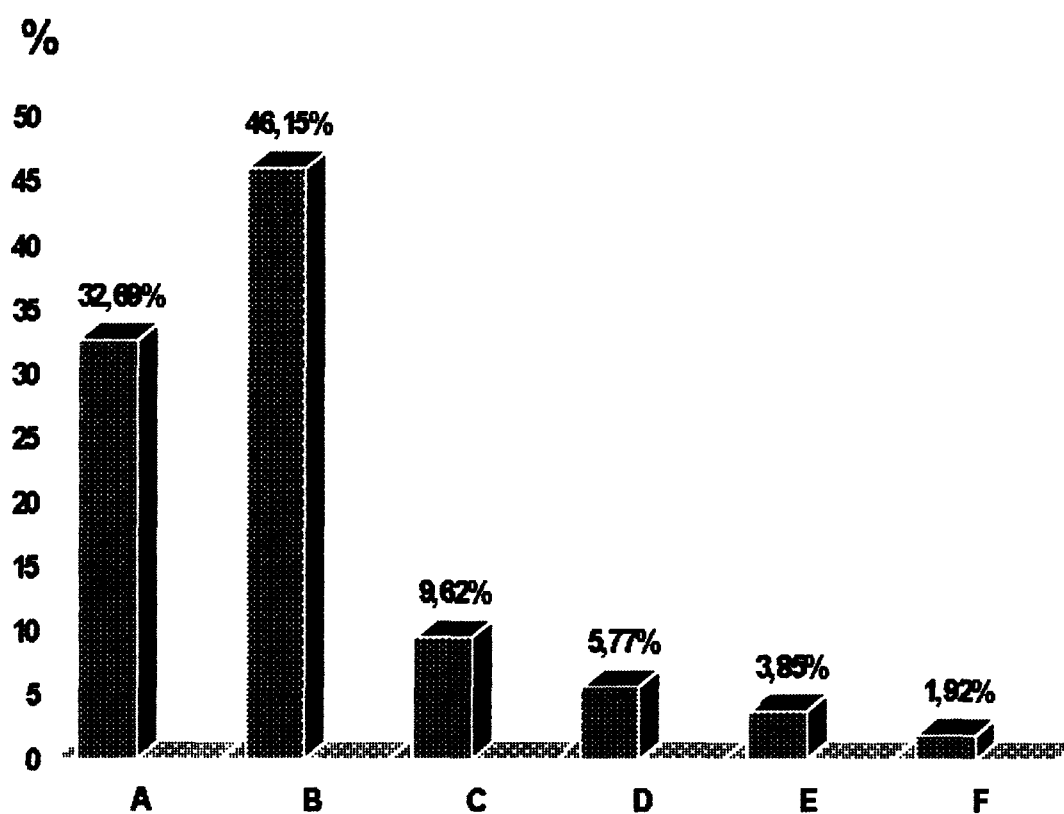


REFERENCIAS

- A Necesidades Básicas Satisfechas
- B Necesidades Básicas Medianamente Satisfechas
- C Necesidades Básicas No Satisfechas

***FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata***

IRREGULARIDAD Y/O ABANDONO **Nivel Educativo** **(TABLA 9)**

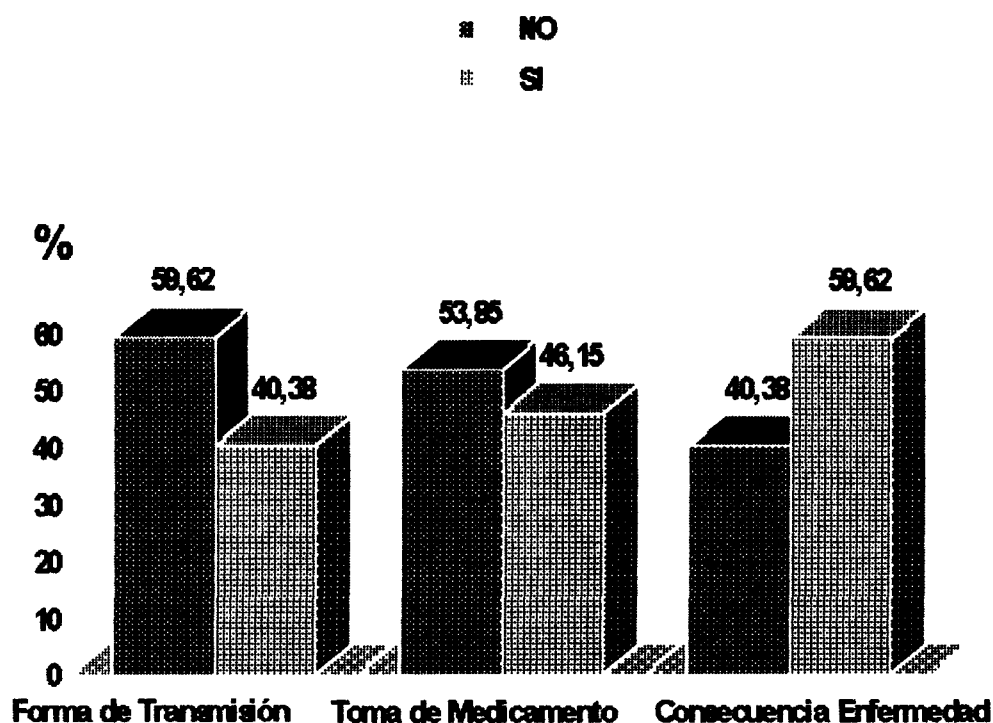


REFERENCIAS

- A Primaria Completa
- B Primaria Incompleta
- C Secundaria Completa
- D Secundaria Incompleta
- E Terciaria Completa
- F Terciaria Incompleta

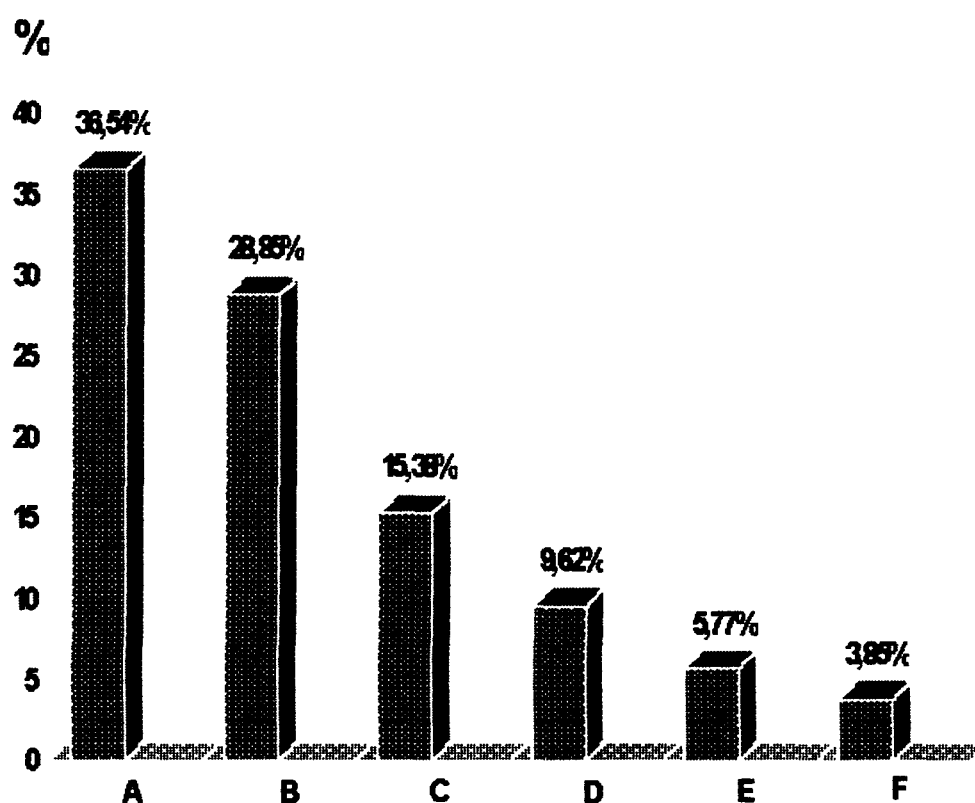
FUENTE: *I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata*

IRREGULARIDAD Y/O ABANDONO **Conocimiento y Comprensión de la** **Enfermedad** **(TABLA 10)**



*FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata*

IRREGULARIDAD Y/O ABANDONO **Causas Manifestadas** **(TABLA 11)**



REFERENCIAS

- A Razones Económicas
- B Se sentía bien
- C Impacientes
- D Consultorio Privado
- E Intolerancia a la Droga
- F Cárcel

**FUENTE: I.N.E Comprendido entre el 1 de Enero de 1994
al 31 de Diciembre de 1995. Mar del Plata**

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

De las variables estudiadas se obtienen datos e información de interés que pueden cruzarse o combinarse de múltiples formas. Aquí centramos la atención en aquellas relaciones más significativas; en las condiciones generales de vida del paciente y los riesgos que contienen y aquellos que se vinculan con los aspectos operativos del Programa de Control de T.B.C. Esta selección no es arbitraria sino que se relaciona con las mayores oportunidades de intervención profesional del Trabajador Social.

Es conocido que los sectores de población con mayores desventajas socioeconómicas: vivienda-trabajo-educación-nivel de satisfacción de las necesidades; están más expuestas al riesgo de contraer la enfermedad y a presentar dificultades para el cumplimiento del tratamiento. Los datos obtenidos en el grupo estudiado son coincidentes con este conocimiento general. Esto se ve reflejado en los altos índices de desempleo o empleo precario de los pacientes estudiados (tabla 7) lo que se correlaciona con índices también elevados para las regulares y malas condiciones habitacionales y la insuficiente o no cobertura de las necesidades básicas (tabla 5 y tabla 8).

Si bien es inaccesible para el Trabajador Social el modificar las condiciones estructurales macroeconómicas pueden intervenir profesionalmente en los aspectos de saneamientos y en el funcionamiento familiar y en el manejo de los recursos de la comunidad orientados al mejoramiento de las condiciones materiales y de funcionamiento.

Como es característico de la enfermedad la mayoría de los pacientes presentaban formas Clínicas Pulmonares que son las que propician el contagio (tabla 2).

Las Irregularidades y/o Abandonos reiterados que provocan resistencia bacteriana a los tuberculostáticos, configuran doble riesgo individual y social, es por ello que el cumplir el tratamiento prescripto por el médico es un punto central del Programa de Control de la Enfermedad y principalmente de intervención del Trabajo Social, que puede inscribirse a nivel de lo que conocemos como Prevención Secundaria.

Los altos índices que se registran en la falta de conocimiento y comprensión de la enfermedad, aspecto esencial para el logro del cumplimiento del tratamiento y los elevados porcentajes de Irregularidad y/o Abandono especialmente en el esquema de tratamiento Supervisado (tabla 3) se relaciona con el bajo nivel educativo de los pacientes (tabla 9) lo cual nos está indicando que es un grupo de alto requerimiento de atención por parte de todo el equipo de salud; por otra parte son reveladores de déficit en el equipo de salud referente a: los aspectos educativos y operativos.

Todos los pacientes entrevistados, el 100 %, ya sea con tratamiento Supervisado y Autoadministrado son atendidos en el Instituto Nacional de Epidemiología, para el control o para la toma de medicamentos. De los cuales el 26,9 % de los pacientes con el esquema de tratamiento Supervisado, se atienden en los centros asistenciales periféricos que le corresponden. La atención dispensada por el Instituto Nacional de Epidemiología como en los centros asistenciales

periféricos, no es un factor que influye en el incumplimiento de los tratamientos en los pacientes que realizaron Abandono y/o Irregularidad. tomando en consideración la valoración de la asistencia por parte de los pacientes, son atendidos Muy Bien el 30,77 %, el 94,23 % Bien y 1,92 % Regular.

Con respecto al manejo administrativo en el Instituto Nacional de Epidemiología, el 98,07 % de los pacientes saben movilizarse y solo el 1,92 % no lo saben.

Para el caso de la realidad estudiada; esto se relaciona con el contexto más amplio de las políticas sociales actuales del país y más particularmente con aquello relacionado al área de salud y muy especialmente con la reducción del personal y el agudo déficit de dotación de profesionales de Servicio Social en el programa. Lo cual nos permite inferir con cierto grado de certeza, que los índices de Abandono y/o Irregularidad obtenido en este estudio puedan ser similares a lo de otras regiones y que en zonas más desfavorecidas del país, se encuentran situaciones mucho más graves.

El Abandono y/o la Irregularidad en el tratamiento, se relaciona con la combinación particular de cada paciente en los múltiples factores estudiados, con los déficit señalados anteriormente, con características personales peculiares, con los motivos que ellos mismos expresan y como hemos vistos con las condiciones de calidad de vida. Es fácil advertir entonces que el cumplimiento del tratamiento de T.B.C, uno de los pilares básicos del Programa de Control, requieren un equipo de salud altamente dotado. De no haber en el futuro próximas modificaciones sustanciales en la política

de salud, las perspectivas en el tiempo son preocupantes. Se hace necesario destacar que la ciudad de Mar del Plata reúne condiciones particularmente favorables para el desarrollo de un programa más eficiente, esto está dado por la cantidad de unidades sanitarias ubicadas en todos los barrios de la ciudad, lo que permite la indicación del tratamiento Supervisado, en un alto número de pacientes, a lo que se agrega el excelente nivel de cobertura de vacunación B.C.G que presenta el Partido Gral Pueyrredón.

Esto nos hace pensar que solamente fortaleciendo los equipo de salud, con los recursos humanos calificados disponibles en la ciudad, puede lograrse sin grandes costos un control eficiente de la T.B.C.

ORIENTACIONES GENERALES

- Jerarquizar la función preventiva del Programa de Control de T.B.C. y ponerlo bajo la competencia y responsabilidad del Servicio Social, pues a través de ésta, es posible implementar proyectos que requieren menos costos y brindan mayores beneficios.
- Coordinar acciones con centros de atención de la salud barrial con el fin de :
 - * Supervisión y seguimiento conjunto del tratamiento Supervisado.
 - * Planificar e implementar cursos de capacitación para el personal que trabaja en instituciones, siendo los mismos, los encargados de supervisar el tratamiento de tuberculosis a los pacientes derivados.
 - * Instrumentar acciones de extensión que incluyan charlas, debates, proyecciones, entre otras.
- Efectuar junto con el Trabajador Social y el médico de la Institución una profunda educación sanitaria, utilizando materiales didácticos como por ejemplo; afiches, manual ilustrado, etc; con el fin de que este favorezca la comprensión y motivación para el tratamiento.

- Desarrollar el proceso completo del Servicio Social, con cada uno de los pacientes, desde la matriz Institucional orientando al mejoramiento de las condiciones de vida y satisfacción de necesidades para el cumplimiento del tratamiento.
- Propiciar y favorecer las condiciones para que el mayor número de pacientes puedan ser incluídos en el esquema de tratamiento Supervisado.
- Considerando la importancia que reviste la relación médico-paciente y el vínculo con el Trabajador Social, para la mejor asistencia de la persona, sería recomendable que cada paciente sea atendido por los mismos profesionales desde el inicio hasta el fin del tratamiento.
- Fortalecer los aspectos educativos en el marco de la consulta médica.
- La formulación de Programa comunitario desde la institución, orientado a las diversas organizaciones intermedias (Sociedades de Fomento, Centros Asistenciales Periféricos, etc.)
- Trabajar desde el inicio del tratamiento en forma planificada y sostenida en lo referente a la aceptación y comprensión de la enfermedad en los aspectos motivacionales y emocionales relacionados con

ello y el tratamiento.

- Desde el Programa de Control de Tuberculosis, fortalecer e intensificar la búsqueda de casos en el nivel de atención primaria mediante la motivación y capacitación del equipo de salud.
- Utilizar espacios en los medios de comunicación masiva para la divulgación de medidas preventivas, tendientes a informar causas, factores, consecuencias y transmisibilidad de la tuberculosis; siendo ésta una forma directa de llegar a la comunidad.
- Extender la acción educativa a la comunidad, a fin de que se transformen en agentes multiplicadores de prevención y denunciadores del problema.

Es esencial integrar las actividades del programa de T.B.C en los servicios generales de Salud, teniendo siempre presente el objetivo social perseguido, que es su principal justificación; la perspectiva epidemiológica proporciona orientaciones claras y eficientes para el logro de tales objetivos.

No se desconoce las condiciones adversas de la realidad que afecta tanto a los servicios de salud como a la población en general. Sin embargo entendemos que no son razones suficientes para el abandono de la lucha contra la enfermedad.

El generar conciencia e información y hacer pública la magnitud del problema en la actualidad es requisito indispensable para disminuir la incidencia y una búsqueda de soluciones racionales.

CONCLUSIONES

Las autoras llegan a la conclusión que los medios de comunicación son recursos disponibles no suficientemente aprovechados para la tarea preventiva.

La prevención debe ser el imperativo ético de nuestra época y además siendo una función inherente al Trabajo Social debemos abocarnos a la Tuberculosis desde un enfoque originado en esa función. Para el caso de la Tuberculosis puede actuarse con altísimos niveles de eficiencia a nivel de prevención primaria, dado que existe para ella la vacuna B.C.G .

La Tuberculosis es en el Mundo, la tercera causa de muerte por enfermedades infecciosas y a pesar de todas las medidas preventivas que se adoptan, por medios de programas específicos, se siguen produciendo nuevos casos.

La situación de extrema pobreza esta desbordando toda la periferia en Mar del Plata, con índices de desocupación altísima, esto produce un aumento de las personas que se encuentran ahora en condiciones de indigencia, son aquellas que sus ingresos no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas, el valor de una canasta de alimentos, con las mínimas necesidades nutricionales que es un factor indispensable para la efectividad del tratamiento, como hemos visto en este estudio.

La Tuberculosis siempre estuvo ligada a una condición socio-económica, la falta de higiene y las carencias alimentarias.

Recientemente se ha agregado otro factor: el S.I.D.A, que hace caer las defensas naturales, lo que reactiva lesiones que parecían curadas.

Estos tres factores; la resistencia bacteriana, la miseria y la aparición de una enfermedad que provoca inmunodeficiencia están determinando el aumento de Tuberculosis en la sociedad actual. La Tuberculosis es un problema de honda raíz social; los antibióticos no lo hicieron desaparecer, solo lo empujaron hacia los bolsones de pobreza, donde existen tanta mala alimentación como pésima condiciones de higiene y escasos controles médicos. Se calcula que si la persona con Tuberculosis activa no recibe tratamiento a tiempo, infectaría entre diez y quince personas en un año.

Por eso es fundamental lograr la curación del paciente con tratamiento primario, el fracaso de este tratamiento por Abandono y/o Irregularidad implica la persistencia de la fuente de infección. De no realizarse el tratamiento correctamente el paciente puede llegar a la muerte y hasta ella seguir propagando la enfermedad.

El control de la Tuberculosis requiere de la misma fuerza y eficiencia en la Vacunación, Búsqueda de casos y Tratamiento.

ANEXO

ESQUEMA DE VACUNACION

I

- Al nacer.
- A los 6 años.
- A los 16 años.

Edad de la Vacunación:

La vacuna B.C.G. se aplica desde el nacimiento hasta los 20 años.

Lugar de aplicación de la Vacuna:

- Brazo izquierdo.
- Inserción inferior del deltoides.

Vía de aplicación de la Vacuna:

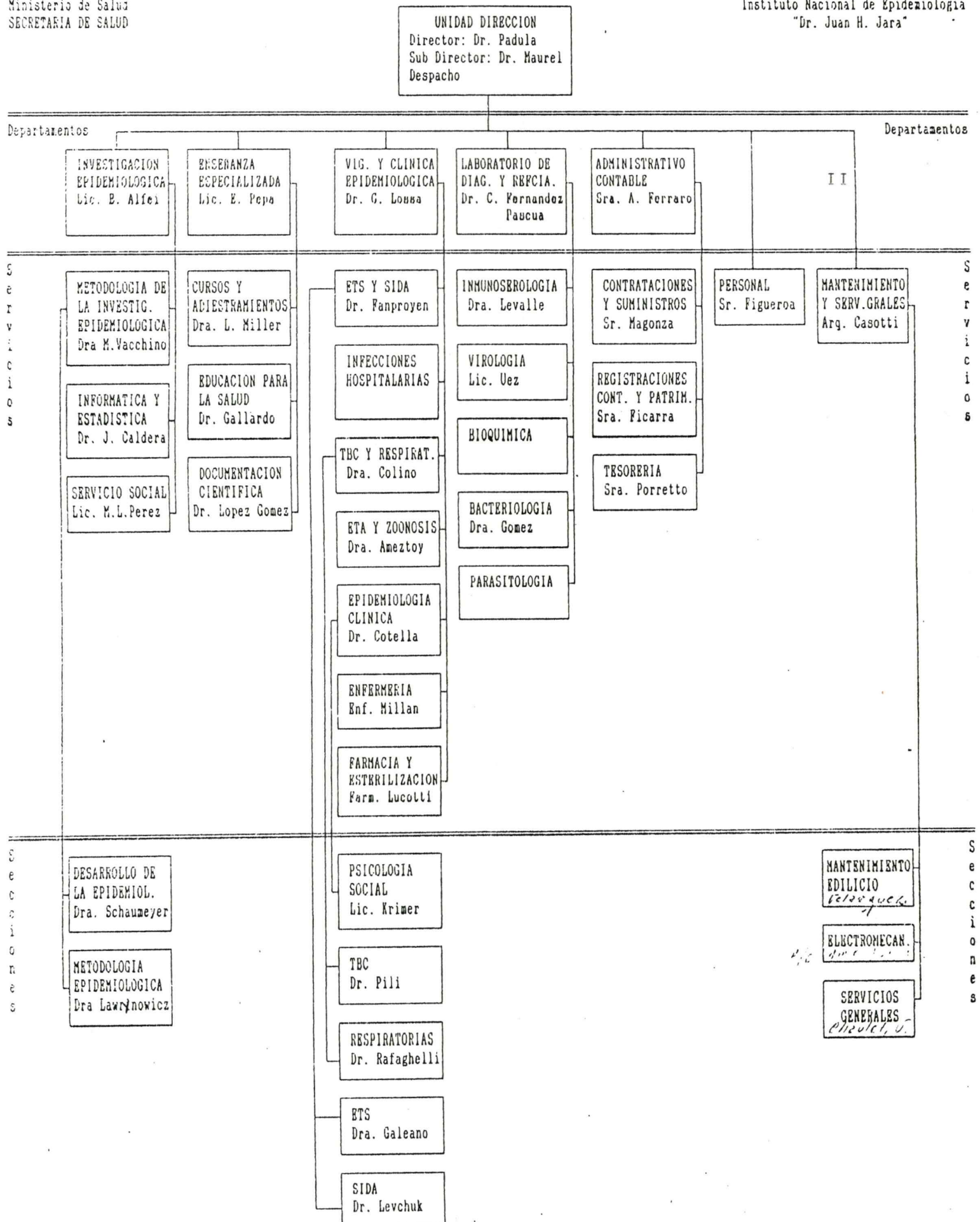
- Intradérmica.

Dosis a inyectar:

- De 0 a 30 días de vida: 0,05 ml. (media décima).
- Más de 30 días de vida: 0,1 ml. (una décima.)

Ministerio de Salud
SECRETARIA DE SALUD

Instituto Nacional de Epidemiología
"Dr. Juan H. Jara"





PROVINCIA DE BUENOS AIRES

III

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE MEDICINA SANITARIA Y SOCIAL

PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

LEY 10.436.

Y SU

DECRETO REGLAMENTARIO

Nº 170

La Plata, 18 de Enero de 1991

Visto el expediente 2900-7121/90 del registro del Ministerio de Salud por el cual se gestiona la aprobación del reglamento de la Ley 10.436 en la que se instituye un régimen de amparo, destinado a asegurar la protección socio-económica del enfermo por tuberculosis, posibilitando la continuidad del tratamiento y cualquier otro riesgo proveniente de dicha enfermedad, y

CONSIDERANDO:

Que el mencionado régimen posibilita la asistencia económica a todo paciente desprotegido sin cobertura de ningún sistema de seguridad social, ya sea en forma de subsidios en dierno y/o en especie mientras dure su incapacidad laboral o su tratamiento;

Que de conformidad con los dictámenes producidos por la Contaduría General de la Provincia, la Asesoría General de Gobierno y la Fiscalía de Estado, corresponde dictar el acto administrativo pertinente;

Por ello,

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
D E C R E T A**

Artículo 1º.- Apruébase la siguiente reglamentación, la que conjuntamente con las normas complementarias que dicte el Ministerio de Salud, constituirán el régimen especial de amparo socio-económico al paciente afectado de tuberculosis, creado por la Ley 10.436, como asimismo la solicitud de subsidio Ley 10.436 la que como Anexo I forma parte integrante del presente.

Título I

de la competencia

Artículo 10.- Será autoridad de aplicación, la Comisión instituída por el artículo 10º de la Ley 10.436, facultándosela para efectuar todas las gestiones, requerimientos de información y/o fiscalizaciones que posibiliten el cumplimiento de los fines establecidos dentro de las normas legales vigentes.

Capítulo I

de la individualización del beneficiario

Artículo 20.- El trabajador social junto al médico tratante, evaluarán entre los pacientes afectados por tuberculosis, incorporados al Programa Provincial y con dos años como mínimo de residencia permanente en la Provincia de Buenos Aires aquellos que primariamente se encuentran en condiciones de ser protegidos por el subsidio.

Artículo 30.- A efectos de la determinación del candidato, en todos los casos, los criterios de evaluación deberán contemplar entre otras, las siguientes variables de análisis:

A) Condición social:

1) Pobres estructurales.

2) Pauperizados

B) Grupo familiar numeroso

C) Formas graves.

D) Asociaciones morbosas.

Artículo 40.- individualizado el candidato, se le proveerá una solicitud (Anexo I), la cual llenará asesorado por el trabajador social, quién además le hará saber las obligaciones establecidas por el Artículo 8º de la Ley 10.436, para los que resulten beneficiarios.

Artículo 50.- La solicitud tendrá carácter de declaración jurada, debiendo el solicitante completar todos los datos requeridos en

ella. Tales datos podrán verificarse en cualquier oportunidad y de la forma que la Comisión establezca en cada caso en particular.

Artículo 60.- Cumplido ese trámite, el trabajador social y el médico tratante, harán constar en la misma solicitud, que el paciente se encuentra en condiciones de recibir el subsidio. A esa constancia se deberá adjuntar copia autenticada de la historia clínica y el correspondiente informe social, el que elaborará en base a criterios establecidos por el artículo 3º de la presente reglamentación. La ausencia de la documentación citada, hará invalida la solicitud.

Artículo 70.- La solicitud, el informe social y la copia de la historia clínica, serán elevados, en un plazo de tres (3) días hábiles, a la Región Sanitaria, la que conformará un expediente con intervención del Responsable del Programa de Control de la Tuberculosis. No se dará curso a ningún expediente que sea tramitado sin la gestión de la Región Sanitaria que por lugar corresponda.

Artículo 80.- El Responsable del Programa de Control de la Tuberculosis de la correspondiente Región Sanitaria, conjuntamente con el personal a su cargo, procederá a evaluar las solicitudes presentadas, teniendo fundamentalmente en cuenta las prioridades establecidas en el artículo 3º de la presente reglamentación, brindando especial atención a aquellos candidatos que requieran el beneficio con mayor urgencia.

Artículo 90.- El Responsable del Programa de Control de la Tuberculosis de la Región Sanitaria, deberá redactar un informe, en el que detallará la gravedad del caso, señalará el lapso probable de duración del beneficio solicitado, fundamentando tal criterio y en ese caso, establecerá si el beneficio podrá ser incrementado por alguna de las causales del Artículo 4º de la Ley 10.436, o si se propone el subsidio de excepción, consignado en el Artículo 7º de la citada Ley.

Artículo 100.- El expediente con el correspondiente informe del Responsable Regional del Programa de Control de la Tuberculosis y el aval del Director de la Región Sanitaria, será elevado a la Dirección

Provincial de Medicina Sanitaria (Comisión Ley 10.436), en un plazo no superior a tres (3) días hábiles.

Capítulo II de la gestión de la Comisión

Artículo 11º.- La comisión contará con la colaboración de un Consejo Asesor integrado con hasta cinco (5) profesionales vinculados al Programa de Control de la Tuberculosis. Los integrantes del Consejo Asesor serán elegidos y/o removidos por la Comisión. La tarea de los integrantes del Consejo Asesor consistirá en colaborar en la selección de los beneficiarios, brindando para ello sus conocimientos en la materia.

Artículo 12º.- La Comisión se deberá expedir concediendo o denegando el subsidio solicitado. Para ello deberá merituar los informes obrantes en cada expediente, así como los criterios de evaluación establecidos en el artículo 3º de la presente reglamentación y la disponibilidad presupuestaria. Podrá participar de la reunión el Consejo establecido en el artículo 11º.

Artículo 13º.- En los casos en los que se conceda el subsidio se fijará el plazo por el cual se otorga el beneficio, consignado además si se encuentra dentro de los extremos establecidos por el artículo 4º de la Ley 10.436. Cuando se trate del subsidio de excepción previsto en el artículo 7º de la citada Ley, se determinará con precisión el alcance y el objeto del mismo debiéndose fundamentar el criterio sustentado.

Artículo 14º.- Lo tratado por la Comisión y las opiniones del Consejo, quedará asentado en un acta, donde se consignarán las disidencias, la que será firmada por todos los presentes.

Artículo 15º.- La correspondiente resolución, será notificada el mismo día por radiograma o el medio más idóneo al Responsable del Programa de Control de la Tuberculosis de la correspondiente Región Sanitaria, para su comunicación al beneficiario.

Artículo 16º.- Los expedientes a los que se haya denegado el beneficio, deberán remitirse a la Región Sanitaria (Responsable del

Programa de Control de la Tuberculosis) para conocimiento del interesado y posterior archivo.

Artículo 17º.- El expediente al que se le conceda el beneficio, será remitido junto con la resolución correspondiente al Responsable del Programa de Control de la Tuberculosis de la Región Sanitaria, permaneciendo en poder de ésta hasta la finalización del beneficio, oportunidad en la que se procederá a su archivo.

Artículo 18º.- Si se advirtiera la necesidad de prolongar la duración del subsidio, treinta (30) días corridos antes de la finalización del beneficio, deberá remitirse el expediente a la Comisión. Del mismo modo deberá procederse cuando el beneficiario incumpla con lo dispuesto en el artículo 8º de la Ley 10.436, o incurra en otra causal que determine el cese del beneficio.

Artículo 19º.- Mensualmente el Responsable del Programa de Control de la Tuberculosis de cada Región Sanitaria, deberá informar sobre el cumplimiento del tratamiento del beneficiario. El incumplimiento de la presente disposición motivará la suspensión del beneficio acordado.

Capítulo III de la efectivización del beneficio

Artículo 20º.- En todos los casos deberá realizarse entre los treinta (30) y cuarenta y cinco (45) días hábiles de recibida la solicitud de otorgamiento debidamente confeccionada.

Artículo 21º. La Dirección de Administración Contable del Ministerio de Salud contará con un plazo no inferior a quince (15) días hábiles desde la comunicación de alta que le efectúe la comisión y el libramiento de la orden de pago correspondiente.

Artículo 22º.- En el caso de beneficiarios imposibilitados de movilización por sus medios y/o problemas originados por inaccesibilidad geográfica, podrá otorgarse carta-poder con la firma autenticada por la asistente social o médico provincial, para la percepción del subsidio. El

mandato también podrá otorgarse por acta ente las autoridades administrativas antes citadas la que contendrá una simple relación de la identidad y domicilio del compareciente, designación de la persona del mandatario y mención de la facultad de percibir el subsidio.

Artículo 23º.- En los casos en el que el cobro se efectúe por medio de mandatario, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior, deberá adjuntarse bimestralmente certificado de supervivencia expedido por la Policía de la Provincia de Buenos Aires.

Título II

Disposiciones Generales

Artículo 24º.- La comisión, a efectos de dar cumplimiento a lo establecido por el artículo 11º de la Ley 10.436 podrá ordenar la realización de auditorías médicas o contable-administrativas así como disponer la supervisión en el tiempo y forma que estime conveniente a los beneficiarios del subsidio.

Artículo 25º.- El monto del subsidio establecido por el artículo 3º de la Ley 10.436 será el que surja de la suma entre el sueldo básico correspondiente a la categoría 01 de la Ley 10.430 y las bonificaciones generales que para toda la Administración Pública Provincial establezca el Poder Ejecutivo.

Artículo 26º.- El trámite de toda la documentación tendrá el carácter de muy urgente, debiendo ser diligenciada con prioridad a cualquier otro.

Artículo 27º.- Los plazos establecidos en la presente reglamentación, solo podrán suspenderse por causales debidamente justificadas a juicio de la Comisión.

Artículo 2º.- El presente decreto será refrendado por el Señor Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

Artículo 3º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése al Boletín Oficial, pase al Ministerio de Salud (Dirección de Despacho) a sus efectos.

SOLICITUD DE SUBSIDIO: LEY 10.436

1. ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:

2. REGION SANITARIA:

COMISION LEY 10.436 - AMPARO DE ENFERMO TUBERCULOSO - PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

DIRECCION PROVINCIAL DE MEDICINA SANITARIA

3. APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS DEL SOLICITANTE:

4. FECHA DE NACIMIENTO

día mes año

5. NACIONALIDAD

6. FECHA DE INGRESO AL PAIS

MES AÑO

7. SEXO

VAR ☐ 1 MUJ ☐ 2

8. DOC

L.E. ☐ 1 L.C. ☐ 2 DNI ☐ 3 C.I. ☐ 4 Otro ☐ 5

9. ESTADO CIVIL:

Casado ☐ 1 Soltero ☐ 2 Viudo ☐ 3 Separado de hecho ☐ 4

Separado Legal ☐ 5 Concubino/a ☐ 6

10. DOMICILIO ACTUAL: Calle:.....Nº.....entre:.....

10.1. Localidad:.....

Partido:.....

Desde

Mes año

11. DOMICILIO ANTERIOR: Calle:.....Nº.....entre:.....

11.1. Localidad:.....

Partido:.....

Desde

Mes Año

12. ANTECEDENTES LABORALES DEL SOLICITANTE

EMPLEADOR

12.1. IMPRESA Y REPART	12.2. CAUSAL DE LA INACTIVIDAD	12.3. TAREA	12.4. DESDE	12.5. HASTA	12.7. JUICIO LAB.	12.6. SEGURO
			D M A	D M A		

13. DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO/A

13.1. Apellido y Nombres completos:.....

13.2. Fecha de nacimiento

día mes año

13.3. Nacionalidad

13.4. Sexo

Varon ☐ 1 Mujer ☐ 2

13.5. Fecha de ingreso al país

MES año

13.6. Documento

LE ☐ 1 LC ☐ 2 DNI ☐ 3 CI ☐ 4 ot ☐ 5 N°

13.7. Trabaja en relación de dependencia?

si ☐ 1 no ☐ 2

Donde?.....

13.8. Desde:

día mes año

13.9. Posee beneficios sociales ?

si ☐ 1 no ☐ 2

Cual?.....

9

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	EST. CIVIL	Nº DOCUMENTO	SUELDO/BENEF. SOCIAL

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SON VERDADEROS, Y CUALQUIER MODIFICACION DE LOS MISMOS SERA COMUNICADA AL CORRESPONDIENTE TRABAJADOR SOCIAL, ASI COMO TODO TRAMITE VINCULADO CON LA SEGURIDAD SOCIAL. EL PLAZO PARA EFECTUAR DICHA COMUNICACION ES DE 48 HORAS.

ADEMAS DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY 10.436 EN EL ARTICULO 8º, QUE ESTABLECE LA OBLIGACION DE CUMPLIR LOS EXAMENES, CONTROLES Y TRATAMIENTOS QUE ME SEAN IMPUESTOS, Y QUE SU INCUMPLIMIENTO DARA LUGAR A LA PERDIDA DEL BENEFICIO.-

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FINA DEL SOLICITANTE

Autorización para el cobro del beneficio por un familiar:

Por la presente solicito que en el caso que me sea otorgado el beneficio, y con motivo de la imposibilidad de desplazarme hasta el lugar de cobro, se permita recibirlo a:.....

.....Documento Nº:.....
quien es mi:.....(indicar parentesco) a quien autorizo a efectuar el cobro por mí.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma autorizante

Constancia del médico tratante y trabajador social:

Por la presente hacemos constar que el Sr / Sra.:.....
.....Documento de Identidad Nº:.....
se encuentra en condiciones de ser considerado para el otorgamiento del subsidio establecido por la Ley 10.436, en mérito a la historia clínica y encuesta social que se adjunta a la presente.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del médico tratante

.....
Firma y sello del
Trabajador Social

FECHA DE ELEVACION/...../..... RECIBIDA EN REGION SANITARIA

La Plata, 9 de Setiembre de 1986

VISTO lo actuado en el expediente 2240-644/86, y la comunicación cursada por la Honorable Cámara de Diputados por la que pone en conocimiento del Poder Ejecutivo la Sanción de una Ley sobre régimen de amparo social para el paciente afectado de Tuberculosis, y

CONSIDERANDO:

Que dicha ley fue comunicada al Poder Ejecutivo con fecha 27 de agosto del año en curso,

Que de conformidad a lo establecido en el artículo 132 inciso 2) de la Constitución Provincial, es atribución del Poder Ejecutivo la promulgación de las leyes,

Que este Poder Ejecutivo ha resuelto hacer uso de la aludida facultad constitucional,

Por ello,

**EL PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
D E C R E T A :**

Artículo 1º.- Téngase por ley de la Provincia de Buenos Aires Nº 10.436 la norma sancionada por la Honorable Legislatura con fecha 21 de agosto del año en curso, cuya copia como anexo, forma parte del presente Decreto.

Artículo 2º.- El presente decreto será refrendado por el señor Ministro Secretario en el Departamento de Gobierno.

Artículo 30.- Cúmplase, comuníquese, publíquese, dése al Registro y Boletín Oficial y archívese.

EL GOBERNADOR Y CAMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
SANCIONAN CON FUERZA DE
L E Y

Artículo 10.- Créase un régimen de amparo destinado a asegurar la protección socio-económica del paciente afectado de tuberculosis, la continuidad de su tratamiento y cualquier otro tipo de riesgo proveniente de dicha enfermedad.

Artículo 20.- El régimen de amparo creado por la presente Ley, proveerá de asistencia económica a todo aquel paciente detectado e incorporado al Programa de Control de la Tuberculosis en la Provincia de Buenos Aires, ya sea en forma de subsidios en dinero y/o en especies; siempre que no estén protegidos, durante el período de su incapacidad laboral o de la duración de su tratamiento certificado por autoridad sanitaria provincial, por ningún sistema de seguridad social o estatuto, de acuerdo al sector en que desempeñaba sus tareas.

Artículo 30.- Establécese el monto del subsidio, que será percibido mensualmente, en el valor de un salario mínimo de la Administración Pública Provincial.

Artículo 40.- El subsidio se incrementará en un diez (10) por ciento cuando el paciente permanezca internado en un establecimiento hospitalario y hasta un veinticinco (25) por ciento cuando sea necesario agregar el control de alguna asociación morbosa. Cuando el cuidado o la atención domiciliaria del paciente determine la necesidad del cese laboral de algún conviviente del núcleo familiar, el subsidio se incrementará hasta un cincuenta (50) por ciento durante el tiempo que requiera esa asistencia social.

Artículo 50.- El término de la incapacidad laboral que determine el otorgamiento del subsidio se fijará de acuerdo a la indicación

médica correspondiente, pero podrá extenderse a todo el tiempo del tratamiento siempre que por alguna causa se prolongara la situación de desocupación.

Artículo 6º.- Los subsidios serán intransferibles e inembargables y estarán exentos de todo tipo de gravamen mientras el beneficiario constituya caso patológico previsto por la presente Ley o se prolongue su período de cese laboral de acuerdo con el artículo anterior.

Artículo 7º.- De acuerdo al estudio social y para cada caso individual, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 2º de la presente Ley, se podrán otorgar subsidios con carácter de excepción, para mejorar las condiciones de vida del enfermo tuberculoso o su núcleo familiar y según la disponibilidad de los recursos.

Artículo 8º.- Los beneficiarios están obligados a los exámenes, tratamientos y demás condiciones establecidas por el Programa de Control de la Tuberculosis y su inobservancia podrá dar lugar a la pérdida del beneficio otorgado.

Artículo 9º.- Créase en el Anexo presupuestario del Ministerio de Salud la cuenta especial "Régimen de Amparo Social para enfermos de tuberculosis", la que funcionará con los siguientes recursos:

- a) Los fondos que destine anualmente la Ley de Presupuesto.
- b) Las donaciones y legados que se destinen al cumplimiento de los fines de la presente Ley.

Artículo 10º.- La dirección y administración del régimen creado por la presente Ley estará a cargo de una Comisión dependiente de la Dirección Provincial de Medicina Sanitaria, presidida por su titular o integrada por el Jefe Provincial del Programa de Control de la Tuberculosis y el Jefe de Servicio Social.

Artículo 11º.- Serán funciones de la Comisión creada por el artículo anterior, las siguientes:

- a) Administrar los recursos previstos por esta Ley.
- b) Conceder y denegar las prestaciones.
- c) Coordinar con las Regiones Sanitarias el otorgamiento de las prestaciones.

d) Disponer las verificaciones y el contralor necesarios para el correcto y eficaz cumplimiento del régimen de amparo dispuesto por la presente Ley.

e) Fijar el término de la incapacidad laboral a que alude el artículo 50.

Artículo 12º.- El Programa de Control de la Tuberculosis podrá disponer de hasta un veinticinco (25) por ciento de los recursos totales de la Cuenta Especial para Inversiones en equipamiento, acciones de mejoramiento en centros efectores o adquisición de bienes de consumo no contemplados en el programa por insuficiencia de Presupuesto o cuando mediaren razones de urgencia y que permitan elevar el nivel de atención de los pacientes tuberculosos.

El Ministerio de Salud con intervención directa de los organismos de aplicación pertinentes, proveerá a la autorización del gasto que corresponda a la Dirección de Medicina Sanitaria, con participación de la jefatura del Programa.

Artículo 13º.- La aplicación de los beneficios establecidos por la presente Ley se hará en forma progresiva de acuerdo a las disponibilidades económicas y en relación a las prioridades que establecerá la Jefatura del Programa, en base a pautas de gravedad en cada caso, situación socio-económica, riesgos comunitarios y grupos etáreos más susceptibles.

Artículo 14º.- Derógase la Ley 7124, el Decreto-Ley 7383/67 y toda otra norma que se oponga a la presente.

Artículo 15º.- El Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires reglamentará la presente Ley en el término de ciento veinte (120) días.

Artículo 16º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la sala de sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata a los veintiún días del mes de agosto del año mil novecientos ochenta y seis.

REGISTRADA, bajo el número DIEZ MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS, (10.436).

IV

Esquema a emplear	Duración	Régimen	Drogas	Dosis (adulto medio)	Total de droga	Nº de tomas de medicación
TRATAMIENTO CONTINUO	6 MESES 1a. fase: 2 meses	DIARIO	H R Z S	300 mg/d. 600 mg/d. 1500 mg/d. 1 g/d.	H: 540 comp. 100 mg R: 360 cáps. 300 mg Z: 360 comp. 250 mg S: 60 fcos. de 1 gr	180 tomas.
	2a. fase: 4 meses	CONTINUO (DIARIO)	H R	300 mg/d. 600 mg/d.		
TRATAMIENTO INTERMITENTE Esquema 1.	9 MESES 1a. fase: 2 meses	DIARIO	H R S	300 mg/d. 600 mg/d. 1 g/d.	H: 660 comp. 100 mg R: 220 cáps. 300 mg S: 54 fcos. 1 g	108 tomas.
	2a. fase: 7 meses	BISEMANAL	H R	900 mg/d. 600 mg/d.		
TRATAMIENTO INTERMITENTE Esquema 2.	6 MESES 1a. fase: 2 meses	DIARIO	H R Z S	300 mg/d. 600 mg/d. 1500 mg/d. 1 g/d.	H: 468 comp. 100 mg R: 128 cáps. 300 mg Z: 360 comp. 250 mg S: 60 fcos. 1 g	92 tomas.
	2a. fase: 4 meses	BISEMANAL	H R	900 mg/d. 600 mg/d.		

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO: el número que precede a las letras es el número de meses de la fase (antes de la barra: intensiva; luego de la barra: consolidación) El número subfijo es el número de dosis por semana en los regímenes intermitentes.

v

ENCUESTA ABANDONO Y/O IRREGULARIDAD EN TRATAMIENTO DE
TUBERCULOSIS DEL I.N.E. COMPRENDIDO ENTRE EL 1º DE ENERO DE
1994 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995. MAR DEL PLATA.

APELLIDO Y NOMBRE:	H.C:
EDAD:	SEXO:
DOMICILIO:	EST.CIVIL:
TIPO DE BARRIO	
DIAGNOSTICO:	
PULMONAR:	EXTRAPULMONAR:
TIPO DE TRATAMIENTO:	
SUPERVISADO:	AUTOADMINISTRADO:

TRATAMIENTO	6 MESES	9 MESES	12 MESES
MES DE INICIO DE IRREG.			
MES DE ABANDONO			

21) Tiene usted estudios primarios , secundarios, terciarios
u otros?

22) Está Ud. trabajando actualmente? En qué?

23) Su trabajo es efectivo o temporario?

24) En qué otras actividades se desempeñó?

25) Si actualmente no tiene ocupación. Qué tipos de
trabajos realizó anteriormente?

26) Qué ingresos posee el grupo familiar?

27) La vivienda que Ud. habita. Es propia, cedida o alquilada?

28) Cuántos ambientes posee la vivienda?

29) Con qué servicios cuenta la vivienda?

30) Con cuántas personas comparte la vivienda?

31) Qué religión practica?

32) Ud. consume alcohol?

33) Cuales son las formas de transmisión de la enfermedad?

34) Qué tiene que hacer Ud. para curarse correctamente de la enfermedad?

35) Qué piensa Ud. que le ocurriría sino sigue con el tratamiento?

36) En caso de tratamiento supervisado. Dónde realiza el tratamiento? A qué distancia se encuentra del lugar en que vive?

37) Cómo es atendido ? (Sala de atención barrial)

38) Conoce como manejarse dentro del I.N.E ? (farmacia, sacar turno, médico, laboratorio, rayo, etc)

39) Cómo es atendido en el I.N.E ?

40) Qué le ocurrió que abandono y/o realizó el tratamiento en forma irregularidad?

BIBLIOGRAFIA

- Curso de Epidemiología de la Tuberculosis.
Estructura Modular 3. Modulo 2. Búsqueda de casos.
Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara".
- Curso de Epidemiología de la Tuberculosis.
Estructura Modular 3. Modulo 1. Vacunación.
Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara".
- Curso de Epidemiología de la Tuberculosis.
Estructura Modular 3. Modulo 3. Tratamiento.
Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Héctor Jara".
- Diario Clarín " El retorno de la Tuberculosis".
Sábado 23 de Marzo de 1996. Sección Editorial Pág. 12.
- Diario Clarín Informe de O.M.S " La Tuberculosis sigue
creciendo". Sábado 2 de Marzo de 1996 . Sección Información
General. Pág.39.
- " Nociones Básicas de Epidemiología General ".
Carlos A. Urquijo, Joseba K.de Ustaron, Aldo Milic.
Editorial Universitario. Buenos Aires. Año 1970.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina
Regional de la Organización Mundial de la Salud.
Volumen 98 N° 5. Mayo 1985.

- Tema de Actualidad " El S.I.D.A y su interacción con la Tuberculosis en América Latina y el Caribe". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 116 (3). Marzo 1994.

- Tema de Actualidad "Epidemiología del S.I.D.A y la Tuberculosis" Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 116 41) Junio 1994.

- "Contribuciones a la Metodología del Servicio Social", Enrique Di Carlos y otros. Editorial Humanitaria. Cap."El criterio metodológico básico del Trabajo Social". Pág. 34 y 35.

- " Que es el trabajo social", Ander Egg, Ezequiel Ed. Humanitas 1985.

- " Metodología de la intervención en trabajo social." De Robertis,Cristina. Ed. Ateneo. 1988

- " Salud Pública y Trabajo Social", Natalio Kisnerman y colaboradores. Tema xv " El Trabajo Social en Salud"; Pág.:121-124. Ed.Humanita Bs.As 1982.