

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2009

El aspecto social de la tuberculosis y los aportes desde el trabajo social

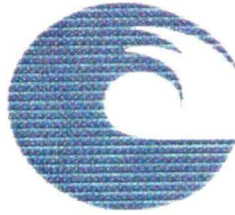
Cranca, Vanesa Maricel

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/448>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

20 SEP 2012

SS
Inv. 4047



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la salud y Servicio Social

Licenciatura en Servicio Social

TESIS FINAL

***“El Aspecto Social de la Tuberculosis
y los
aportes desde el Trabajo Social”***

Autoras

Cranca, Vanesa Maricel
Vera, Virginia Inés

Directora de tesis

Lic. Colombo, Stella Maris

Codirectora de tesis

Lic. Bertoli, Claudia

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
4047	
Vol	Ejemplar
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Noviembre de 2009. Mar del Plata. Argentina

DEDICATORIAS

A mis papas, José y "Nori", por acompañarme siempre en este proceso, por tenerme en cuenta, por confiar en mí, y alentarme en todo momento.

A Rubén, Patricia, Florencia y Lucila, porque siempre me hicieron sentir parte de la familia, brindándome cariño, comprensión y apoyo.

A Javi, por acompañarme y comprenderme en la distancia.

A Claudia, por aconsejarme y orientarme en el proceso de enseñanza.

A Vir, por ser mi compañera y mi amiga en los momentos buenos y malos de la vida.

Vane

A mis padres, Jorge e Inés, por haber creído en mí, por apoyarme, y ayudar a cumplir mi sueño con su esfuerzo.

A mi hermano, Ezequiel que siempre estuvo presente en mis proyectos, a Vero y a mi sobrino Benjamín.

A mi novio, por su amor, su comprensión y su palabra de aliento.

A Vane, por ser mi compañera de tesis, mi concubina y por ser mi amiga incondicional.

Vir

A nuestras amigas/os, que siempre estuvieron alentándonos, acompañándonos y confiando en nosotras!!!

AGRADECIMIENTOS

A Stella Maris Colombo, por ser nuestra Directora, por acompañarnos en diferentes momentos de la carrera, y por haber aprendido mucho de ella.

A Claudia Bertoli, por ser nuestra Co-Directora, por brindarnos horas de dedicación en este trabajo y por acompañarnos durante este tiempo.

A ambas, gracias por ayudarnos a poder concretar esta investigación.

Al Equipo de Neumólogos del HIGA, por brindarnos información acerca del tema.

Al Hospital Interzonal General de Agudos, de la Ciudad de Mar del Plata, por brindarnos un espacio para realizar las entrevistas.

A los veinte pacientes que fueron participes de esta investigación, y que sin ellos esto no hubiese sido posible.

Gracias!!!

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1 - 4
--------------------------	--------------

Propuesta de trabajo

Objetivos generales y específicos

Principales momentos de la investigación

MOMENTO 1

PERSPECTIVA TEÓRICA-METODOLÓGICA

• ASPECTOS-METODOLÓGICOS.....	5
• Acceso al campo.....	7

MOMENTO 2

PERSPECTIVA TEÓRICA

• CONTEXTO ESPACIAL.....	11
• SALUD PÚBLICA.....	15
• PROCESO SALUD – ENFERMEDAD.....	16
Tuberculosis.....	23
Tratamiento.....	26
Adherencia al Tratamiento.....	27
Programa de Control de la Tuberculosis en la Salud Pública.....	29
• CONCEPTO DE PACIENTE, Y EL POSICIONAMIENTO DESDE EL TRABAJO SOCIAL.....	35
• CALIDAD DE VIDA.....	37

- **LA INFLUENCIA DE LA VIDA COTIDIANA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.....39**
 - La construcción del estigma social, en relación a la adherencia al tratamiento.....41
- **LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.....43**
 - La especificidad del Trabajo Social en el campo de salud, en el área de tuberculosis, en un hospital de alta complejidad.....49

MOMENTO 3

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- **PRESENTACIÓN GENERAL DE LOS ENTREVISTADOS.....59**
 - Situación de Salud.....60
 - Situación Familiar.....66
 - Situación Laboral.....70
 - Situación Educativa.....73
 - Situación Habitacional.....75

MOMENTO 4:

- CONCLUSIÓN Y PROPUESTA DE TRABAJO.....79**
- BIBLIOGRAFIA.....93**

INTRODUCCIÓN



El motivo por el cual abordamos la temática surgió a partir de una práctica concreta, desde la intervención del Servicio Social en el Hospital Interzonal General de Agudos¹, donde fueron apareciendo problemas económicos y sociales expresados por los pacientes con diagnóstico positivo de Tuberculosis², para no continuar con el tratamiento. Esto nos llevó a problematizar en las estrategias que se desprenden del Programa de Control de TBC, en donde se tiene en cuenta el reducir la morbi-mortalidad y la transmisión de la infección tuberculosa; dejando de lado otros aspectos, los cotidianos que obstaculizan el tratamiento.

La intención ha sido elaborar un trabajo que tuviera como principal componente la palabra de los pacientes con diagnóstico de TBC. Al mismo tiempo hemos propuesto hacer un análisis de los diferentes obstáculos de la vida cotidiana expresados por ellos para continuar con el tratamiento.

El Trabajo Social como profesión que interactúa con los actores sociales dentro del contexto donde desarrollan sus vidas cotidianas, ha tenido que redireccionar estrategias de intervención desde lo individual, familiar, grupal y colectivo; teniendo en cuenta las prácticas y representaciones sociales que emergen de cada situación, para poder abordar eficazmente esta realidad social. Por lo tanto, no sería solo conocer y comprender lo social, sino que al mismo tiempo, trabajar desde ese lugar para transformarlo.

¹ Al referimos al Hospital Interzonal General de Agudos se mencionará (a lo largo de la investigación) como HIGA

² Al referimos a la Tuberculosis se mencionará (a lo largo de la investigación) como TBC

Ha sido y es fundamental la intervención del Trabajo Social con pacientes con diagnóstico de TBC, para lograr su adherencia al tratamiento, trabajando desde las dificultades que se les presentan en sus vidas cotidianas, y que repercuten en su estado de salud.

El Trabajador Social como integrante del equipo de trabajo de TBC que implementa el programa en el hospital, ha tenido que desplegar nuevas estrategias de intervención, para abordar desde la multidisciplinaria las causas por las cuales los pacientes abandonaban el tratamiento.

El presente estudio exploratorio-descriptivo, se ha llevado a cabo en el periodo comprendido entre los meses de julio del año 2008 y marzo del año 2009; en el área de TBC en el HIGA de la ciudad de Mar del Plata.

Se ha basado en el planteo del siguiente tema y problema de investigación:

"Los aspectos sociales que inciden en la adherencia al tratamiento de las personas con diagnóstico de TBC; y los aportes del Trabajo Social"

A partir de los profesionales intervinientes en el área de TBC, se ha observado y confirmado que desde la estrategia TAES/DOTS³, no se tiene en cuenta el testimonio de los pacientes, es decir los obstaculizadores que en su cotidianeidad se presentan para la adhesión al tratamiento.

Ante esto se ha partido del siguiente interrogante ¿Qué incidencia tienen los

³ **TAES:** Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado. **DOTS:** Tratamiento Breve bajo Observación directa. Estrategia que se desprende del Programa de Control de TBC.

aspectos sociales en el tratamiento de esta enfermedad?, tomando como ejes centrales la situación de salud, laboral, educativa, habitacional, y el grupo familiar del paciente.

Para llevar a cabo la investigación se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivos generales

- Identificar aquellos aspectos sociales que requerirían ser contemplados en el Programa de Control de la TBC en la Dirección Provincial de Medicina Preventiva porque inciden en la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de TBC.
- Problematizar las estrategias que se desprenden del Programa de Control de la TBC.

Objetivos específicos

- Analizar el funcionamiento y dinámica del Programa de Control de la TBC desde el Servicio de Neumonología, el Servicio Social y el Laboratorio con el fin de conocer el marco y la estrategia en el cual se trabaja.
- Caracterizar la vida cotidiana de los pacientes con diagnóstico positivo de TBC en el año 2008.
- Analizar aquellos cambios que se puedan proponer desde la intervención del Trabajador Social en relación a la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de TBC.

El presente trabajo guarda coherencia con la intervención desde el Trabajo Social, a partir de los siguientes momentos:

- **Perspectiva Teórica- Metodológica**: se detallan los aspectos de la metodología, donde se ha descrito el tipo de estudio, el acceso al campo y la población.
- **Perspectiva Teórica**: se desarrollan los principales aspectos teóricos que contextualizan el objeto de estudio para su comprensión.
- **Análisis de los Resultados**: se presentan los resultados a través del análisis, reflexión e interpretación de los datos.
- **Conclusiones** a las que se ha arribado y la **Propuesta de Trabajo** al Servicio Social del HIGA, área de TBC.

PERSPECTIVA

TEÓRICA- METODOLÓGICA



• **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

El trabajo de investigación es de carácter exploratorio-descriptivo; adherimos a Carlos Sabino en cuanto a que *"(...) son investigaciones exploratorias aquellas que solo se proponen alcanzar una visión general, aproximativa, del tema en estudio"*⁴. Las investigaciones descriptivas *"(...) se proponen conocer grupos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento (...) se ocupan de la descripción de hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente (...) permiten poner de manifiesto los conocimientos teóricos y metodológicos de su autor"*⁵

En este tipo de estudio exploratorio-descriptivo *"(...) no tiene sentido formular una hipótesis para verificar por cuanto no se trata de lograr una explicación de los fenómenos en estudio"*⁶, sino un análisis crítico de los mismos. Es decir, el tema de estudio ha sido poco estudiado hasta el momento, por lo tanto no se ha hallado sobre el mismo un conocimiento tal que haya permitido formular hipótesis precisas.

Esta investigación ha sido pensada desde una lógica cualitativa y cuantitativa; se puso mayor énfasis en los datos obtenidos cualitativamente ya que coincidimos con Taylor y Bogdan en que *"Los métodos cualitativos son humanistas. Los métodos mediante los cuales estudiamos a las personas*

⁴ Sabino Carlos A. (1998): "Como Hacer una Tesis" y Elaborar todo tipo de escrito. Edición Ampliada. Buenos Aires. Editorial Lumen-Hymanitas. Pág. 93

⁵ Ob. Cit., Nota 4. Pág. 93-94

⁶ Ob. Cit., Nota 4. Pág. 109

necesariamente influyen sobre el modo en que las vemos, cuando reducimos las palabras y actos de la gente en ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en su lucha cotidiana en la sociedad”⁷

Además coincidimos con De Souza Minayo que la investigación cualitativa *“(…) se preocupa en las Ciencias Sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. O sea, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operaciorización de variables”⁸*

El estudio cualitativo se complementa con los datos obtenidos mediante métodos cuantitativos, ya que consideramos que estos deben ser *“(…) una pieza fundamental de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos aunque no necesariamente estandarizada (…)”⁹*

Si bien no se han encontrado estudios específicos que relacionen la temática de la TBC con los aspectos sociales de la vida cotidiana del paciente, se han realizado en el ámbito de nuestra unidad académica investigaciones que han

⁷ Taylor y Bodgan (1995): “Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación”. Editorial Paidós Ibérica. Pág. 21

⁸ De Souza Minayo, M. Cecilia (2007): “Investigación Social, Teoría, Método y Creatividad. Segunda Reimpresión. Buenos Aires. Editorial Lugar. Pág. 18

⁹ Sabino Carlos. A. (1996): “El Proceso de Investigación”. Segunda Edición. Editorial Lumen-Hymanitas. Pág. 125

tomado la temática de la TBC, tales como *"La Perspectiva del Trabajo Social respecto a la Irregularidad y Abandono del Tratamiento de Tuberculosis"* (2002); *"Evaluación de una Gestión Descentralizada del Programa de Tratamiento Supervisado de Tuberculosis"* (2000); *"La familia: Elemento Fundamental para el Control de la Tuberculosis"* (1978) *"Servicio Social y Tuberculosis"* (1960); *"Asistencia Social al Tuberculoso"* (1959)

- Acceso al campo

A raíz de que una de las tesis estaba realizando la supervisión, materia del último año de la carrera Licenciatura en Servicio Social, dentro del área de TBC en el HIGA; se procedió a dar a conocer al profesional de Trabajo Social el deseo de realizar dicha investigación en el área.

El Servicio de Neumología del hospital, colaboró con la selección de material bibliográfico pertinente al tema, facilitó el acceso a la base de datos de TBC del servicio.

Además se ha procedido a la lectura del material relacionado con el tema; han sido visitadas bibliotecas de Mar del Plata, se ha realizado una búsqueda electrónica en Internet de publicaciones que hayan desarrollado investigaciones en esta área no pudiendo encontrar publicaciones que aborden la temática de TBC en relación a los aspectos sociales y desde el Trabajo Social.

La unidad de análisis que se utilizó se desprende de los 103 pacientes que fueron derivados al Servicio Social del HIGA, área de TBC en el año 2008. Se

tomó una muestra de 20 personas a partir de los siguientes criterios: pacientes con diagnóstico positivo de TBC atendidos en el hospital, residentes en la ciudad de Mar del Plata, que tuvieron o no antecedentes de la enfermedad y que presentaron alguna dificultad en la adherencia al tratamiento.

Para analizar los aspectos cuantitativos y cualitativos de la realidad de los pacientes, las técnicas que se han utilizado son:

La entrevista en profundidad, definida por Cruz Neto Octavio, como "(...) el procedimiento más usual en el trabajo de campo. A través de ella el investigador busca obtener informes contenidos en el habla de los actores sociales. No supone una conversación sin pretensiones y neutra, desde el momento en que se inserta como medio de recolección de los hechos relatados por los actores, en cuanto sujeto-objeto de la investigación que viven una determinada realidad que esta siendo focalizada (...). En este sentido, la entrevista un termino bastante genérico está siendo entendida por nosotros como una conversación entre dos con propósitos bien definidos"¹⁰.

Las 20 entrevistas se han efectuado en el espacio físico del Servicio Social en el HIGA, realizándose en forma individual y familiar, teniendo una duración de entre una y dos horas aproximadamente.

Además se llevaron a cabo entrevistas domiciliarias, con el fin de conocer la situación habitacional del paciente. Ya que en sede la situación de la vivienda

¹⁰ Cruz Neto, Octavio (2007): "Capítulo Nº 3. El Trabajo de Campo como Descubrimiento y Creación". En: De Souza Minayo, M. Cecilia, "Investigación Social, Teoría, Método y Creatividad". Segunda Reimpresión. Buenos Aires. Editorial Lugar. Pág. 45-46

aparecía como un problema recurrente para ellos.

Los días y horarios de las entrevistas fueron acordados con los pacientes; teniendo en cuenta en algunos casos el día en que concurrían a los controles del tratamiento de TBC tanto con el Servicio de Neumonología como al laboratorio. Como así también las entrevistas en domicilio fueron programadas telefónicamente con los pacientes.

Las mismas han partido de la explicación a los entrevistados del porque del encuentro, se ha comenzado por preguntas generadoras para indagar sobre aspectos relevantes de su cotidianeidad, con el objetivo de obtener un testimonio directo de los pacientes, en base a las temáticas de salud, situación laboral, educacional, habitacional y familiar.

Si bien se ha partido de una guía de preguntas abiertas en forma de cuestionario, la estructura de la misma ha permitido que los entrevistados durante el encuentro desarrollen cada uno de los temas o tópicos, con la dirección y profundidad que les resultará adecuada; dando lugar a la aparición de lo imprevisto.

Además para esta investigación se ha tomado la observación participante, la misma nos ayudó a entender la vida cotidiana de los actores, ya que *"Esta tiene como principal objetivo detectar las situaciones en que se expresan y generan los universos culturales y sociales en su compleja articulación y variedad (...)"*¹¹

La observación y la participación nos han permitido lograr un nivel de mayor

¹¹ Guber, Rosana (2001): Capítulo 4: "La Entrevista Etnográfica o El Arte de la No Directividad". En: La Etnográfica. Método, Campo y Reflexividad. Grupo Editorial Norma. Pág. 75

involucramiento en la relación con los actores. De esta manera se ha podido dar cuenta de como viven, como se sustentan, que les preocupa, que piensan de la enfermedad, que significado le atribuyen, si conocen y se respaldan en las instituciones de salud, como esta conformada su familia y que vínculos existen, entre otros aspectos significativos para el estudio.

PERSPECTIVA TEÓRICA



CONTEXTO ESPACIAL

La investigación se desarrolló en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende", ubicado en la avenida Juan B. Justo y la calle 164 de la ciudad de Mar del Plata.

Se entiende al hospital según la Organización Mundial de la salud (OMS) como *"(...) parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial."*¹²

A nivel de distrito es cabecera de partido y es un hospital público de referencia de adultos de la Región Sanitaria VIII del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La Región Sanitaria VIII comprende los municipios de: General Lavalle, Maipú, Partido de la Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea y San Cayetano.

La misión del hospital es brindar asistencia en el momento agudo de la enfermedad, social y sanitaria, y en la formación profesional por medio de residencias, concurrencias y pasantías.

Su objetivo general es asegurar para todos los ciudadanos la accesibilidad

¹² Aserjo. M.A; Bohigas. L.L; Trilla. A; Prat. A (1998): Capítulo N° 27: "Futuro de los Hospitales" En: Gestión Diaria del Hospital. Barcelona (España). Pág. 419

a la atención como parte del derecho a la salud, siendo por lo tanto, el Estado el responsable de garantizarlo.

El HIGA es un nosocomio de derivación de alta complejidad, contando con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad. Su atención se centra en pacientes mayores de 15 años de edad con padecimiento en estado agudo.

En relación a la estructura orgánica funcional del hospital, posee una organización verticalista, con un director ejecutivo y tres directores asociados.

En cuanto a la organización interna del Servicio Social, el mismo depende de la dirección ejecutiva del hospital; cuenta con una jefa de servicio (afectada al área de infectología), nueve Trabajadores Sociales de planta permanente (Áreas cubiertas: Tercera Edad, Cardiología, Neurología, Salud Mental, Diálisis, Terapia Intensiva, Ortopedia y Traumatología, Oncología, Tuberculosis, guardia), una jefa y una instructora de residentes, siete residentes correspondientes a 1ro, 2do, 3er año de la residencia en salud, una secretaria administrativa y una psicóloga afectada al servicio.

En cuanto a la localización del Servicio Social esta situado en la planta baja de la institución; cuenta con un espacio físico distribuido en cuatro box, donde se llevan a cabo las diferentes intervenciones y donde funciona la guardia del servicio, de lunes a viernes de 8:00 hs a 17:00 hs, y los sábados por horario de la mañana (8:00 hs a 12.30 hs).

Desde la modalidad operativa, el Servicio Social atiende la demanda espontánea, accede a los "casos sociales" por un lado directamente en el primer contacto con el paciente o a partir de las interconsultas realizadas por otras disciplinas.

La coordinación del trabajo en equipo de este servicio se lleva a cabo de manera democrática y participativa; las decisiones y la construcción de nuevos proyectos de intervención se realizan de forma conjunta donde cada Trabajador Social aporta desde sus conocimientos específicos. Desarrollando tareas en el marco del consenso y comunicación.

Dentro de su dinámica institucional, el hospital articula los recursos necesarios para atender la demanda de asistencia especializada tanto en internación, como en atención ambulatoria. Posee dotación específica para atender a la población con patología aguda. Entre los profesionales capacitados de atención se encuentran, los médicos con sus diferentes especialidades, enfermeros/as, camilleros, Kinesiólogos, Terapistas Ocupaciones, Técnicos en Hemoterapias, Bioquímicos, Farmacéuticos, Psicólogos, Nutricionistas, Fonaudióloga, entre otros.

El Hospital desarrolla "(...) además de tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades e investigaciones y docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de complementar con sus actividades las desarrolladas por la red de

*atención primaria*¹³

Adherimos a Cecilini Gabriela y otros colaboradores en que *"Frente al achicamiento y desmantelamiento del Estado, y la consecuente reducción de su papel redistribuidor y de su accionar y en el ámbito de la Política Social, nos encontramos con un hospital en crisis, no solamente por la falta de insumos y políticas sanitarias adecuadas y responsables, sino además porque se han olvidado los valores de libertad, justicia, equidad y solidaridad"*¹⁴

Las políticas neoliberales, las políticas sociales focalizadas y la crisis económica, han empobrecido no solo económicamente a la población sino también a las instituciones de salud estatal, con recorte de presupuesto. El hospital se ve afectado por las problemáticas que aquejan a la salud pública en todo el país; visualizándose en la falta de nombramientos, escasez de insumos, medicamentos, materiales quirúrgicos, falta de disponibilidad de camas para algunas áreas, paros, jornadas de protestas, entre otros. Es así que esta institución en los últimos diez años perdió más de 120 camas y varios sectores, pero paradójicamente en la actualidad ha triplicado su atención.

¹³ Mondragón Lasagabaster, Jasone-Trigueros Guardiola Isabel (1999): "Manual de Prácticas de Trabajo Social en el Campo de la Salud". Editorial Siglo Veintiuno Editores. Pág. 68

¹⁴ Cecilini Gabriela. A; Gemini M.Eugenia; Del Lujan Novoa; Patricia (2007): "Introducción". En: La Nueva Pobreza en el Ámbito Hospitalario. De la Indefensión al Ejercicio de Ciudadanía Social. Editorial Espacio. Pág. 19

SALUD PÚBLICA

El concepto de salud pública ha sido interpretado de diferentes maneras, no obstante existen aspectos comunes a todos ellos: la visión poblacional de los fenómenos de la salud y la enfermedad.

La OMS en el año 1973 define salud pública como *"(...) todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, del estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de los servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos(...)"*¹⁵. Es así que *"(...) se ocupa de la salud global de las poblaciones bajo sus aspectos de promoción y protección de la salud (...)"*¹⁶.

Según Estrada Ospina (2006) la salud pública estudia la salud-enfermedad como un hecho colectivo, como un proceso que incluyen una secuencia de etapas que no se encuentran demarcadas en un sentido estricto sino que están interrelacionadas y a la vez enmarcadas dentro del contexto social de un área determinada. Coincidimos con el autor en que es un proceso dinámico en donde intervienen una serie de causas que influyen sobre el concepto salud-enfermedad.

Salud pública expresa los planes políticos en materia de salud de un país, poniendo énfasis en las acciones sobre el ambiente y reconociendo la importancia

¹⁵ Ob. Cit., Nota 13. Pág. 5

¹⁶ Ob. Cit., Nota 32

de los aspectos sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida.

En cuanto a quienes son los responsables de dicha tarea se establece que es una función ejercida por la sociedad en general; necesita de la participación organizada de la comunidad en el cuidado de su propia salud, siendo el Estado el responsable de garantizarla como un derecho ciudadano. Es así que conceptualizamos a la salud pública como *"Ciencia y arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de la población"*¹⁷.

PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

A lo largo de diversas etapas históricas, de acuerdo al modelo de intervención en el campo de la salud imperante, ha habido diferentes formas de entender y conceptualizar la salud. Inicialmente, desde la concepción mágico-religiosa el hombre primitivo consideraba la pérdida de salud y muerte causada por espíritus, agentes sobrenaturales; como reproches del "más allá".

Los problemas estaban vinculados, a inclemencias atmosféricas (lluvias y sequías), caza de grandes mamíferos y por la falta de armonía entre el orden cósmico y el consecuente castigo atribuido a un comportamiento inmoral. Un rasgo asociado a este paradigma son la figura de la magia y los hechiceros como forma de protegerse del medio hostil con sus rituales y ceremonias.

¹⁷ Gálvez Vargas, R. Sierra López A, y otros. (2000): "Medicina Preventiva y Salud Pública". Disponible en: <http://www.buscalibros.com/>. Extraído: 18/08/08

En el siglo VI antes de Cristo la teoría naturalista del cuerpo humano entiende a la enfermedad como una alteración morbosa del buen orden de la naturaleza; al mismo tiempo que el marco religioso presenta a la enfermedad y a las epidemias como castigo divino a conductas reprobables.

Recién en el siglo V en Grecia la figura de Hipócrates introduce cambios a la concepción mágico-religiosa; permitiendo un pasaje a la interpretación-científico-racional, dando origen al concepto de salud occidental. Es así que la salud depende de la relación individuo/s y su ambiente exterior y social, y no de la ira de los dioses. A partir de este periodo se destaca el inicio del carácter científico de la medicina.

Desde el siglo VI después de Cristo, con el apogeo del Cristianismo, nuevamente aparece la salud como un elemento de salvación más espiritual; la enfermedad, el dolor y el sufrimiento aparecen como vehículo para obtener la "salvación" eterna; las características antes citadas perduran alrededor de doce siglos, en lo que se conoció como el Oscurantismo.

El Renacimiento (Siglo XVI-XVII) de la mano de la Revolución económica, social y cultural plantea nuevamente la relevancia del conocimiento científico. El realismo de la época es marcado por la preocupación de los problemas concretos de las personas, los avances en la medicina en materia de anatomía, fisiología, y estudio clínico de los enfermos.

Con el proceso y el desarrollo de grandes ciudades surgen nuevas epidemias; en Europa se descubre la Sífilis y en América la Tuberculosis y la

Viruela.

Durante el siglo XIX aparece la salud como fenómeno ligado a las condiciones generales de vida de la población, produciéndose entonces la ampliación del concepto salud-enfermedad que hasta el momento se venía desarrollando.

Con el modelo liberal positivista que se desarrolla entre 1900-1910, la salud adquiere una concepción biologista, que no incluye lo psicológico ni lo social. La enfermedad existe si es tangible, verificable y observable. Se considera al sujeto como un ser meramente pasivo.

En este contexto se profundiza el modelo de la unicausalidad, el cual como bien afirma Estrada Ospina *"(...) se reconoce una causa única y fundamental para la producción del efecto, enfermedad, la cual esta siempre ubicada por fuera del organismo agredido"*¹⁸

En 1960 el modelo tecnocrático normativo afirmaba que la salud y la enfermedad presentan variaciones de un mismo proceso de relación, entre un ser determinado y los estímulos del medio, se consagra así la teoría de la multicausalidad de la salud-enfermedad, la cual rompe el esquema simplista antes citado; por no responder este último a necesidades del sistema en el campo de la epidemiología.

Se considera pertinente citar algunas definiciones que coinciden con este

¹⁸ Estrada Ospina, Víctor Mario (2006): Capítulo III: "Los Enfoques y Las Políticas de Salud en Colombia". En: *Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?* Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 173

tipo de perspectiva:

La definición de la OMS (1948,1): *"La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades"*¹⁹. Los avances de este enunciado responden a una visión positiva, no contraponiendo la salud solo como la ausencia de enfermedad, engloba aspectos físicos, mentales y sociales y posee un alcance universal; sin embargo persistentes elementos negativos atribuibles a una visión utópica, a considerar el bienestar análogo a la salud, con una preeminencia estática y no operativa.

Ferrara Floreal Antonio (1985) critica a tal definición de su apreciación básica de bienestar, es decir, la de otorgarle a la salud solo la perspectiva de involucrar con el bienestar sus atributos de sentirse bien o estar bien; que transforma así a la definición en una simple e irreductible tautología.

Definición de Terris Milton (2006,2): *"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidades de funcionamiento y no únicamente de ausencia de afecciones y enfermedades"*²⁰. Como aspecto positivo se destaca la eliminación utópica del complejo de bienestar, es operativa (capacidad de funcionamiento).

Definición de Salleras Sanmartín (2006,2) : *"(...) es el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento que permitan*

¹⁹ Ob. Cit., Nota 13, Pág. 1

²⁰ Gimeno, Juan. A; Repullo, José. R; Rubio, Santiago (2006): Capítulo 1: "Salud Pública y Servicio de Salud Pública". En: Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Editorial Díaz de Santos. Pág. 2

*los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad*²¹; desde este concepto de salud se da importancia al contexto.

Desde el enfoque multicausal y desde una perspectiva más dinámica se encuentra el modelo de la triada ecológico de Leavell y Clark (2006) que plantean tres factores que intervienen y condicionan la aparición y el desarrollo de la enfermedad: el agente-el huésped y el ambiente; todos interrelacionados en permanente equilibrio. Dicho equilibrio se rompe con el comportamiento anormal de algunos de estos.

Si bien se reconoce el avance de este modelo, se puede decir que existen restricciones en cuanto a la influencia del medio ambiente, el mismo se analiza de manera aislada, sin interactuar con los otros dos factores (agente y el huésped), lo cual obstaculiza la posibilidad de desarrollo de una concepción de enfermedad desde una visión holística. De esta manera las categorías sociales e históricas quedan excluidas de la visión biologicista del proceso salud-enfermedad.

Históricamente, dicho proceso ha sido un campo de incumbencia propiamente médico. Sin embargo la preocupación por la relación que existe entre salud y sociedad se ha expresado desde hace mucho tiempo, tanto en la Argentina como en otros países de América Latina; a través de la búsqueda, como por ejemplo de los antecedentes y/o determinantes en políticas de salud.

En el caso de nuestro país, la correlación entre lo social y la salud aparece

²¹ Ob. Cit., Nota 5. Pág. 2

durante la gestión de Ramón Carrillo, como Ministro de Salud (1946-1954). El Estado en dicho periodo, comienza hacer una lectura de lo social y desde ahí a resolver problemáticas en forma global y dando cobertura universal a la población. De igual manera este fenómeno también comienza a darse a nivel mundial y se visualiza en la declaración de la OMS del derecho a la salud en 1948, y en el Estado de Bienestar Europeo que estructura un fuerte sistema sanitario al finalizar la segunda Guerra Mundial.

Si bien resulta complejo dar cuenta de los motivos que indujeron a la medicina a incluir a las ciencias sociales dentro de su campo de intervención se podría afirmar que estos responden a la búsqueda de indicios para la comprensión de lo que hoy se llama proceso salud-enfermedad.

Por otra parte, las ciencias sociales manifiestan un interés natural por los procesos de salud-enfermedad, a pesar de una reciente incorporación en el campo tanto para las disciplinas que se ocupan de los aspectos más individuales y de los comportamientos, como para los que se dedican al análisis de los procesos más colectivos y de relaciones entre grupos e instituciones.

En relación a lo antes desarrollado y retomando el planteo de Ferrara Floreal, Antonio (1985) quien entiende a la salud como la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida, es que coincidimos en resaltar que la salud está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo; es un proceso histórico-social y la enfermedad hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo; sino que la salud es un proceso

histórico-social y es sinónimo con la historia y con el contexto.

Es necesario entenderla en el área de la comunidad, y desde las clases sociales que la integran; vinculándola al proceso histórico donde se producen sus determinantes.

*"La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de la sociedad"*²². Es decir, interpretar el proceso salud-enfermedad como un proceso incesante cuya idea central incluye las contradicciones y avatares de lo histórico y social; de acción frente al conflicto, de transformación frente a la realidad; *"(...) la salud nunca es la misma como tampoco lo es la sociedad (...)"*²³. Decimos que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad; esta determinada por los proyectos colectivos e individuales y de la forma particular de resolver los conflictos.

*"(...) no es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto, físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad"*²⁴; comprendiendo a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia.

Desde una concepción integral de la salud analizamos que su objeto

²² Ferrara Floreal, Antonio (1985): "Teoría Social y Salud". Editorial Catálogos Editora. Pág. 10

²³ Ob. Cit., Nota 19. Pág. 10

²⁴ Ob. Cit., Nota 19. Pág. 10

científico esta determinado por una realidad, que se caracteriza por su complejidad. La salud y la enfermedad están ligadas a los modos de vida y no pueden ser aislados del contexto en que se producen; no son polos opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio.

Concebimos a la salud-enfermedad como un complejo proceso que no puede entenderse aislado de la cultura, y depende de las definiciones que cada individuo tenga sobre su padecimiento. *"(...) no es primordialmente "individual-subjetiva-contingente", ni es primordialmente "colectiva-objetiva- determinante"; es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente (...)"*²⁵. Desde esta perspectiva no nos posicionamos en el control de la enfermedad, sino en el fenómeno y la atención de la salud en general; teniendo en cuenta a los actores involucrados.

• Tuberculosis

La TBC es una enfermedad infecto-contagiosa que afecta principalmente a los pulmones, *"(...) pero que también puede atacar a otras partes del cuerpo, y puede ser muy grave"*²⁶. Es producida por una bacteria llamada *Mycobacterium Tuberculosis*, también conocida como bacilo de Koch.

²⁵ Breilh, Jaime (2002): "Introducción". En: "Epidemiología Crítica". Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Editorial Lugar. Pág. 51.

²⁶ ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbrán" ANIR (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni" (2001): Anexo V: "Información sobre Tuberculosis para el Paciente, su Familia y el Público en General". En: Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la TBC en Adultos. Patrocinado por Vigía. Pág. 28

La Tuberculosis pulmonar, "(...) ataca al pulmón en más del 80% de los casos (...)"²⁷; tiene a menudo baciloscopia positiva y por consiguiente es contagiosa. En cambio la extrapulmonar puede afectar a muchos órganos tales como pleura, ganglios linfáticos, huesos, articulaciones, aparato urogenital, sistema nervioso (meningitis), intestinos, entre otros. Generalmente el diagnóstico es difícil y es recomendable que sea realizado por el médico especialista (neumólogo). Es muy raro que los enfermos con diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar transmitan la enfermedad a otras personas, debido, a que en estos casos, no hay contagio directo.

Los síntomas de la TBC extrapulmonar son similares a los de la pulmonar, fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, sudor nocturno, a estos síntomas se le agrega lo específico para cada localización.

La tos y el catarro que perduran más de dos semanas en una persona, son los dos signos más importantes para sospechar que una persona puede tener tuberculosis.

La consulta inmediata es importante para iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible y curar la enfermedad. Además, si la tos y el catarro son causados por la tuberculosis, el paciente está eliminando las bacterias al aire a través de la tos, y puede contagiar a aquellas personas que lo rodean.

Esta enfermedad produce un importante problema de salud por el daño que

²⁷ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbrán" ANIR (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Ermiño Coni" (2001): Módulo I: "Sospecha y Confirme Tuberculosis". En: Módulos de Lectura. Patrocinado por Vigía. Pág. 1

provoca tanto en morbilidad (número de personas que a su vez transmiten la enfermedad) como en mortalidad (personas que mueren como consecuencia directa o indirecta por las secuelas que ésta deja). Este daño de enfermedad y muerte es producido por una patología que tiene un diagnóstico sencillo y un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos.

Se contagia cuando una persona tiene contacto cercano diario con otra persona que tiene diagnóstico positivo de la enfermedad y no está en tratamiento; por ejemplo con personas con quienes se comparte mucho tiempo, tales como miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo. Cuando la persona que posee la enfermedad tose o estornuda elimina las bacterias; estas mismas quedan suspendidas en el aire y pueden ser inhaladas por otra persona.

Evitar el contagio es la principal medida preventiva; una persona que tiene tuberculosis y realiza el tratamiento deja de contagiar a partir de las dos semanas aproximadamente de haberlo empezado.

La vacuna BCG es eficaz para prevenir las 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. Otra medida para evitar el contagio; es que las personas que poseen la enfermedad se cubran la boca al toser o estornudar (utilizando barbijo), y manteniendo aireados los ambientes.

Su diagnóstico y tratamiento son gratuitos en la República Argentina, contemplado en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. El

tratamiento se realiza durante seis meses, y es importante completarlo durante todo este tiempo; los pacientes que tienen diagnóstico de HIV positivo, tienen un tratamiento de un año.

"(...) si el tratamiento se interrumpe antes de terminarlo, las bacterias que quedaron todavía vivas, pueden volver a enfermar y, además, pueden hacerse resistentes a los medicamentos que se tomarán, y éstos ya no serán efectivos para curar al paciente"²⁸

Para controlar esta patología en la comunidad, se tiene que realizar el estudio de contactos²⁹, y vacunar a todos los niños con la BCG

- Tratamiento

Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la TBC se indican combinándolos, es decir, la asociación de los tres medicamentos básicos para la primera fase inicial, "Triple Asociación" (Rifampicina-Isoniacida-Pirazinamida) y etambutol y/o estreptomina; en la segunda fase de mantenimiento se receta la "Doble Asociación" (Rifampicina-Isoniacida) y etambutol; Disminuyéndose el número de comprimidos, lo que aumenta el cumplimiento, facilitando la curación de la persona.

²⁸ Ob. Cit., Nota 23. Pág. 30.

²⁹ **Contactos:** son las personas que han estado expuestas al contagio de otra persona con diagnóstico positivo de Tuberculosis, y que por lo tanto tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad. Incluye a los contactos intradomiciliarios (los que conviven con el paciente) que son los que tienen mayor riesgo y los contactos ocasionales (parejas, compañeros de trabajo, entre otros) quienes tienen menor riesgo de contraer la enfermedad. Concepto extraído de: ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbran" ANIR (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni" (2001): Módulo V: "Realice Las Acciones de Examen de Contactos y Notifique el Caso de TBC. En: "Organización de la Estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES) para el Control de la Tuberculosis en las Unidades de Atención Primaria de Salud. Patrocinado por Vigía. Pág.5

El tratamiento de TBC consiste en una fase inicial intensiva y una fase de continuación, la primera abarca dos a tres meses de acuerdo a la categoría del paciente. Dicha categorización se clasifica en: *Categoría 1. "Caso nuevo, directo positivo. Formas severas de TBC". Categoría 2. "Recaldas. Tratamiento después de abandono". Categoría 3. "Caso nuevo, negativo. Extrapulmonar, formas leves"*³⁰. La segunda fase abarca de cuatro a seis meses de duración.

El tratamiento cura, si el paciente se diagnostica oportunamente y toma los medicamentos regularmente durante todo el tiempo indicado; permite cortar la cadena epidemiológica, disminuyendo los focos infecciosos, a la vez que mejora la calidad de vida de los pacientes.

- Adherencia al Tratamiento

Los términos adherencia y cumplimiento se emplean, con frecuencia de forma indistinta.

En un principio, solamente se empleaba el término cumplimiento para definir la correcta toma de medicamentos. Sin embargo adherimos al término adherencia, considerando que define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la ingesta de medicación prescrita por el médico, con una participación activa en la elección y mantenimiento del régimen terapéutico.

Entonces la adherencia al tratamiento de TBC trasciende la simple ingesta de medicamentos, debiendo ser comprendida de forma integral, incluyendo entre

³⁰ ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbrán" ANIR (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni. (2001): Módulo IV: "Tratamiento Directamente Observado (TDO) En: "Organización de la Estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES) Para El Control de la Tuberculosis en las Unidades de Atención Primaria de Salud". Patrocinado por Vigía. Pág. 13

otros aspectos, el establecimiento de vínculos con el equipo de salud, el acceso a la información, el seguimiento clínico, laboratorial y del servicio social, la adecuación a los hábitos cotidianos, necesidades individuales y compartir las decisiones relacionadas a la propia salud.

La concebimos como un proceso dinámico, complejo y multifactorial, que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y comportamentales, que requiere decisiones compartidas y corresponsabilizadas entre la persona que tiene diagnóstico de TBC, su grupo familiar y el equipo de salud.

La adherencia al tratamiento se refiere a la posibilidad de un diálogo, de una reflexión crítica; en donde el esquema debe adecuarse a la realidad de la persona, y no a la inversa, aunque en algunos casos el médico no acuerde con esa realidad.

La elección del tratamiento no debe ser vertical, es decir no solo depende del médico, ni del Trabajador Social, debe ser trabajada multidisciplinariamente y conjuntamente con el paciente.

Los pacientes están sujetos a una variedad de factores (sociales, culturales, económicos, educacionales, habitacionales), que influyen en su cotidianeidad y funcionan como obstaculizadores o facilitadores en la continuidad del tratamiento. Es fundamental que en el seguimiento, los profesionales de la salud tengan en cuenta las necesidades y singularidades socioeconómicas-culturales, presentadas por las personas para la promoción de su calidad de vida.

- **Programa de Control de la Tuberculosis en la Salud Pública**

"En 1993 el Programa Mundial contra la TBC de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó una decisión sin precedentes y declaró a la tuberculosis una emergencia mundial".³¹ Y empezó a promover la estrategia TAES/DOTS, como "(...) la única estrategia disponible que rápidamente, hace a los pacientes no infecciosos y los cura"³².

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis "(...) es un criterio metodológico aplicado en nombre del gobierno de un país, dentro del propio programa de salud, y con la participación activa de la población, con la finalidad de aliviar y, a largo plazo, eliminar el sufrimiento causado por la Tuberculosis"³³. Es decir, esta integrado a la estructura de salud del país, por lo que sus actividades son ejecutadas como actividades desarrolladas por los servicios de salud.

Engloba una acción planificada que tiene por objetivo lograr la utilización plena y racional de los conocimientos técnicos y los recursos de salud disponibles en el país, en el contexto de una situación epidemiológica y las necesidades identificadas en una sociedad.

Los objetivos del programa son; reducir la morbimortalidad por tuberculosis

³¹ Ob. Cit., Nota 27. Pág.6

³² ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbrán" ANIR (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni" (2001): Módulo IV: "Tratamiento Directamente Observado (TDO)" En: Módulos de Lectura. Patrocinado por Vigía. Pág. 1

³³ Organización Panamericana de la Salud (1987): Capítulo 1: "Programa Nacional de Control de la Tuberculosis". En: Control de la Tuberculosis. Manual sobre Métodos y Procedimientos para los Programas Integrados. Publicación científica N° 498. Pág. 1

y la transmisión de la infección tuberculosa, enfocando las acciones, priorizando aquellas regiones, partidos o áreas donde la magnitud del problema es mayor.

La OMS ha establecido que el programa debe aplicarse a un nivel nacional, ofrecer servicios permanentes, adaptarse a las demandas expresadas por las personas, e integrarse en el servicio general de salud.

Es a partir de lo dicho que se desprenden los cuatro niveles de aplicación: un nivel *central, provincial, intermedio y local*.

En el nivel *central* se ubica el Ministerio de Salud de la Nación, asumiendo esta responsabilidad el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emílio Coni" perteneciente a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos Malbrán". En el caso de Mar del Plata, se encuentra en este nivel el Instituto Nacional de Epidemiología (INE).

Dentro de este nivel se realiza:

- El diagnóstico de situación de la tuberculosis en el país.
- Se elaboran normas técnicas y de procedimientos para el control de la enfermedad.
- Se asegura el abastecimiento regular de medicamentos, insumos de laboratorio y registro e información necesarios para ejercer las actividades de control.
- Se coordina con otras Direcciones y Departamentos del Ministerio de Salud las actividades comunes de planificación, supervisión y ejecución del programa, así como también con los demás organismos nacionales de

salud, públicos y privados, para que las acciones de control se desarrollen de acuerdo a las normas y con máxima cobertura.

- Se coordinan la recolección y elaboración de información relativa a la tuberculosis en los aspectos epidemiológicos y operativos, difundiendo la información fundamental y las recomendaciones derivadas de su análisis.
- Se supervisa y asesora a los niveles provinciales en lo referente a la programación y ejecución de las actividades, tanto en establecimientos públicos como privados.
- Se realiza o estimula el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas y operacionales. Se proponen programas de capacitación para el personal de salud en el ámbito nacional.

En el ámbito de la *provincia* de Buenos Aires, las responsabilidades del control de la TBC se delegan a un equipo de trabajo dirigido por un responsable provincial, que tiene la función de adaptar las directivas nacionales a la provincia, delegando las siguientes responsabilidades en cada zona sanitaria:

- Realizar el diagnóstico de situación de la tuberculosis en la provincia.
- Proponer, según el diagnóstico, los planes y estrategias de control.
- Cumplir las normas nacionales.
- Asegurar el abastecimiento regular de medicamentos, insumos de laboratorio y otros necesarios para ejercer las actividades de control.
- Elaborar y ejecutar un plan que incluya actividades y recursos necesarios para: la capacitación, la supervisión y la evaluación.

- Realizar la vigilancia epidemiológica y operacional del programa de control en la jurisdicción.
- Informar al nivel central el desenvolvimiento y funcionamiento del programa.
- Efectuar, de acuerdo a la disponibilidad, investigaciones operacionales.

En el nivel *intermedio*, Mar del Plata corresponde a la Región Sanitaria VIII y cuenta con un responsable Zonal (Dra. Marta Inchaurredo); quien desarrolla funciones similares al responsable del nivel provincial.

Y por último en el nivel *local*, se encuentran los hospitales municipales, los centros de salud y dispensarios.

Es importante aclarar que en la ciudad de Mar del Plata, en el nivel local se denota la ausencia de un hospital municipal. Debido a esto, el HIGA, HIEMI (Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil) y el INE (Instituto Nacional de Epidemiología) desarrollan la mayoría de las actividades que se desprenden del programa.

Entre las actividades que se desarrollan en el ámbito local se encuentran:

- La realización de examen y derivación de baciloscopia en pacientes sospechosos sintomáticos.
- Diagnosticar los casos de tuberculosis.
- Hacer tratamiento a todas las personas con diagnóstico de TBC, administrando los medicamentos en forma supervisada y dando educación sanitaria a dichos pacientes y familiares. (Actividades desarrolladas en los centros de salud municipales)

- Efectuar la búsqueda de aquellos pacientes que no concurren a tomar la medicación o no la retiran durante un periodo determinado.
- Mantener al día los registros del paciente en tratamiento y suministrar cuando corresponda los informes al nivel intermedio o provincial.
- Realizar control de tratamientos por medio de baciloscopia según normas.
- Buscar y examinar contactos de los pacientes nuevos.
- Dar el alta a los pacientes que hayan completado su tratamiento al final del régimen correspondiente, con buenos resultados clínicos y bacteriológicos.
- Completar los pedidos de información que se originen en los niveles regionales o distritales, especialmente la evaluación de tratamiento por cohortes.
- Asegurar la capacitación del personal de salud, necesario para cumplir tareas determinadas en el programa.
- Mantener una disponibilidad adecuada de medicamentos y otros materiales que sean necesarios.

El programa tiene bases epidemiológicas, sociológicas y operativas; desde las bases epidemiológicas se conoce la evolución natural de la enfermedad; desde el punto de vista sociológico se otorga relevancia a la consideración epidemiológica, brindando prioridad al descubrimiento de pacientes con diagnóstico positivo de TBC (casos con frotis del esputo positivo), trabajando con ellos desde el equipo de salud, evaluando cada problemática en particular, antes de asignar los recursos a los casos de menor prioridad.

Desde las bases sociológicas se plantea que *"Lo que la gente demanda, desde luego, no es control de la tuberculosis sino atención de su enfermedad, pues les produce pérdidas económicas. Sin duda la tuberculosis produce también privaciones comunitarias (...) el Programa de Control de la Tuberculosis debe adaptarse a esta situación y estar en armonía con la dinámica social (...)"*³⁴.

Cuando se planifica un programa, también se debe tener en cuenta las bases operativas, como la distancia, el patrón de medios existentes de atención de la salud en zonas rurales y urbanas, la estructura administrativa del sistema de atención de salud y la carga de trabajo de los trabajadores de la salud.

En un primer momento desde un servicio de tuberculosis es importante su accesibilidad y admisibilidad, para luego con calidad y continuidad fomentar la eficacia del mismo, generando en los pacientes confianza en él, con el fin de adaptabilidad u obediencia en el tratamiento de esta enfermedad.

La provincia de Buenos Aires dispone del Programa de Control de la TBC que depende de la Dirección Provincial de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud de la provincia. Desde el año 1994 se ha implementado el programa de control de esta enfermedad que aplica la estrategia de TAES/ DOTS, que consiste en la implementación de los cinco elementos claves, como lo son: el compromiso político para el control de la TBC; detección de casos de TBC a través de baciloscopia entre las personas que tengan síntomas; suministro regular e ininterrumpido de medicamentos antituberculosos de alta calidad; el tratamiento

³⁴ Ob. Cit., Nota 30. Pág. 5

estrictamente supervisado varia de 6-12 meses, lo que incluye la observación de la toma de medicamentos y sistemas de notificación para monitorear el progreso del tratamiento y el desempeño del programa.

Dicha estrategia consta de **elementos técnicos y operativos**:

- Los **elementos técnicos** son aquellos que refieren a un tratamiento directamente observado, asegurando altos porcentajes de curación en pacientes con tuberculosis; y el mejoramiento en la detección de casos.
- Los **elementos operativos** son aquellos que refieren a la capacitación y supervisión del personal de gestión del Programa de Control de la Tuberculosis (Trabajadores Sociales, médicos clínicos, neumonólogos, enfermeros, administrativos, personal de laboratorio, etc.); al sistema de suministro de medicamentos antituberculosos, materiales de laboratorio y otros necesarios para la ejecución de la estrategia TAES/DOTS. Además incluye el sistema de registro e informes para el monitoreo permanente de las actividades del programa.

CONCEPTO DE PACIENTE, Y EL POSICIONAMIENTO DESDE EL TRABAJO

SOCIAL

Concepto que reviste el contenido de objeto, pasivo, tranquilo, bueno (adaptado); o bien es el que se impacienta, es demandante, conflictivo e inadaptado.

Tomando la conceptualización que realiza Testa Mario (1989) se plantea al

paciente, no como un hecho circunstancial y aislado, sino el reconocimiento de que un paciente es al mismo tiempo sujeto y objeto.

Es un sujeto pleno de derecho y protagonista central en la construcción de la ciudadanía, lo que convierte a la salud también como ámbito fundamental de la construcción ciudadana.

El Trabajador Social en el ámbito hospitalario se asume como promotor de ciudadanía, lo que implica considerar a la persona que demanda atención, protagonista de la construcción de la salud; así como también en la defensa de los derechos que como ciudadano le corresponden. *"El derecho a la vida y a la salud es un derecho inalienable del ser humano, por lo cual debe gozarse, ejercerse y hacerse efectivo"*³⁵

En relación a lo dicho y coincidiendo con la visión del ser humano que propone Frank, Víctor (1979) entendemos al paciente como un ser único, irremplazable e irrepetible, llamado a la libertad, a responder de si mismo ante los demás y ante si mismo, por medio de su conciencia; a descubrir el significado o sentido y llamado a realizar los valores en situación concreta de su historia.

Según Testa Mario (1989) el episodio de la enfermedad hace que se destaque el carácter objetual del individuo que padece el episodio, acentuándose este carácter y por lo tanto se efectiviza un determinado tratamiento de ese particular objeto (cuerpo); conociendo su objetividad y sociabilidad e historicidad

³⁵ Cesàini, Gabriela. A; Guerrini, M. Eugenia; Novoa, Patricia (2007): Capítulo 1: "Los Derechos Humanos, la Cuestión Social y la Salud Estatal" En: La Nueva pobreza en el Ámbito Hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social. Editorial Espacio. Pág. 25

del paciente.

Es partir de esto que adherimos al autor en que *"(...) el cuerpo humano es una construcción permanente cuyo origen no puede identificarse en un inicio preciso y definido sino en un proceso evolutivo. El proceso cuya consecuencia es el cuerpo que somos, puede ser considerado como el de la construcción de una maquina, cuyo funcionamiento se adapta permanentemente a las condiciones de existencia de los seres humanos"*³⁶

Considerar el cuerpo como objeto histórico, social, concreto contextualizado, lleva a que el paciente se transforme en persona y pase a desempeñar el papel de actor social, protagonista de la situación que enfrenta y junto con los profesionales de la salud, asesorado y acompañado por estos; superando la situación de conflicto de manera conciente y crítica.

Es frecuente que el paciente no sepa el tiempo aproximado que durará su internación, su situación sanitaria, su diagnóstico médico y su tratamiento. Se genera así una disociación permanente entre el cuerpo y su subjetividad/socialización; muchas veces no sabe lo que le espera, como así tampoco el tiempo que les espera.

CALIDAD DE VIDA

La OMS define a la calidad de vida como *"(...) la percepción que tienen los individuos de su situación de vida en el contexto de la cultura, y del sistema de*

³⁶ Testa, Mario y Otros colaboradores anónimos (1989): "Pensar en Salud". Publicación Nº 2. Representación OPS/OMS. Argentina. Pág. 55

valores en el que viven y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”³⁷

El significado que cada persona le asigna a la calidad de vida es singular y diferente, de acuerdo al grado de satisfacción y de bienestar que jerarquiza subjetivamente para su satisfacción.

Desde esta subjetividad la concepción de calidad de vida variará, según donde el paciente viva (campo, ciudad), el nivel educativo alcanzado y la etapa del ciclo vital. Existe un estado de salud que resulta de un “*estar sano*” que puede o no coincidir con sentirse bien, por lo que resulta importante detectar los factores que incluyen en dicha percepción.

En este sentido se considera que la calidad de vida es un concepto multidimensional que cubre aspectos subjetivos y objetivos en relación a la satisfacción vital, la salud real y la percibida y la capacidad funcional que posibilite la autonomía.

Aresca Laura (2004) plantea que el eje subjetivo incluye la satisfacción medida de acuerdo a la importancia que tiene para cada sujeto, la felicidad, la autoestima y la perspectiva que tiene cada uno en relación a su estado de salud.

Desde el eje objetivo se puede medir la economía, el nivel socio-cultural, el déficit funcional, el hábitat y los problemas de salud.

Coincidiendo con Tonon, Graciela “(...) se parte de la consideración del

³⁷ Comité Ejecutivo de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2006): “La Discapacidad: Prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados”. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/c138-15-s.pdf>. Extraído: 3/04/2009

entorno material en conjunción con el social, considerando a la persona tradicionalmente llamada "objeto" como "sujeto" y protagonista del accionar. La calidad de vida plantea una realidad social y política basada en el respeto de los derechos humanos y nos pone ante la necesidad de trabajar en forma integrada.³⁸

Considerar los ejes objetivos y subjetivos que entran en juego al momento de analizar la calidad de vida significa comprender que la misma no es solo resultado de un juicio individual sino la combinación de matrices sociales, políticas, económicas, culturales y la capacidad de los pacientes para satisfacer sus necesidades.

Por lo tanto calidad de vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar social por su acceso a un conjunto de bienes y servicios así como el ejercicio de sus derechos y el respeto de sus valores.

LA INFLUENCIA DE LA VIDA COTIDIANA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

"La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente (...)">³⁹ se ha dado en un tiempo, en un ritmo, en un espacio, de las complejas relaciones sociales que regulan en la vida de los hombres en una época histórica

³⁸ Tonon Graciela (2003): "Calidad de Vida y Desgaste Profesional" .Una mirada del Síndrome de Burnout. Editorial Espacio. Buenos Aires. Pág. 20

³⁹ Berger, Peter. L y Luckmann, Thomas (1987): "La Construcción Social de la Realidad". Buenos Aires. Ed. Amorrortu. Pág.36

determinada; es decir, en cada época histórica y en cada organización social corresponde a un tipo de vida cotidiana. Adherimos a Quiroga Ana en que la vida cotidiana "*(...) se organiza alrededor de la experiencia, de la acción, del aquí de mi cuerpo y el ahora de mi presente (...)*"⁴⁰. Nos muestra un mundo subjetivo, que los pacientes experimentan; pero a la vez es mundo intersubjetivo porque es social y compartido. "*(...) para cada uno de nosotros "mi mundo" es un mundo que vivo con otros.*"⁴¹

El modo en que los pacientes adhieren al tratamiento, se transforma en un proceso mecánico e irreflexivo, no conciente de acción. Se instalan en sus vidas cotidianas esos mecanismos, en donde los hechos y fenómenos que viven, en los que están implicados día a día se les presentan como algo que no tiene sentido cuestionar y problematizar, ya que constituirían lo real por excelencia. Esta interpretación tiene su génesis en un sistema social de representaciones, ideologías, que encubre los actos cotidianos, los distorsionan, en tanto los muestran como "la realidad", la única forma de vida posible.

A partir del mito de lo "*obvio y lo natural*", de la "*realidad por excelencia*", lo que "*simplemente es*", la realidad de la vida cotidiana ha desaparecido de la representación. Quiroga Ana ha aportado en relación a esto que la "*(...) realidad social se muestra y se oculta a la vez en la vida cotidiana. Se muestra en los*

⁴⁰ Quiroga, Ana. P (1986): "Enfoques y Perspectivas en Psicología Social". Ediciones Cinco. Buenos Aires. Pág.71

⁴¹ Ob. Cit., Nota 40

*hechos y se oculta en la representación social de los hechos*⁴².

La vida cotidiana de los pacientes con diagnóstico positivo de TBC esta recorrida y legitimada por diversos mitos; uno de ellos es el de una cotidianeidad homogénea. Mito que se expresa en frases como *"tiene que ir todos los días a tomar la medicación al centro de salud"*, *"debe tener una dieta equilibrada"*. El mito oculta que en una organización social hay una heterogeneidad de experiencias, de recursos, de condiciones de vida, en definitiva una heterogeneidad de cotidianidades.

La crítica a esa cotidianidad se realiza en un primer momento experimentándola, viviéndola, ya que las prácticas cotidianas se constituyen como la base de todo proceso de conocimiento; y en un segundo momento estableciendo una ruptura con el mito de lo obvio, lo eterno, lo natural, por el sistema de representaciones que la muestra como lo real y autoevidente. Esto implica un quiebre de lo cotidiano desocultando lo oculto, y penetrando en la apariencia para alcanzar la esencia de los hechos cotidianos.

- La construcción del estigma social, en relación a la adherencia al tratamiento

En la sociedad, las clases sociales, los grupos, los diferentes actores sociales están en relación unos con otros; *"(...) estas relaciones pueden ser de enfrentamiento, de coexistencia, de cooperación y estarán siempre relevando una*

⁴² Ob. Cit., Nota 40. Pág.73

*relación de fuerza, de dominio, de igualdad o de subordinación*⁴³

Es desde estas relaciones y representaciones sociales que un sujeto, paciente construye su auto imagen y la imagen del otro o de los otros hacia él. Así en la sociedad se promueven determinados atributos de los grupos sociales y se desapruaban otros. Desde estos atributos se desprenden connotaciones que desacreditan a sus portadores, afirmándose entonces un trato diferente para con ellos.

Goffman Erving define al estigma como "*(...) un rasgo de connotaciones sociales negativas, no por tratarse de características despreciables en si mismas sino por constituir significaciones que han ido elaborando los sujetos sociales*"⁴⁴; es decir el estigma suministra información acerca del portador que puede ser manipulada en función de la interacción entre los diversos actores.

La teoría del estigma explica la inferioridad del estigmatizado, dando cuenta del "*peligro*", o "*riesgo*" que representa en este caso el paciente con diagnostico positivo de TBC tanto para su grupo familiar como para la sociedad.

Desde este análisis y en relación a la adherencia al tratamiento se conceptualiza al estigma como una barrera que presenta un serio obstáculo para el control exitoso de esta patología; es necesario enfocar al mismo en una sociedad desde la comprensión y significación de las creencias y actitudes de la

⁴³ Herbert, José de Souza (1992): *¿Cómo Hacer un Análisis de Coyuntura?* Editorial Cedepe. Buenos Aires. Pág. 7

⁴⁴ Boivin, Mauricio; Rosato, Ana; Arribas, Victoria (1998): Capítulo III: "La Construcción del Otro por la Desigualdad". *Identidad Social* Villera. En: "Constructores de Otredad". Una Introducción a la Antropología Social y Cultural. 1ra. Edición Editorial Eudeba. Pág. 175.

comunidad hacia la enfermedad, mediante un proceso socio-educativo de concientización.

LA INTERVENCION DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La finalidad del Trabajo Social, es la intervención en los hechos reales, con el fin de producir acciones estratégicas destinadas a mejorar las condiciones y situaciones sociales que enfrenta, y contribuir a la solución de los problemas y conflictos, que los actores sociales demandan.

El Trabajo Social desde su especificidad, inmersa en cualquiera de los campos en los cuales se puede desempeñar profesionalmente, ha tenido y tiene como misión intervenir en situaciones que configuran una problemática social tomando como marco axiológico: los principios y postulados éticos, con eje en los Derechos Humanos y la autonomía de las personas, promoviendo la participación activa y valorizando las significaciones que le otorgan a su vida diaria. Tomamos de Travi Bibiana que *"(...) los objetivos rectores del ejercicio profesional se basan en una concepción de la persona como sujeto de derecho y apuntan fundamentalmente a su protagonismo y participación activa en la resolución de sus problemas"*⁴⁵

González Cristina ha planteado que el *"(...) desafío de todo Trabajador Social que se propone contribuir a la producción de modificaciones positivas en la*

⁴⁵ Travi Bibiana (2002) "Capítulo: La Investigación Diagnóstica en Trabajo Social: La Construcción de Problemas a partir de la Demanda de Intervención Profesional. En Autores Varios "El Diagnóstico Social". Buenos Aires. Editorial Espacio Pág. 100-101

*vida de los individuos y de la sociedad en la que le toca vivir, es pensar que en cada acto profesional por pequeño que parezca está imprimiendo una dirección determinada en la existencia de los sujetos*⁴⁶.

Entonces, es importante considerar tanto la concepción, como la postura que adopte el profesional para su intervención, ya que la misma está dirigida a transformar las situaciones problemáticas, pero para esto ha sido imprescindible conocer en profundidad lo que se quiere transformar. Esto se relaciona con lo expresado por Travi Bibiana "(...) *la inseparable relación entre CONOCER-COMPRENDER-INTERVENIR-TRANSFORMAR*"⁴⁷, lo cual va a incidir en la manera en que el profesional construya el objeto de intervención, y en el tipo de categorías de análisis que se construye.

Es necesario construir la intervención profesional a partir de los actores sociales que participan del proceso, teniendo en cuenta su individualidad, como así también el lugar que ocupan dentro de la familia, dentro de su comunidad, y la influencia del medio social.

El modo de mirar la familia, va a depender del lugar teórico desde donde cada profesional se posicione para interpretarla. Adherimos a de Jong Eloisa (2001), en cuanto a que la familia es una organización social básica en la

⁴⁶ González Cristina (2003): "La Relación Familia-Estado y la Formación Ciudadana". En: Aquin, Nora, Compiladora "Ensayos sobre Ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 85

⁴⁷ Travi Bibiana (2006): Capítulo: "El Panel de la Teoría en el Proceso de Elaboración de Diagnósticos Sociales y la Construcción de la Legitimidad de la Intervención Profesional" En: del Valle Cazzaniga, Susana (coordinadora): "Intervención Profesional: Legitimidades en Debate". Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 80

reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales; es un espacio complejo y contradictorio que emerge como producto de múltiples condiciones en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por el grupo familiar y lo posible en el interjuego.

Es importante considerar que la intervención profesional tiene un saber científico y especializado por el campo de intervención y como tal define la práctica desde un marco axiológico, como se ha mencionado, conformado por los principios y postulados éticos que incorpora la mirada de los Derechos Humanos. Es así que la intervención es una dimensión constitutiva del campo disciplinar, campo en el que también participa la investigación.

Travi Bibiana afirma *"(...) si concebimos a la investigación como un proceso de construcción de conocimiento y asumimos que la definición de un objeto de intervención, es algo bastante más complejo que la mera lectura de la realidad, ya que necesariamente los problemas se construyen de la demanda, por los diferentes actores e intervención social, tendremos la posibilidad de potenciar la capacidad de las instituciones en la construcción de problemas, en el sentido de hacerlos visibles y a partir de allí iniciar el proceso de incorporación de los mismos en la agenda institucional"*⁴⁶

A lo expuesto agregamos que tanto la intervención como la investigación se

⁴⁶ Travi, Bibiana (2002): Capítulo: "La Investigación Diagnóstica en Trabajo Social": La construcción de Problemas a partir de la Demanda de Intervención Profesional. En: (Autores varios) "El Diagnóstico Social". Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 100-101

combinan y retroalimentan, ya que es el conocimiento el que permite acceder a la comprensión de las situaciones que la intervención intenta transformar.

Los saberes específicos del profesional se han puesto en juego en el diálogo con los otros saberes provenientes de los actores sociales, objeto de nuestra intervención, en un proceso de reflexividad que los ha involucrado a ambos.

Esto se vincula con el concepto de reflexividad, considerada por Guber Rosana en dos sentidos paralelos y relacionados: por una parte alude "*(...) en un sentido genérico a la reflexividad como capacidad de los individuos de llevar a cabo su comportamiento según expectativas, motivos, propósitos, esto es, como agentes o como sujeto de su acción (...)*"⁴⁹. Por otra parte, se refiere "*(...) a la reflexividad desde un enfoque relacional (...)*"⁵⁰; esta es, en el trabajo de campo, "*(...) el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente y la de los actores o sujetos/objeto de investigación (...)*"⁵¹.

Distintas cuestiones teóricas, epistemológicas, éticas y políticas han constituido y constituyen la matriz que ha dado y da sustento al despliegue de conocimientos que se han utilizado y utilizan para intervenir en el aspecto de la realidad que se trata de transformar.

El objeto de intervención es una construcción, un proceso teórico-práctico

⁴⁹ Guber, Rosana (2002): "El salvaje metropolitano". Reconstrucción del Conocimiento Social en el Trabajo de Campo. Editorial Paidós. Pág.86

⁵⁰ Ob. Cit., Nota 50

⁵¹ Ob. Cit., Nota 50

en el sentido que toda intervención tiene un sustento teórico- metodológico y un instrumental que permite recrear dichos conceptos en la realidad social.

De esta manera la construcción del objeto de intervención, como así también la determinación y elección del método y las técnicas de acción dependerán de la postura del Trabajador Social frente a la realidad, y a la complejidad de la estructura social; *"El objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social del objeto, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no"*⁵²

Es importante que desde nuestra disciplina se genere conocimiento acerca de la cotidianeidad de los pacientes con diagnóstico positivo de TBC en relación a la adherencia al tratamiento; y como éste a influido en sus vidas. Concordamos con *Margarita Rozas Pagaza* en que ha sido fundamental *"Valorizar la vida cotidiana como un espacio privilegiado para el Trabajador Social; no solamente por la cercanía con los sujetos y sus necesidades, sino porque en ella se encuentran los aspectos más significativos para comprender la metamorfosis de lo social"*⁵³.

La vida cotidiana es un concepto clave para la comprensión del campo problemático en nuestra disciplina; es decir conocer que es lo que piensan los

⁵² Rozas Pagaza Margarita (1998): Capítulo III: "El Objeto de Intervención en el Trabajo Social" En: "Una Perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social" Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 60.

⁵³ Rozas Pagaza Margarita (1998): Capítulo II: "Vida Cotidiana, Saber Cotidiana. Conceptos Claves en la Intervención Profesional" En: "Una Perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social" Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 36.

pacientes con respecto a su enfermedad, de donde provienen sus recursos económicos, cuales son sus vínculos más significativos, donde viven, cuáles son las actividades que desarrollan en su vida diaria, entre otros. Es a partir de los diferentes aspectos que conforman su cotidianeidad, que se lleva un trabajo conjunto, redireccionando las estrategias de intervención, con el fin de que la persona realice el tratamiento.

La realidad social constituye el escenario en el que se interrelacionan, interactúan e intercomunican los sujetos respecto a sus necesidades; este escenario social constituye el campo problemático, de nuestra intervención profesional.

"Uno de los mayores desafíos de los Trabajadores Sociales hoy, es desarrollar la capacidad de descifrar la complejidad de la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y efectivizar derechos a partir de demandas emergentes en lo cotidiano"⁵⁴; es fundamental cuestionarnos desde donde nos posicionamos para intervenir y como se enmarca desde los lineamientos de la política institucional, es decir, si se pretende trabajar desde una perspectiva universalista, de derecho de ciudadanía o dar respuestas focalizadas o asistenciales.

Desde la concepción de Paulo Freire, el Trabajador Social se interesa por desarrollar junto a los demás una perspectiva crítica de la realidad y por ejercitar la

⁵⁴ Kreiman, Miriam; Pascual, Viviana (s/f): "Intervención en Salud": ¿Asistencia o Construcción de Ciudadanía? En: Módulo de Lectura: Cátedra Supervisión. Campo Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. Pág. 288.

reflexión. *"Actúa y reflexiona con los individuos con quienes trabaja, nunca sobre quienes o para quienes trabaja"*⁵⁵; para concientizarse junto con ellos de las dificultades sociales reales, cambiando una percepción distorsionada de la realidad por una percepción crítica de la misma. Se centra en la desmitificación de la realidad mitificada, tendiendo a develarla con esfuerzo crítico común y en la problematización.

Desde nuestro punto de vista, hemos definido a la problematización como una reflexión crítica de los hechos que se nos presentan como naturales en la vida cotidiana, buscando la concientización conjunta de los orígenes de esa realidad, indagando sobre el mito de lo obvio para lograr a través de esto una transformación.

- La especificidad del Trabajo Social en el campo de salud, en el área de tuberculosis, en un hospital de alta complejidad.

Desde la intervención profesional en el campo de la salud pública nos situamos como trabajadores de la salud, interactuando con un conjunto de disciplinas, saberes, que conforman nuestro ámbito laboral.

En el quehacer profesional nos encontramos con el status de la profesión médica por una parte, y con la forma de práctica por otra, ese status y esa forma de práctica conforman el modelo médico.

El médico cumple con funciones en el desempeño de sus tareas,

⁵⁵ Freire, Paulo (1987): "Educación y Cambio". Editorial Siglo Veintiuno Editores. Pág. 59

coincidimos con Testa Mario que *"La función médica (...) es la que conocemos como el resultado de la actividad para la que ha sido formado en el medio académico: curar enfermos, prevenir enfermedades, promover la salud (...) la función social es también resultado de su práctica cotidiana, pero la diferencia que existe con la anterior es que el médico no ha recibido formación de ningún tipo para realizarla. Es una función que el médico cumple sin saberlo"*⁵⁶

Entonces, el médico aparece como ejerciendo una autoridad que difícilmente está dispuesto a ceder, por su propia condición histórico-social en las instituciones de salud, es por esto que no podemos desconocer que la hegemonía médica se apropia tradicionalmente de las instituciones de salud. Es decir, *"(...) ejerce el poder, expresa la hegemonía de su grupo, dibuja su influencia y marca su fuerza que le ha concedido su sociedad"*⁵⁷. Entendiendo a la misma, como el espacio social donde se articulan las clases sociales; el resultado de esa articulación no puede ser sino una forma aceptada consensualmente entre clases dominantes y dominadas. Esa forma es el pensamiento hegemónico.

En relación a la práctica médica el pensamiento hegemónico asigna a los profesionales de la salud la responsabilidad de esa práctica en cuanto función médica; estableciendo que esta práctica médica sea profesional, pero no es la única que se encuentra vigente en la sociedad en un momento dado.

Es a partir del cuestionamiento de la práctica tradicional que adherimos a

⁵⁶ Ob. Cit., Nota 36. Pág. 50

⁵⁷ Ob. Cit., Nota 36. Pág. 59.

Testa Mario en que es necesario el pensamiento no hegemónico, debido que es *"(...) una propuesta de cambiar la forma aceptada por otra nueva, de luchar contra la vieja institucionalización de la práctica vigente por una nueva institucionalidad, de combatir lo que Foucault considera lo instituido por uno nuevo instituyente que es la práctica alternativa"* ⁵⁸

Estas prácticas no hegemónicas sustentadas en una concepción diferente ha desencadenado no solo una práctica distinta sino que ha dado origen a una lucha ideológica entre médicos y trabajadores sociales, identificándose las formas biologicista de la práctica y la formas sociales de las mismas; pero esta lucha entre dos concepciones diferentes no debe ser vista como una disputa entre cual de las dos prácticas es la verdadera, sino que se debe pensar en intentar construir una práctica alternativa cuya función social sea distinta a la que actualmente cumple la función médica de esa práctica.

Entonces el Trabajo Social evidencia una asociación histórica con el sistema sanitario y el cuidado de la salud. Investiga e interviene dentro de los sistemas o realidades complejas, en donde interactúan diferentes factores. Es así que es indispensable lograr espacios consensuados de conocimiento entre disciplinas.

En el campo de la salud, el trabajo en equipo pretende alcanzar la coordinación e integración de los servicios en beneficio del individuo y su familia. Esta forma de trabajo es considerada por las disciplinas como un enfoque que

⁵⁸ Ob.Cit., Nota 36. Pág. 54

mantiene la integridad de la persona en relación a la salud.

Ningún profesional que se desarrolla dentro del campo de la salud ni en otros campos posee todos los conocimientos y destreza para resolver problemas que requieren técnicas pertenecientes a diferentes disciplinas. Los profesionales trabajando aislados e individualmente con cada individuo, aplicando sus conocimientos específicos no podrán lograr la recuperación de la persona en su totalidad.

En el trabajo en equipo es necesario tomar conciencia por parte de todos los miembros para lograr un objetivo en común. Es fundamental que cada profesional respete la función específica de aquellos que conforman el equipo interviniente, como así también la opinión de cada profesional a fin de que todos los miembros tengan una visión del individuo.

Adherimos a la multidisciplina como una de las formas de intervención del trabajo en equipo.

La multidisciplina supone un conjunto de disciplinas estudiando diferentes aspectos de un mismo objeto y/o cooperando en su abordaje desde cada una de ellas; no están ligadas a ninguna modificación de sus estructuras históricas.

En esta modalidad se comparte un espacio físico y acotado, *"Cada disciplina aporta a la construcción del objeto pero sin tener una visión integral, concepción y enfoque común para su abordaje"*⁵⁰. Se trata de la lectura de un

⁵⁰ De Jong, Eloisa; Basso, Raquel; Paira, Marisa (2001): Capítulo 1: "Trabajo Social, Familia e Intervención". En: La Familia en los Albores del Nuevo Milenio. Reflexiones Interdisciplinarias: Un aporte al Trabajo Social. Editorial Espacio. Pág.37

problema según el enfoque selectivo de cada disciplina.

En el HIGA el enfoque del Servicio Social está basado en el construccionismo. El mismo rescata lo social como entramado de relaciones humanas. Como paradigma permite, desde un enfoque multidisciplinario que se articulen otros paradigmas y diversas disciplinas, que operan en el plano de las representaciones, valoraciones e interpretaciones que los sujetos le asignan a la realidad, lo que se expresa a través del lenguaje en acciones comunitarias intersubjetivas.

En este marco, se propone el paso a la comprensión, debido a que el profesional no puede acceder a una realidad simbólicamente estructurada sólo a través de la observación. El conocimiento se va construyendo desde lo relacional a través de interpretaciones sucesivas, y desde universos cognoscentes diferentes.

El Trabajador Social, es el profesional que identifica las redes familiares y sociales, fortalece los vínculos familiares, promueve la utilización de los recursos institucionales disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y evaluación permanente. A su vez ejerce el rol de educador social, trabajando desde el binomio prevención-promoción, para sostener el estado de salud-enfermedad.

- Los objetivos específicos elaborados por Servicio Social del HIGA son:
 - Trabajar para el mejoramiento de la población asistida a partir de un

concepto integral de la salud, el cual considera a la persona como un sujeto social y protagonista de su proceso vital.

- Estimular la participación de todos sus miembros de un proyecto interno de servicio, en el cual se identifiquen en sus objetivos y sea desarrollado a partir de sentimiento de pertenencia al mismo.
 - Considerar la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza el compromiso que da contenido y sentido a la tarea.
 - Formar parte del equipo de salud, con intervenciones teórico-metodológico que retroalimenta la práctica cotidiana.
 - Formar parte del equipo de salud, con intervenciones superadoras, sustentadas teórica y metodológicamente.
 - Establecer una adecuada intervención con la red de recursos institucionales de la ciudad.
- En cuanto a las funciones específicas del Servicio Social se destacan:
- Mediatizar los intereses de la salud, de los pacientes y de su grupo familiar.
 - Participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas implementados en la institución.
 - Coordinar las acciones intra e interinstitucionales.
 - Gestionar y aplicar los recursos existentes.
 - Formar parte de la red institucional de la comunidad.

El equipo de Trabajadores Sociales utiliza técnicas, instrumentos y procedimientos para desarrollar la intervención. Realiza entrevistas ya sea individuales, familiares y grupales, como así también institucionales y domiciliarias. Interconsultas inter y extra hospitalarias, reuniones con otras disciplinas y de supervisión, talleres con grupos de pacientes y ateneos sobre temáticas que competen al Servicio Social.

La intervención se registra en historias clínicas, informes socio-ambientales, fichas de evolución y encuestas sociales; además se hace uso de la observación documental tanto de historias clínicas, de encuestas como de estadísticas.

Paralelamente se realiza un trabajo en red institucional, se llevan a cabo interconsultas, derivaciones para un tratamiento en conjunto, coordinando con otros niveles de atención.

El Servicio Social debió ir adaptándose a las circunstancias contextuales de cada época, a las características de cada enfermedad y a los nuevos datos que se recaban; es así que participa en diferentes cursos, jornadas y congresos. Todas las decisiones y nuevas intervenciones puestas en marcha por este servicio se encuentran sujetas a las normativas de la intervención, respetando las líneas de mando, sin por esto perder el Trabajo Social su autonomía en el ejercicio profesional.

Desde el Programa de Control de la Tuberculosis, el Trabajador Social intenta desde una visión integral de la persona, fomentar conjuntamente con el

paciente sus potencialidades, buscando la construcción de alternativas superadoras de su realidad, cuya meta final y fundamental sea la de mejorar su calidad de vida.

En el hospital se ha conformado un equipo de trabajo con el fin de lograr el funcionamiento del Programa de TBC; integrado por el Servicio de Neumonología, el Servicio de Laboratorio (técnico y bioquímico), una administrativa (que se encuentra en el área de TBC de Región Sanitaria VIII) y una Lic. en Trabajo Social encargada del área.

El técnico de laboratorio informa regularmente de los resultados positivos de TBC, tanto al Servicio de Neumonología como al Servicio Social.

Todo paciente que ingresa al hospital, ya sea por guardia o por consultorio externo con síntomas de TBC, se realiza una interconsulta con el Servicio de Neumonología y Servicio Social, en donde se lleva a cabo una primera entrevista, (en el caso de un diagnóstico positivo de la enfermedad) con el fin de asesorar sobre las formas de cumplimentar el tratamiento, conocer a la persona y su vida social.

El Servicio Social toma contacto con el paciente y luego lo hace con su núcleo familiar conviviente y no conviviente, con el objetivo de informarlos, asesorarlos para luego derivarlos al Instituto Nacional de Epidemiología (INE), en donde se lleva a cabo el estudio de contactos.

Desde el Servicio Social se acompaña y se contiene al paciente y a su núcleo familiar, puesto que esta enfermedad para muchos de ellos supone el

abandonar las tareas habituales de su cotidianidad, modificando de esta forma su entorno. El Trabajador Social planifica entrevistas en sede, con el objetivo de detectar e indagar acerca de los obstaculizadores de la vida social del paciente; actuando desde un rol de facilitador para que la persona lleve a cabo el tratamiento. Además realiza entrevistas domiciliarias para trabajar sobre la situación de abandono del tratamiento a fin de que la persona lo retome.

Lograr que una persona con diagnóstico de TBC que frecuentemente cumple largas horas laborales, tiene problemas familiares y una dieta inadecuada complete 6-12 meses de tratamiento no es tarea fácil; sobre todo si se considera que va a mejorar su estado de salud durante los primeros meses. Es por esto que la mirada del paciente debe ser tenida en cuenta por el equipo de salud.

El Programa de Control de TBC otorga subsidios establecidos ante la Ley 10.436, a aquellas personas que debido a esta enfermedad tienen comprometida su situación económica. Este trámite se gestiona desde el Servicio Social del hospital para luego ser elevado a Zona Sanitaria VIII, y desde allí a la Dirección Provincial de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Hay que considerar que los servicios de alta complejidad tienen que enfrentar una gran demanda de atención que en muchos casos, puede sobrepasar los recursos humanos disponibles.

Este es uno de los principales motivos para recomendar que el tratamiento se "descentralice", es decir, que el paciente lo pueda realizar en el centro de salud

más cercano a su vivienda.

El tratamiento debe realizarse bajo supervisión, ésta estrategia tiene como fin asegurar que el paciente tome los medicamentos en las dosis e intervalos indicados.

En los diferentes centros de salud se encuentran profesionales especializados encargados del área enfermeros/as, quiénes observan la toma de medicación, registran la asistencia del paciente plasmándola en una planilla, informan dudas e inquietudes; lo que permite llevar el control de posibles deserciones e intervenir para mejorar el estado de salud de la persona.

Es importante que el TAES sea aceptado por el paciente, se debe tener en cuenta que el tratamiento se prolonga por varios meses y para ello es primordial que el equipo de salud estimule la adherencia al mismo.

Es importante en este trabajo, realizar un proceso de concientización con la persona y con la comunidad, para mejorar su estado de salud; el cuidado de si permitiría, aprender a pensar en los demás, en el prójimo, a impulsar la solución de los problemas comunitarios más allá del límite individual.

El tomar conciencia de la enfermedad significa no sólo reducir los actos a la toma de medicación, sino que el paciente se sienta parte de ese entramado social, dirigiendo sus acciones al bienestar de la comunidad.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS



PRESENTACIÓN GENERAL DE LOS ENTREVISTADOS

Este análisis tiene como objetivo conocer, comprender y reflexionar acerca de la realidad social y económica que afecta directamente a los pacientes con diagnóstico positivo de TBC para comenzar y continuar el tratamiento.

Los datos relevados estuvieron vinculados a la situación de salud, ocupacional, educacional, habitacional y familiar del paciente; siendo la intervención del Trabajador Social el eje que atravesó los diferentes aspectos que conforman la cotidianeidad de la persona.

Los 20 pacientes que participaron en esta investigación fueron 10 de sexo masculino y 10 de sexo femenino (comprendieron la franja etarea desde los 15 a 56 años de edad; pertenecientes a diferentes barrios (Santa Rita, Las Heras, José Hernández, Batán, Las Américas, Pueyrredón, Belgrano, Cerrito Sur, Estación Terminal, Parque Camet, Antártida Argentina, Mundialista, Las Canteras, San José) de la ciudad de Mar del Plata.

Se seleccionaron por criterios de residencia en la ciudad, que se atendieran en el hospital, que tuvieran o no antecedentes de TBC, derivados al Servicio Social y que presentaran alguna dificultad en la adherencia al tratamiento.

Todos han sido de nacionalidad Argentina; excepto un inmigrante del país limítrofe de Chile, y otro proveniente de Bolivia. Con respecto a la procedencia, en general son oriundos de la ciudad de Mar del Plata, y en menor cantidad de localidades del conurbano bonaerense (Avellaneda, Pilar, Lanús, Florencio Varela, Ingeniero Bunge), y uno proveniente de la provincia de Entre Ríos. Todos

los entrevistados hace más de 10 años que residen en la ciudad.

Las migraciones han sido de diversa índole en cada situación, pero ha de destacarse que el principal motivo fue la búsqueda de mejores condiciones laborales tanto individuales como familiares.

- **Situación de Salud**

Los pacientes entrevistados han tenido un diagnóstico positivo de TBC pulmonar en el año 2008, ingresaron al hospital por guardia; la duración de su tratamiento ha sido de 6 a 12 meses. En algunos casos presentan antecedentes tanto de la enfermedad como de otras; HIV-SIDA, diabetes, desnutrición crónica, lupus, obesidad mórbida.

Esta población se ha caracterizado por vivir en condiciones sociales, económicas y culturales precarias, determinando que sean actores sociales con necesidades básicas insatisfechas, alimentación, vivienda, educación; delimitando indicadores sociales que hacen a la calidad de vida. Según Tonon Graciela (2003) este término es utilizado de forma cotidiana, en tanto componente de la realidad social, para hacer referencia a diferentes situaciones consideradas deseables para los sujetos.

De todos los factores que se combinan para deteriorar la salud, la pobreza es la principal. De hecho, la OMS ha señalado a la pobreza como la principal causante de muertes en el mundo.

La salud ha sido amenazada por la pobreza, el empobrecerse implica

sufrimiento y estrés, debido al temor, a la pérdida de trabajo, a la falta del mismo, a la incertidumbre por el futuro inmediato, al aumento de las horas de trabajo o a la doble jornada, provocando un deterioro psíquico y físico en el paciente.

Este deterioro también se ha dado por la imperiosa necesidad que alguno de ellos ha presentado por consumir bebidas alcohólicas u otra clase de drogas, como cocaína y marihuana.

La adicción a las drogas y al alcohol, se ha considerado una enfermedad, encontrándonos con pacientes adictos a ambas, quienes han tenido características en común; pérdida del control sobre si mismo, dificultad en la memoria, desatención en las responsabilidades de su vida personal, olvidando a ir a tomar la medicación a los centros de salud. Esta conjunción de factores se constituye como un obstaculizador para la continuidad del tratamiento.

Para reducir la enfermedad, es decir para disminuir el número de pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar con baciloscopia positiva, se ha buscado organizar servicios de salud flexibles, que evalúen la situación de cada paciente de manera tal que puedan elegir donde recibirán la toma de medicación; en los centros de salud o en su vivienda.

De esta manera se adopta un modelo de intervención desde el Servicio Social que sea participativo, generando un pensamiento propio en el paciente, una conciencia crítica, delegando poder de decisión en el sujeto. Reconociendo la participación como decisión individual durante el tratamiento. A partir de lo dicho coincidimos con Sandoval Ávila Antonio (2001) que la participación es una acción

transformadora y emancipadora; entendiéndola como una construcción de la capacidad del paciente para poder tomar decisiones y llevarlas a cabo. Se apela a la participación como instrumento o medio para el logro de otros fines.

El concepto de participación al que adherimos no coincide con la postura que adopta el Servicio de Neumonología, en donde se ha observado que recomiendan que los pacientes realicen el tratamiento bajo el TAES/DOTS, debido a que actualmente es la única y disponible estrategia que detiene el avance de la enfermedad; *"Consistiendo en la supervisión estricta u observación directa de la toma de todas las dosis de medicamentos para la curación de los pacientes"*⁶⁰. Haciendo referencia a que la persona no abandonaría el tratamiento, si lo realizara en el centro de salud.

Frente a lo expuesto podemos decir, que el espacio físico donde el sujeto realiza el tratamiento no determina la continuidad del mismo, sino se toman en cuenta aquellas dificultades sociales presentes en el paciente.

En este programa de actividades en TBC, la mayoría de los pacientes se ha negado a llevar a cabo el tratamiento en los centros de salud, correspondientes a su domicilio (Alto Camet, Antártida Argentina, Santa Rita, Belgrano, Las Heras, El Centro de Salud N° 1 y N° 2); tomando como alternativa el querer realizarlo en su vivienda.

⁶⁰ ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbran" ANIR (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni: (2001): Módulo IV: "Tratamiento Directamente Observado (TDO) En: Módulo de Lectura. Patrocinado por Vigía. Pág. 1

Esta situación se debe a que algunos pacientes no cuentan con dinero diario para trasladarse en colectivo hacia los servicios de salud, debido a la lejanía del mismo (25 a 50 cuadras aproximadamente); tampoco cuentan con transporte propio, y esto se agrava por la "debilidad física", producto de la enfermedad, como para desplazarse caminando.

Otros han manifestado realizar la toma de medicación en su hogar, por la comodidad y conveniencia que ello implica; además en el horario de la mañana que deben ir a la "sala" en ayunas tienen que ir a trabajar.

Estas causales han determinado la no aceptación de la estrategia TAES/DOTS por parte de algunos pacientes; reflejándose así ciertas dificultades que conllevan al abandono del tratamiento, ya que luego de pasado los dos primeros meses de ingerir los medicamentos han manifestado el sentirse "bien", es decir, comienzan a tener apetito, se les disminuye la tos o el catarro, se encuentran con energías para desarrollar actividades de su vida diaria (trabajar, hacer los quehaceres del hogar, estudiar, realizar tareas recreativas o de esparcimiento, entre otras).

Esto se refleja en la concepción de salud que tienen los pacientes, entienden a la misma como la ausencia de enfermedad; observándose esto en el tipo de práctica de salud que llevan a cabo, concurriendo a los consultorios médicos cuando presentan signos y síntomas de enfermedad.

A su vez un número similar de pacientes han aprobado la estrategia, aceptando en los dos primeros meses realizar el tratamiento diario en algún

centro de salud. Este grupo no ha sido ajeno a las múltiples causas anteriormente mencionadas, ya que estas dimensiones también han influenciado en su vida cotidiana, una vez de comenzado el tratamiento.

Además se ha revelado la estrecha vinculación entre creencias culturales y representaciones sociales acerca de la enfermedad y de los pacientes; y las dificultades para la adopción de medidas preventivas personales adecuadas.

A las personas en situación de enfermedad, se les ha atribuido cierta pertenencia a categorías sociales estigmatizadoras, y por lo tanto culpabilidad en el contagio; atribuyendo prejuicios y discriminación hacia los mismos.

En cuanto a la representación social de la TBC, se ha referido que la enfermedad esta asociada a las condiciones de higiene de la persona. Esto se traslada al paciente con una connotación negativa, atribuyéndole conceptos que lo marginan y lo estigmatizan, denominándolo "*mugriento*", "*vago*", cargados estos de valores inexistentes y de desesperanza que dejan lugar a la resignación. Esta situación ha repercutido en la persona, tomando como actitud el "*mentir*" sobre su diagnóstico, encubriendo una enfermedad por otra; un número de entrevistados han declarado frente a parientes, amigos, vecinos, docentes y jefes que han tenido leucemia o neumonía ocultando su diagnóstico médico de TBC.

El ocultamiento o la vergüenza han conducido a la fragmentación de su vida social. En las entrevistas ha aparecido el termino "*exclusión*", haciendo referencia a la discriminación que han sentido.

La exclusión se ha manifestado para ellos en el desvío o alejamiento que

han sentido por parte de los "otros", ya sea amigos, familiares, vecinos o de la sociedad en general, cuando usan el barbijo, cuando tosen, hablan en el hospital, en los centros de salud, en el colectivo o en la calle.

El saber médico esta legitimado de diversas formas en nuestra sociedad e impone un vocabulario específico que muchas veces los pacientes expresan no entender; esta información recibida es recepcionada de diversas maneras por ellos, ya que tienen un sistema de ideas acerca de la enfermedad previo a este aprendizaje adquiridos en la interacción cotidiana a través de la utilización de otros lenguajes y prácticas. Es así, que algunos pacientes no han tomado medidas de prevención con respecto a su núcleo familiar, ya que no le han dado importancia al contagio que produce la enfermedad, siendo indiferente el uso del barbijo y saliendo de las habitaciones de aislamiento, donde se encontraban internados sin el mismo.

En referencia al conjunto de ideas que los pacientes han tenido de la TBC ha aparecido que la misma "(...) es vieja (...)"⁶¹, "(...) pensé que nunca la iba a tener (...)"⁶²; otros no han tenido conocimiento de las causas y consecuencias de esta patología, presentándoseles interrogantes acerca de donde se habrían contagiado, debido a que en su núcleo familiar no habría antecedentes de la misma y no asociando el contagio hacia otros ámbitos de su vida.

La negación y autoengaño, cuya función es la de separar al paciente de su

⁶¹ A.C.S. Entrevista realizada en sede, el día 14 de agosto de 2008.

⁶² E.R.C. Entrevista realizada en sede, el día 7 de julio de 2008.

propia conciencia ha permitido rechazar las consecuencias que la enfermedad podría provocar en su vida; estableciendo un falso equilibrio en la persona, y de la cual no quieren salir, demarcando una posición de no conciencia. Las actitudes prevalecientes han sido la conciencia que han tenido de la enfermedad, no tomando decisiones, haciendo responsable a su familia de su cuidado y presentando desinterés en el tratamiento.

- **Situación Familiar**

Las diversas singularidades culturales, sociales, económicas que han presentado los pacientes, se han visto reflejadas también en la organización y relaciones vinculares de sus familias.

Se ha ubicado a la familia como organización de carácter universal, que existe en todas las sociedades y culturas pero a la vez ha adquirido en cada contexto formas particulares de organización familiar.

Es así que se ha podido observar que 8 de los pacientes conforman familias extensas, constituidas con parientes agregados, es decir compuestas por varias generaciones conviviendo bajo un mismo techo: en una misma casa viven padres, abuelos, sobrinos, hermanos, cuñados, entre otros.

Otros 6 pacientes conforman familias nucleares, integradas por uno o ambos padres con o sin hijos; además se han observado 2 uniones de hecho (concubinatos no legales), y 4 pacientes que viven solos.

Los pacientes al interior de esta multiplicidad de tipos de familia, ocupan

roles de hijo, padre, madre, pareja o concubino. Estos roles inciden en la aceptación y realización del tratamiento.

Se analizó que la mayoría de los pacientes han sido jefes de hogar, hombres y mujeres, dentro de la unidad doméstica. Siendo los miembros del hogar que aportan ingresos y desempeñan el ejercicio de la autoridad, como aspectos relevantes en la estructura y dinámica familiar.

Ellos han percibido a la TBC como un obstáculo para la reproducción social dentro de la familia, en donde sus tareas dirigidas al mantenimiento del sistema se vieron impedidas por permanecer internados y por no poder trabajar.

Chapp Maria plantea que *"La dinámica familiar (juego de roles, funciones, tareas y vínculos) se estructuran en un tiempo y espacio articulado a sus miembros (desde una perspectiva social) según el género y la generación. Género en tanto configuración socio-cultural de lo femenino y lo masculino, así como el conjunto de las representaciones y saberes que ellos reproducen en una educación asexuada en la familia"*⁶³

Es así que los roles familiares se han redefinido, en tanto que otros miembros del grupo, ya sea esposa/o, pareja, hijo/a han cooperado económicamente en las tareas cotidianas, mientras que el jefe de hogar, el paciente ha permanecido sin trabajar.

En cambio los pacientes que viven solos, han expresado preocupación por

⁶³ Chapp, Maria (1999): Capítulo 1: "Consideraciones Teóricas". En: Aquín, Nora y Gattino, Silvia. En: "Las Familias de la Nueva Pobreza. Una Lectura Posible desde el Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 15

no tener recursos económicos, por no contar con un sostén familiar conviviente como no conviviente; recurriendo a otras estrategias de subsistencia, provenientes de amigos y vecinos.

El modo en que la familia ha mirado al paciente y a la enfermedad, ha dependido de sus códigos culturales, del caudal simbólico, de los valores, hábitos, costumbres, patrones cognitivos y afectivos.

Las familias que han demostrado interés y preocupación acerca de la enfermedad, son las que se han acercado al Servicio Social y al Servicio de Neumonología, para plantear dudas, inquietudes, interrogantes sobre la TBC y cuales serian los mecanismos de prevención que deberían adoptar.

Estas acciones no han sido emprendidas por la totalidad del grupo familiar, sino que el apoyo emocional y contención (aspectos subjetivos que hacen a la calidad de vida) ha sido brindada en cada situación particular por padres, madres, parejas, hermanos, tíos, siendo estas personas el motor que ha impulsado e incentivado a que el paciente comience y tenga continuidad en el tratamiento.

Por el contrario, aquellas personas que viven solas y que no han dado a conocer a miembros del grupo familiar no conviviente, por no mantener contacto con ellos, han recibido comprensión, contención y apoyo por parte de amigos y vecinos, quienes se han acercado al hospital para conocer la situación de salud del paciente, evidenciando interés en el acompañamiento del mismo.

Teniendo en cuenta el tiempo compartido (más de cuatro horas diarias) entre el paciente y los contactos habituales (miembros que conviven con él) u

ocasionales (parejas, amigos, vecinos, compañeros del trabajo), las características de su vivienda (ventilación, hacinamiento) y la carga bacilar de cada situación; es que algunos de los miembros de los grupos familiares convivientes desde su discurso han manifestado como prioridad ir al INE (Instituto Nacional de Epidemiología) a realizarse el estudio de contacto, como medida de prevención a fin de cortar con la cadena de transmisión, mediante el diagnóstico oportuno (PPD y placa).

Pero desde sus actos cotidianos, la totalidad de estos grupos familiares extensos no han concurrido a dicho control. Indagando sobre las causas de lo dicho, se ha expresado que son familias numerosas (6, 7, 8 miembros), y que les es dificultoso afrontar los gastos de traslado de todos los integrantes del núcleo familiar hacia dicha institución de salud. No ocurriendo lo mismo en aquellas familias que han presentado un número menor de miembros.

Por otra parte las parejas de algunos pacientes ante el desconocimiento del estudio, se han negado a concurrir al INE por miedo a que se les "*descubran*" otras enfermedades, tales como HIV-SIDA y adicciones.

El brindarles información acerca del estudio de contactos no ha sido suficiente para que adopten ésta medida preventiva, sino que hubo que entender el plano de los significados culturales, es decir, la interpretación que las personas han hecho del conocimiento aportado por profesionales, adoptando medidas preventivas personales (como el uso del barbijo) y desechando otras (estudio de contactos).

- **Situación Laboral**

Moisés Cecilia (2000) define al trabajo como una actividad social que le permite al individuo incorporarse como un elemento productor; es un organizador central de la vida de las personas. Cuando este ordenador se fractura, afecta a la identidad y produce alteraciones en los ritmos vitales del sujeto.

Algunos de los pacientes trabajan como empleada domestica, vendedora de productos por catalogo, camarera, vigilancia, kiosquero, despachante de encomiendas, franelita; otros refirieron que su principal fuente de ingreso proviene de trabajos en temporadas (chiringos en la playa), de changas (albañilería y pintura) y de tareas nocturnas (en un prostíbulo).

Por otra parte se encuentran aquellos que no se desempeñan laboralmente, ya sea porque no buscan trabajo o no encuentran.

Junto al desempleo y subempleo visible existe un importante problema de subempleo invisible, constituido por ocupaciones de productividad e ingresos bajos, carentes de protección y estabilidad, por no tener una cobertura médica (obra social), aportes jubilatorios ni vacaciones pagas; denominándose esto trabajo informal.

El realizar trabajos transitorios, jornadas por debajo de lo normal con una remuneración vital mínima; ocasiona una inestabilidad laboral que se ha transformado en una condición permanente que afecta materialmente y subjetivamente a las personas.

Otra de las alternativas para la subsistencia familiar es el cobro de planes

sociales (Plan Familia), de pensiones por discapacidad y la recepción de la bolsa de alimentos, perteneciente al Programa Municipal de Seguridad Alimentaria.

Se ha observado una división sexual del trabajo que se corresponde con la diferencia de género reproduciéndose en el interior de las familias de los pacientes. Es aquí donde se pudo analizar una diferenciación en cuanto a obligaciones por parte de los miembros del grupo familiar, y en relación a la posición que ocupa el paciente dentro de su familia.

La situación de enfermedad ha condicionado el aspecto económico de cada grupo familiar; esto se evidenció en las situaciones en que el paciente era jefe de hogar, y donde los ingresos que provienen de su labor se vieron reducidos. Como consecuencia, otros miembros debieron buscar nuevas alternativas de subsistencia, como lo fue el pedir comida en casas de familia.

Según lo manifestado por los pacientes, sienten desesperación por no contar con recursos para la satisfacción de las necesidades básicas; esto se agrava por las condiciones de su empleo, en donde si daban a conocer su diagnóstico médico a los jefes, podían ser despedidos.

Entonces se ha reflejado que carecen de recursos económicos y de tiempo, un tiempo que cada vez usan más en trabajar, y que podría constituirse un factor que inhibe la concurrencia, ya sea al hospital como a los servicios de salud.

Para muchos de ellos el acudir a un centro de salud ha implicado a veces "perder" un día de trabajo, debido a que en el horario que debían ir a tomar la medicación, ellos refirieron estar trabajando. Esta situación también se observó

en los pacientes cuando concurrían al hospital para ser atendidos por consultorio externo, debiendo llegar temprano y perdiendo gran parte de la mañana en dicha institución.

Frente a lo expuesto, ellos han priorizado su jornada laboral ante su estado de salud; considerando al trabajo como garante de la satisfacción de las necesidades individuales, familiares y colectivas.

A su vez desde el Programa de Control de TBC existe por ley una asistencia económica (\$616) a todo paciente desprotegido, sin cobertura del sistema de seguridad social; este subsidio en dinero se prolonga por el periodo que la persona realiza el tratamiento.

Si bien desde el Servicio Social se le ha gestionado a todos los pacientes dicha ayuda económica, (menos a uno por no contar con su Documento Nacional de Identidad uno de los requisitos para realizar el trámite); la llegada tardía del subsidio, 4 o 5 meses de demora, ha provocado un desaliento en los pacientes para la continuidad del tratamiento; reflejado en términos tales como *"(...) sí no puedo trabajar, cuando me va a llegar la plata del subsidio (...)"*⁶⁴

La alimentación ha sido otra de las dimensiones que han mencionado los entrevistados, debido a que si en los dos primeros meses de tratamiento, no pueden trabajar porque deben permanecer en reposo, ellos han presentado como inquietud de que manera van a cubrir o satisfacer esta necesidad básica.

El paciente debería realizar un plan de alimentación equilibrado y sano, que

⁶⁴ J.B.C. Entrevista realizada en sede, el día 19 de septiembre de 2008.

contemple todos los grupos de alimentos para cubrir los requerimientos básicos de hidratos de carbono, proteínas y grasas; y aquellos componentes que actúan como reguladores del metabolismo, agua, vitaminas y minerales; pero la realidad es otra.

Esta población a raíz de sus bajos ingresos no ha podido acceder a una dieta diaria equilibrada, buscando como alternativa "la bolsa de alimentos" que se gestiona desde el Servicio Social.

Esta ausencia de capital económico ligado a bienes materiales, financieros y monetarios ha repercutido de manera desigual tanto en el grupo familiar conviviente como no conviviente del paciente.

Desde este abordaje ha surgido que la mayoría de los pacientes han recibido aportes monetarios directos y concretos de los miembros de los núcleos familiares no convivientes, ya sea hermanos, tíos, padre, madre, y a su vez de amigos y vecinos. Este aporte económico significó para muchos de ellos, el poder tomarse un colectivo para concurrir a los servicios de salud como al hospital. Denotándose así que los miembros de la familia que conviven con la persona en situación de enfermedad se vieron impedidos de afrontar otros gastos, más allá de los previstos para su sustento diario.

- **Situación Educativa**

El problema educativo, ha sido otro fenómeno que no puede atribuirse a un solo factor, sino a un conjunto de factores donde intervienen lo económico, lo

social, lo cultural.

Se ha observado en su mayoría que los pacientes han desertado del ámbito educativo a una temprana edad, las causas de esto se deben a la falta de medios económicos de las familias, a la temprana inserción laboral, a la falta de interés en educación, a las migraciones de su país de origen.

La mayor parte de los entrevistados no han finalizado sus estudios primarios y secundarios; muchas veces se han encontrado en la difícil situación de tener que elegir entre *"continuar con los estudios sin ningún tipo de apoyo; o trabajar para subsistir"*, esto ha provocado que se han visto obligados aún en contra de su voluntad, a tener que desertar de la educación formal por cuestiones económicas.

Otros manifestaron que el concurrir a la escuela ha sido vivido como una obligación instituida. Pero sin embargo no ha existido exigencia por parte de sus padres para la culminación del ciclo escolar.

Teniendo en cuenta la relación que existe entre el nivel educacional alcanzado y el ingreso al mercado de trabajo, gran parte de los mismos no pudieron insertarse fácilmente en el proceso productivo que exige, entre otras cosas, niveles de escolaridad que superen el nivel secundario.

La no continuidad en la educación formal ha sido vivida por los pacientes como una frustración, ya que reconocieron lo importante que es poder alcanzar un nivel educativo para tener un trabajo estable, con mejores remuneraciones.

En la búsqueda de trabajo, los desertores del sistema educativo no lo

consiguen y se suman al grupo de los desempleados, subocupados y changueros.

Hubo un número menor de pacientes que sí han podido terminar el secundario, e incluso uno de ellos permanecía estudiando en la Universidad Nacional de Mar del Plata. La enfermedad provocó que tuvieran que abandonar temporalmente sus actividades educativas; en un primer momento se debió al tiempo que permanecieron internados en el hospital, y en un segundo momento se analizó la deserción en relación a la vergüenza que presentaban por tener TBC; apareciendo términos como "(...) que dirán si digo que tengo tuberculosis (...)"⁶⁵, "(...) con barbijo a la escuela no voy (...)"⁶⁶

Lo anteriormente expuesto se traduce en una autoexclusión, que hay frente al uso de barbijos en la sociedad, al miedo por el contagio de enfermedades, produciendo que algunos de los pacientes se resguarden en su propio ambiente (vivienda), aislándose de su entorno social.

- **Situación Habitacional**

Se entiende a la vivienda, como aquel espacio habitable destinado a albergar a una persona, grupo de personas o unidad familiar.

La OMS ha indicado que la vivienda debe cubrir las necesidades fisiológicas, psicológicas, y de prevención de contagio, como funciones cruciales

⁶⁵ E.H. Entrevista realizada en sede, el día 20 de noviembre de 2008.

⁶⁶ L.R. Entrevista realizada en sede, el día 27 de agosto de 2008.

para que una vivienda sea adecuada.

El espacio donde los pacientes han desarrollado su vida diaria, debería cumplir con diferentes características del lugar; Ander-Egg Ezequiel (1995) señala una atmósfera de pureza química razonable, medio térmico que evite pérdidas en exceso de calor, y un medio que permita una pérdida adecuada de calor humano (ventilación), con luz diurna y artificial, y un suficiente espacio para el ejercicio de las actividades cotidianas dentro del hogar.

Este tipo "ideal" de vivienda es inalcanzable para estas familias que no poseen recursos o medios suficientes para vivir y donde alguno de los criterios de las necesidades básicas se han visto condicionadas por el hacinamiento, la precariedad, el tipo de vivienda y el saneamiento básico, es decir, la falta de acceso a servicios, agua potable y cloacas.

En cuanto al tipo de vivienda de los entrevistados ha existido una heterogeneidad con respecto a la construcción, encontrándose tanto casas de material como departamentos y casillas de madera; siendo las mismas propiedades privadas, alquiladas o cedidas por parte de otros parientes.

El mayor número ha ocupado casas de material u hormigón, solidamente construidas, pero a su vez se ha observado aberturas en las paredes y techos, vidrios y ventanas "rotas", encubiertas por materiales de desecho (bolsas, cartones). Esto refleja deterioros o daños en los diferentes ambientes del hogar, lo que ha provocado que ante situaciones de inestabilidad climática, ingrese a la vivienda agua de lluvia, viento; empeorándose esto en época invernal.

Ha existido una similitud en los pacientes que habitan en casillas, quienes también han expresado vivir en las mismas condiciones aún mas agravadas por el material de construcción (madera).

Frente a estas situaciones los entrevistados han evidenciado cierta contradicción en relación a las condiciones del lugar que habitan y lo que les expresan los profesionales que los atienden, tanto médicos como enfermeras; esto se ha expresado por ellos en palabras como "*(...) me dicen que me tengo que cuidar del frío (...) y si ven mi casa, tiene agujeros en el techo (...)*"⁶⁷.

Otro componente que se ha mostrado en el déficit habitacional de estos pacientes, es el hacinamiento, en donde se ha observado una sobreexplotación del espacio, si se tiene en cuenta la relación entre el número de personas y la cantidad de espacios existentes en las viviendas. Ocasionando esta situación, que se prolifere la cadena de transmisión de la enfermedad dentro del hogar.

Respecto a los servicios en las viviendas, los pacientes cuentan con agua corriente, con luz eléctrica (algunos acceden al servicio por conexiones ilegales), la mayoría no cuenta con la red cloacal, las casillas tienen letrinas exteriores sin descarga de agua.

En relación a la instalación de gas natural, se ha manifestado en su gran mayoría que utilizan como alternativa a este, garrafas, salamandras y braseros a leña.

A partir de las características habitacionales mencionadas, se desprendió

⁶⁷ O. A. Entrevista realizada en sede, el día 12 de diciembre de 2008.

que la mayoría de los entrevistados habitan viviendas precarias, evaluando la precariedad en función del deterioro del hogar, por la presencia de determinados materiales que se estiman funcionalmente deficientes. Lo que conlleva un mal estado de conservación e higiene en los ambientes, falta de ventilación en los mismos, sobreexplotación en el espacio en donde viven, y en general se han visto limitados en la provisión de los servicios de saneamiento básico, en el pago de los mismos, como así también en poder pagar un alquiler.

CONCLUSIÓN

Y

PROPUESTA

DE TRABAJO



Somos realistas que el camino que hemos recorrido para llevar a cabo este trabajo con los 20 pacientes con diagnóstico de TBC en el HIGA, ha tenido la limitación del tiempo establecido para la investigación; a su vez consideramos que los aportes de los mismos y las diferentes intervenciones desde el Servicio Social (en cuanto a las variables de *salud, familia, educación, vivienda y trabajo*) permitieron generar nuevos interrogantes acerca de las causas por las cuáles una persona continúa o bien abandona el tratamiento de TBC bajo la estrategia TAES/DOTS. La cual nos ha permitido redireccionar, recuperar y generar posibles estrategias de intervención del Trabajador Social en el área de TBC en un hospital público.

A partir del trabajo que se llevó a cabo fue posible responder a los aspectos más significativos de los objetivos planteados; reflexionar en la estrategia TAES/DOTS que se desprende del Programa de Control de la TBC, para indagar la incidencia de la misma en la adherencia al tratamiento; conocer la dinámica de trabajo del equipo de salud en el área; caracterizar los diferentes aspectos sociales que conforman la vida cotidiana de los pacientes, y analizar aquellos cambios que se puedan proponer desde la intervención del Trabajo Social en el HIGA.

Indagar en la vida cotidiana de estos pacientes, nos ha permitido comprender la percepción que tienen de la realidad, es decir las dificultades que se les presentan para realizar el tratamiento, recuperando *su saber, su voz, su historia personal*, lo que conlleva a entender el contexto de cada paciente desde

la perspectiva del actor.

Entonces desde éste espacio de aprendizaje entre la persona y el profesional en Trabajo Social, se construye una relación vincular entre dos universos simbólicos diferentes, donde los saberes específicos del profesional se ponen en juego con otros saberes provenientes de los actores sociales, objeto de nuestra intervención en un proceso de reflexión crítica que involucra a ambos.

Por lo estudiado consideramos que más allá de que el tratamiento se "descentralice", que sea gratuito, que la estrategia TAES/DOTS sea aceptada por el paciente, que se cuente con un equipo de profesionales especializados en el tema, se deberían además contemplar todas aquellas dificultades cotidianas para que el paciente comience o continúe con el tratamiento de esta enfermedad.

Se considera que no hay una dedicación exclusiva desde el Trabajo Social en el área de TBC del HIGA, por un lado dada la atención de las urgencias y necesidades más inmediata, y por otro, la falta de profesionales en Trabajo Social dentro de un hospital de alta complejidad conlleva a que los mismos se vean afectados a más de un área de intervención. Además consideramos que el Programa de Control de la TBC en el hospital no ha escapado a esta realidad, por cuanto el personal con que cuenta éste servicio, a disposición del programa, resulta insuficiente para responder a la totalidad de la demanda.

En el área de TBC, el Trabajador Social utiliza la Encuesta Social Única que proviene del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y es utilizada por los profesionales del área; la cual permite obtener una imagen concentrada de la

situación socio-económica general de la población encuestada, importante para la incorporación al programa pero insuficiente para obtener información vinculada con la realidad del paciente con diagnóstico de TBC y el contexto social.

Las dificultades cotidianas expresadas por los pacientes para poder realizar el tratamiento, no quedaban plasmadas en un registro de intervención. Es por ello que proponemos un nuevo instrumento de recolección de datos llamado "Historia Social" que contemple los diversos aspectos sociales que conforman la cotidianidad de la persona; esto no debiera ser su única finalidad, sino convertirse en una herramienta superadora que complementa a la encuesta, permitiendo indagar y aprehender de las representaciones sociales de la enfermedad, las atribuciones y los posicionamientos del sujeto en cuanto a los obstáculos cotidianos para terminar con el tratamiento.

Se ha comprobado que la estrategia TAES/DOTS a los fines del control de la TBC, cuenta con una estructura de funcionamiento solidamente diseñada, se presenta como una herramienta preventiva que apunta a que el tratamiento se "descentralice" hacia los diferentes centros de salud, para que el paciente lo realice en el lugar más cercano a su domicilio; a su vez requiere de profesionales de la salud para que observen la ingesta de las dosis, exigiendo capacitaciones para los mismos; pero se ha podido observar que la estrategia no toma en cuenta los problemas que se les presentan a las personas en su vida diaria; la distancia entre el domicilio y el centro de salud, agravado por la "debilidad física" que sienten (consecuencia de la enfermedad); ausencia de recursos económicos para

desplazarse en colectivo; y extensas jornadas laborales, motivo por el cuál es una dificultad ausentarse para realizar el tratamiento.

La variable *trabajo* se complementa con la variable *educacional*, ya que muchas veces el no poder terminar los estudios primarios y secundarios, condiciona hoy en día poder acceder a un empleo formal.

Por otra parte la situación habitacional se ha considerado un problema, las condiciones de precariedad de la vivienda, hogares de construcción precaria, con pocas comodidades y escasos o nulos servicios, no contribuyen a que sea un espacio adecuado para la situación de enfermedad del paciente.

El factor más recurrente en las variables analizadas ha sido la *dificultad económica*, como la determinante para que la persona no acepte realizar el tratamiento bajo la estrategia TAES/DOTS, es decir para que no concurra a la "sala".

Se ha observado que los pacientes, jefes de hogar, han priorizado la jornada laboral ante la situación de salud; por el contrario si no trabajan no cuentan con ingresos para la satisfacción de las necesidades básicas indispensables, siendo la alimentación el problema más recurrente.

Durante el periodo de internación del paciente, los roles al interior del grupo familiar se fueron redefiniendo, buscando espontáneas estrategias de subsistencia, el pedir "comida", el realizar changas, entre otras.

A partir de haber mantenido un contacto directo con el Servicio de Neumonología, se puede decir que los pacientes no se "animan" a decirles, o

expresarles a los médicos que no pueden ir a los centros de salud a tomar la medicación. Creemos que estas situaciones ocurren, por el manejo de poder que tiene el médico en el ámbito hospitalario. Ejerciendo cierta autoridad frente al paciente, lo que denota una relación asimétrica entre ambos.

En lo que respecta a la estrategia TAES/DOTS y a partir del trabajo en equipo, afirmamos que el médico piensa que con la implementación solamente de la estrategia, es decir, realizando el tratamiento en el centro de salud se llega a la curación de la TBC, no entendiendo que cada paciente tiene su propia realidad.

Entonces el profesional médico, accede a *"lo social"*, en una dimensión económica, es decir la Encuesta Social Única que se utiliza para el programa no le informa de otros aspectos sociales, familiares, y personales, factores que podrían ser tratados a fin de asegurar la "calidad de vida" y la continuidad del tratamiento.

En la estrategia TAES/DOTS no se consideran preponderantes los aspectos vinculados a lo social, los cuales influyen de manera decisiva en el tratamiento y en una mayor participación y compromiso del paciente y su familia. No se considera el punto de vista del paciente, en términos del acontecer cotidiano que le da significado y sentido a su situación de enfermedad.

Le damos una consideración significativa a la autonomía del paciente en todo ámbito de intervención, reconociendo el derecho a elegir y a ejercer libremente la autonomía del sujeto individual. A partir de la investigación es que podemos inferir que el TAES/DOTS no adopta esta postura del respeto por la

autonomía, basándose en la idea central de que el paciente "concurra a la sala"; siendo la observación directa el único método fiable, que cuenta con un registro detallado acerca de la toma de medicación, de las deserciones de los pacientes; lo que permite garantizar el cumplimiento y alcanzar los objetivos globales del programa nacional.

Como ya se ha manifestado no se han encontrado estudios que relacionen la incidencia que tienen los aspectos sociales en la adherencia al tratamiento de TBC, bajo la estrategia TAES/DOTS. Por lo tanto, aspiramos a que éste trabajo contribuya a pensar futuras intervenciones desde el Trabajo Social en esta área. Intervenciones que desnaturalicen lo que es natural para la sociedad, creando dispositivos de trabajo sustentados en estrategias innovadoras, creativas y concientizadoras. Instalando la intervención desde lo "social" en las historias clínicas del hospital; complementar la Historia Social con la Encuesta Social Única; y seguir trabajando con la red familiar del paciente.

Ha sido necesario comprender y explicar los aspectos significativos de la realidad social de estos pacientes e intervenir para buscar transformaciones. Es importante trabajar desde sus experiencias cotidianas para conocer las necesidades e intereses de estos actores; brindando información acerca de ciertas cuestiones que conlleven a un mejoramiento de la calidad de vida. Apostando a la autonomía, creyendo en sus capacidades y potencialidades desde prácticas que se funden en la promoción y defensa de los Derechos Humanos.

A partir de nuestra experiencia consideramos que el TAES/DOTS sea la

base para realizar el tratamiento de la TBC; pero sería positivo construir proyectos que rompan con el estigma social que hay de la enfermedad, para desde allí poder trabajar desde la comprensión y el entendimiento en las creencias y actitudes de la comunidad hacia la enfermedad; impulsando espacios de concientización que lleven a la comunicación y al conocimiento de la TBC, una enfermedad que se piensa que ya no existe en la sociedad.

Desde el Trabajo Social se debería intervenir con propuestas que integren las situaciones que se presentan día a día en los pacientes, para poder realizar el tratamiento de TBC, posibilitando el desarrollo de sus capacidades para lograr el ejercicio de la participación ciudadana.

Uno de los desafíos que se le presentan al Trabajador Social hoy, es poder desarrollar con eficiencia y eficacia la capacidad de **desentrañar lo entramado de la complejidad de la realidad, donde la consideración de "lo social" no sea sólo una utopía y se corresponda con los cambios que la sociedad demanda.**

Propuesta de Trabajo

HISTORIA SOCIAL

Fecha de ingreso al Servicio Social:.....

1) DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre:.....

Domicilio:..... Barrío:..... Teléfono:.....

Fecha de nacimiento:..... Edad:..... Lugar:.....

Nacionalidad:..... Tiempo que reside en Mar del Plata:.....

Documento de Identidad:..... Estado Civil:.....

Nº de Historia Clínica:.....

2) SITUACION DE SALUD

Diagnostico Médico:

.....
.....

Duración del Tratamiento:.....

Antecedentes de otras enfermedades

.....
.....

Antecedentes de TBC en el grupo familiar

.....
.....
.....

Tratamiento Supervisado. TAES/DOTS. Tratamiento Autoadministrado

Centro de Salud donde el paciente realiza el tratamiento supervisado de TBC

.....
.....

Distancia que se encuentra el Centro de Salud de la vivienda. Cómo se transporta hacia el mismo

.....
.....
.....

Obstáculos de la vida cotidiana para realizar el tratamiento de TBC

.....
.....
.....

Razones por las cuales realiza el tratamiento en la vivienda

.....
.....
.....

Medidas de prevención de la enfermedad con respecto a su grupo familiar

.....
.....

Miembro/s de su grupo familiar, que le brinda contención y apoyo en la adherencia al tratamiento

.....
.....

Representación Social que tiene el paciente de su enfermedad

.....
.....
.....

3) COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR

• **GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE**

Apellido y Nombre	Edad	Vinculo	Nivel Educativo	Ocupación	Ingreso
Situación especial de algún miembro de la familia:					

• **GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE**

Apellido y Nombre	Edad	Vinculo	Domicilio	Barrio	Teléfono

Situación especial de algún miembro de la familia:					

El grupo familiar fue a realizarse el estudio de contactos de TBC al INE

.....
.....
.....

4) SITUACION LABORAL

Historia laboral del paciente

.....
.....
.....
.....

Actividad laboral actual

.....
.....
.....

-Recibe algún Plan Social

SI ¿Cuál?.....¿Quién?.....

NO ¿Por qué?

-Recibe Subsidio de TBC

SI ¿Cuándo se gestiona?.....
 ¿Cuándo lo recibe?.....
 Monto.....

NO ¿Por qué?.....

Observaciones:.....
.....
.....

5) SITUACION EDUCACIONAL

Estudios		
Primaria completa		
Primaria incompleta		
Secundaria completa		
Secundaria incompleta		
Universitario completo		
Universitario incompleto		
Sin estudios	¿Sabe leer?	SI NO
	¿Sabe escribir?	SI NO

Oficios.....

Capacitaciones realizadas.....

5) SITUACION HABITACIONAL

Tipo de vivienda	1	Casa	3	Casilla	5	Rancho
	2	Dpto	4	Pensión	6	Otros
Condición	1	Propio	3	Usurpado	5	Otros
	2	Alquilado	4	Prestado		

Servicios

Agua Corriente Pozo

Alumbrado Eléctrico Otros

Gas Natural Envasado

Calefacción Gas Leña Kerosene Eléctrica

Disposición de excretas Cloaca Pozo Ciego Cámara Séptica

Descripción de la vivienda

.....

.....

.....

.....

.....

BIBLIOGRAFIA



- ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbrán"- INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni". (1999): "Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis en Adultos". Ministerio de Salud y Acción Social. República Argentina.
- Ander-Egg, Ezequiel (1995): Diccionario del Trabajo Social. 7ma Edición. Editorial Lumen.
- Aquin, Nora, Compiladora. (2003): "Ensayos sobre Ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Aquin, Nora y Gattino, Silvia (1999): "La Familias de la Nueva Pobreza. Una Lectura Posible desde el Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Aresca Laura, Birgin Dora, Blum Susana, Buceta Emma, Figini María Cristina, Gulias Susana, Iconikoff Rosa, Kors Betty y Rosenfeld Clara (2004): "Psicooncología. Diferentes Miradas." Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Asenjo, M.A; Bohigas.L.L; Trilla.A; Prat.A (1998): "Gestión Diaria del Hospital". Barcelona (España). Sin editorial.
- Berger, Peter. L y Luckman, Thomas (1987): "La Construcción Social de la Realidad". Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Boivin, Mauricio; Rosato, Ana; Arrivas, Victoria (1998): "Constructores de Otridad". Una Introducción a la Antropología Social y Cultural. Editorial Eudeba.

- Breilh, Jaime (2002): "Epidemiología Crítica". Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Editorial Lugar.
- Carballada Alfredo. J. (2004): "Del Desorden de los Cuerpos al Orden de la Sociedad". 1ª Edición. Editorial Espacio.
- Carballada Alfredo. J. (2002): "La Intervención en lo Social". Exclusión e Integración en los Nuevos Escenarios Sociales. 1ª Edición. Editorial Paidós.
- Cesilini, Gabriela. A.; Gerrini M. Eugenia.; del Lujan Novoa, Patricia (compiladoras) (2007): "La Nueva Pobreza en el Ámbito Hospitalario". De la Indefensión al Ejercicio de Ciudadanía Social. Editorial Espacio.
- Comité Ejecutivo de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2006): "La Discapacidad: Prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados". Washington. D.C. EVA.
Disponible en: <http://www.paho.org/spanihs/gov/CE/ce138-15-s.pdf>
- Cortazzo, Inés; Moise, Cecilia; Cuenca, Adriana. (2000): "Estado, Salud y Desocupación: de la Vulnerabilidad a la Exclusión. Editorial Paidós.
- de Yong, Eloísa; Basso, Raquel; Paira, Marisa (2001): "La Familia en los albores del Nuevo Milenio." Reflexiones Interdisciplinaria: un Aporte al Trabajo Social. Buenos Aires. Editorial Espacio
- del Valle Cazzaniga, Susana (Coordinadora) (2003): "Trabajo Social y las Nuevas Configuraciones de lo Social". Seminario Internacional-Maestría en Trabajo Social. Buenos Aires. Editorial Espacio.

- De Souza Minayo, Maria Cecilia (org.); Ferreira Deslandes, Suely; Cruz Neto Octavio; Gomez, Romeo (2007): "Investigación Social. Teoría, Método y Creatividad". Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Estrada Ospina, Víctor Mario (2006): "Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la Enfermedad o Políticas para la Salud? Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Faleiros Da Paola, Vicente (1974): "Trabajo Social, Ideología y Método". Editorial Ecro.
- Ferrara Floreal, Antonio (1985): "Teoría Social y Salud". Editorial Catálogos Editora.
- Frankl, Víctor (1979): "El Hombre en Busca del Sentido" Editorial Herder.
- Freire, Paulo (1987): "Educación y Cambio". 4ª Edición. Siglo Veintiuno Editores.
- Freire, Paulo (1999): "Pedagogía del Oprimido". 52ª Edición. Siglo Veintiuno Editores.
- Gálvez Vargas, R. Sierra. A y Otros. (2000): "Medicina preventiva y Salud Pública" 10ª. Edición. Editorial Barcelona Masson.
Disponibile en: <http://www.buscalibros.com/>
- Gimeno, Juan. A; Pepullo, José. R; Rubio, Santiago. (2006): Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Salud Pública y Epidemiología. Editorial Días de Santo.

- Guber, Rosana (2002): "El Salvaje Metropolitano". Reconstrucción del Conocimiento Social en el Trabajo de Campo. Editorial Paidós.
- Guber, Rosana (2001): "La Etnográfica. Método, Campo y Reflexividad". Editorial Norma
- Herbert, José de Souza (1992): "¿Cómo Hacer un Análisis de Coyuntura?". Buenos Aires. Editorial Cedeo.
- INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni"-ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbrán". (2001): "Módulos de Lectura sobre Tuberculosis". Patrocinado por Vigía.
- INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) "Emilio Coni"-ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud) "Dr. Carlos G. Malbrán". (2001): "Organización de la Estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES) para el Control de la Tuberculosis en las Unidades de Atención Primaria de Salud".
- Kreiman, Miriam; Pascual, Viviana (s/f): "La Intervención en Salud": ¿Asistencia o Construcción de Ciudadanía? Módulo de Lectura de la Cátedra Supervisión. Campo Salud. (2008): Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P.
- Mandioca, Gloria. A. (2003): "Sobre Tesis y Tesistas". Lecciones de enseñanza y aprendizaje. Editorial Espacio.

- **Mondragón Lasagabaster, Jasone y Trigueros Guardiola, Isabel (1999): "Manual de Prácticas de Trabajo Social en el Campo de la Salud". 1ª Edición. Editorial Siglo Veintiuno Editores.**
- **Morales, Aurora L. (2004): "Mujeres Jefas de Hogar, Características y Tácticas de Supervivencia. Una Intervención desde el Trabajo Social. Buenos Aires. Editorial Espacio.**
- **Organización Panamericana de la Salud (1987): "Manual sobre Métodos y Procedimientos para los Programas Integrados". Publicación Científica N° 498. Sin editorial.**
- **Poggièse, Héctor (2001): "Energización Rural y Participación Social". Buenos Aires. FLACSO-ARGENTINA.**
- **Posgrado en Salud Social y Comunitaria. (2006): Programas Médicos Comunitarios. Módulo 1. "Salud y Sociedad". Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2006**
- **Posgrado en Salud Social y Comunitaria. (2006): Programas Médicos Comunitarios. Módulo 5 "Políticas de Salud". Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.**
- **Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2002): Disponible en:**
[http:// www.anlis.gov.ar/INER/pdf/normas trat2002.pdf](http://www.anlis.gov.ar/INER/pdf/normas_trat2002.pdf)
- **Quiroga, Ana. P. (1986): "Enfoques y Perspectivas en Psicología Social". Buenos Aires. Ediciones Cinco.**

- Rozas Pagaza, Margarita (1998): "Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Redí, Cristina. (1998): "Conceptos de Salud". Ficha de cátedra de la materia Medicina Social y Preventiva. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P.
- Sabino, Carlos. A. (1998): "Como Hacer una Tesis" y elaborar todo tipo de escritos. Edición ampliada. Editorial Lumen Humanitas.
- Sabino, Carlos. A. (1996): "El Proceso de Investigación". 2ª Edición. Editorial Lumen Humanitas.
- Sacchi, Monica; Housberger, Margarita; Pereyra, Adriana. (2007): "Percepción del Proceso Salud-Enfermedad-Atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud en familias pobres de la ciudad de Salta".

Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/>
- Samaja, Juan. (1999): Epistemología y Metodología. Elementos para una Teoría de la Investigación Científica. 3ª Edición. Editorial Eudeba.
- Sandoval Avila, Antonio (2001): "Propuesta Metodologica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario de la Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires. (1999): Boletín de temas de Salud: "La Tuberculosis".

- Taylor S. J Y Bogdan. R. (1995): "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Editorial Paidós Ibérica.
- Testa, Mario y Otros colaboradores anónimos (1989): "Pensar en Salud" Publicación Nº 2. Representación OPS/OMS. Argentina. Sin editorial.
- Travi, Bibiana (2002): "El Diagnóstico Social" Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Tonon, Graciela (2003): "Calidad de Vida y Desgaste Profesional". Una Mirada del Síndrome de Burnout. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Umberto Eco. Versión castellana de Baranda. L y Claveria Ibáñez,A (1996): "Como Se Hace Una Tesis". Técnicas y Procedimientos de Investigación, Estudio y Escritura. 19ª Edición. Editorial Gedisa.
- Vasilachis de Giakino, Irene. (1992): "Métodos Cualitativos I". Los Problemas Teóricos Epistemológicos. Editorial Centro Editor de América Latina.

