

Tuberculosis: un problema de salud pública

Reflexiones desde la implementación de un proyecto en el marco del COVID-19



*Rocío Barrios, Silvina Hering,
Marcela Jarnub, Adriana Koufios,
Adriana Marcuzzo y Andrés Pereyra**

Resumen

El presente trabajo se refiere a la implementación de un proyecto local de abordaje integral de la tuberculosis en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el marco de la pandemia por COVID-19.

Se basa en reflexiones de un equipo de salud interdisciplinario, desde el sector de Consultorio Externos de un efector de salud, en el cual se atienden pacientes con diagnóstico de tuberculosis (TBC) y por el virus de inmunodeficiencia (VIH). Dichas reflexiones y tarea asistencial se centralizan en los ejes del concepto de salud integral, sus determinantes, la adherencia terapéutica, la accesibilidad al sistema de salud y el trabajo en equipo interdisciplinario e interinstitucional.

* Dra. Rocío Barrios: Médica especialista en epidemiología de planta. División Promoción y protección de la salud. Hospital General de Agudos "Juan Antonio Fernández", Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

Dra. Silvina Hering: Médica especialista en salud pública. Jefa de sección Control de salud, división Promoción y protección de la salud. Hospital General de Agudos "Juan Antonio Fernández" (GCBA).

Marcela Jarnub: Licenciada en Trabajo Social de planta. División Servicio Social. Hospital General de Agudos "Juan Antonio Fernández" (GCBA).

Adriana Koufios: Licenciada en Trabajo Social. Jefa de sección de Consultorios Externos, división Servicio Social. Hospital General de Agudos "Juan Antonio Fernández" (GCBA).

Adriana Marcuzzo: Licenciada en Trabajo Social. Jefa de división Servicio Social. Hospital General de Agudos "Juan Antonio Fernández" (GCBA).

Andrés Pereyra: Licenciado en Antropología. Residente en investigación en salud Hospital Zubizarreta. Rotación electiva en división Promoción y protección de la salud (GCBA).

En nuestros días la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública que impacta en millones de personas que enferman y mueren por esta causa, tendencia que se ha agravado por el impacto de la pandemia por COVID-19. Si bien existe un tratamiento efectivo, se convierte en un desafío para los equipos de salud ya que históricamente afecta e impacta significativamente a grupos más vulnerables y de mayores dificultades económicas. Además, está descripta la influencia de la asociación por coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el consumo problemático de sustancias psicoactivas y alcohol, entre otras.

Desde el año 2020, en contexto de la pandemia por COVID-19 y de las medidas adoptadas en nuestro país de aislamiento social preventivo obligatorio y de distanciamiento social preventivo obligatorio (ASPO/DISPO), la detección de casos de tuberculosis en el efector de salud presentó un llamativo descenso.

En ese escenario quienes desarrollaban la tarea en Consultorios Externos identificaron un aumento en las dificultades para sostener la adherencia a los tratamientos, los controles de salud e indicaciones médicas.

En este marco surge la propuesta del proyecto local desde un abordaje integral, pensada como una estrategia para favorecer el acceso al sistema y la adherencia terapéutica.

Palabras clave

salud integral - determinantes sociales - interdisciplina

Introducción

La etiología de la Tuberculosis es un problema médico-social, y todas las cuestiones sociales, compleja por demás, sin que pueda resolverse por medio de una cruzada contra los esputos (Barnechea, González y Morgan, 1998).

Si bien la tuberculosis (TBC) es una de las enfermedades antiguas que afecta al ser humano, en la actualidad continúa siendo un problema de salud pública que impacta en millones de personas que enferman y mueren por esta causa, tendencia que se agrava con el impacto de la pandemia por COVID-19. A pesar de la existencia de tratamiento efectivo y de la curación como una posibilidad concreta, la TBC se presenta como un fuerte desafío para los sistemas de salud ya que históricamente afecta a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad con el atravesamiento de variados factores determinantes: biológicos, personales, familiares, hereditarios, ambientales, sociales, culturales, alimenticios, educativos, religiosos y económicos, entre otros. Está descripto que las características

asociadas estadísticamente a la población afectada por la TBC y de más difícil abordaje, en líneas generales, se vinculan con los bajos recursos económicos, las minorías étnicas, la condición de migrante, la situación de encierro y hacinamiento, la coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el consumo problemático de sustancias psicoactivas, entre otras.

Desde el año 2020, con el inicio de la pandemia de COVID-19, en el complejo contexto que se presenta y dadas las medidas adoptadas en nuestro país de aislamiento social preventivo obligatorio y de distanciamiento social preventivo obligatorio (ASPO/DISPO), desde el efector de salud se observa un descenso en la detección de casos de TBC comparado a tendencias previas. Haciendo la diferenciación con años anteriores, la tendencia en la detección de casos era incremental en relación con casos de TBC en residentes del AMBA.

Se observa que quienes se desempeñan en los consultorios externos para el seguimiento de pacientes ambulatorios con TBC, identifican grandes dificultades para el sostenimiento de la adherencia a los controles de salud y el tratamiento antifímico correspondiente.

Sin dudas, podemos exponer que con la abrupta llegada de la pandemia por COVID-19, se presentaron cambios en el escenario cotidiano. Surgen las medidas de ASPO y DISPO, entre otras, y el equipo se aboca puntualmente a realizar cambios en relación con prácticas cotidianas en la institución de salud. Estos cambios fueron abruptos, surgieron repentinamente sectores destinados exclusivamente para pacientes COVID-19+ y, para atención de pacientes febriles, se crean unidades febriles de urgencia (UFU), surge el uso de barbijos, alcohol en gel y equipos de protección personal (EPP), entre tantos otros cambios. Se trabaja en un clima de gran incertidumbre, con muchos temores, enfrentando la noticia de familiares, compañeros, amigos o allegados que enferman y mueren.

En este contexto, el equipo interviniente se ve obligado a revisar las modalidades de trabajo. Es en este proceso que surge el presente proyecto.

Se reactiva también la utilización de dispositivos virtuales con mayor protagonismo en la tarea cotidiana. Es así como el uso de celulares, el mail y diversas aplicaciones tecnológicas para llevar adelante reuniones y entrevistas de manera virtual cobra gran relevancia.

En relación con la salud poblacional, desde la Antigüedad y desde distintas disciplinas se ha intentado descubrir las causas, condiciones y motivos que determinan el estado de salud de los individuos, como así también los variados modelos existentes que intentan explicarlos.

Innumerables son las definiciones de salud partiendo desde aquella definición de salud como “la ausencia de enfermedad”. Más tarde, en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y tantas otras que intentan explicarla. El equipo interviniente tiene en cuenta esta evolución y toma como referencia una mirada de salud integral incluyendo aspectos objetivos y mensurables, considerando la atención asistencial biológica potenciándola con la consideración de aspectos subjetivos y también sociales que intervienen de manera interrelacionadas.

Muchas son las investigaciones y publicaciones sobre adherencia terapéutica y es de nuestro conocimiento que dicho concepto es amplio, complejo y profundo, resultando que son múltiples los comportamientos que se relacionan con el cuidado de la salud que van más allá de tomar un medicamento.

En la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, se señala que

la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. En la bibliografía existente, la calidad de relación de tratamiento se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica. Las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el tratamiento (OMS, 2004: 3).

En este marco, surge la propuesta de abordaje integral e interdisciplinario de la TBC a nivel institucional. Con la ejecución de este proyecto se puede evidenciar la visión, estrategia e importancia de lograr articulaciones a nivel intersectorial, lo cual plantea un marco más abarcativo en la implementación de acciones y en el encuadre del marco referencial por parte del equipo tratante. Esta modalidad de atención-cuidado es una estrategia promovida en la región para favorecer su acceso a los controles de salud y adherencia a los tratamientos.

En relación con el concepto de salud, debemos tener en cuenta que sobre este intervienen innumerables factores y variables que, debido a su relevancia, deben ser considerados. En este sentido, partimos desde una concepción integral de la salud y, como hemos enunciado, ésta se encuentra atravesada por cuestiones tan diversas como lo son factores biológicos, sociales, económicos, culturales, laborales, religiosos, educativos, sanitarios, familiares, personales, hereditarios, ambientales, alimentarios y valores, entre otros. La gran incidencia que representan estos factores en relación con la salud, y entre sí, es de tal magnitud que no podemos dejar de considerarlos sin caer en un reduccionismo que genere un abordaje deficiente de las complejas problemáticas de salud pública que se presentan en la actualidad.

El abordaje interdisciplinario nos permite intervenir también sobre estos factores determinantes de la salud, convirtiéndose así en una fortaleza para el equipo de salud. Es imprescindible para esto adoptar una mirada interdisciplinaria que incorpore un enfoque de redes y, a su vez, tienda a ser intersectorial, comunitaria y participativa. En este sentido, es fundamental poder transmitir e intercambiar experiencias e información a fin de pensar y planificar estrategias de intervención más apropiadas y efectivas con la finalidad de incidir positivamente sobre estos factores determinantes de la salud.

Dado lo señalado con relación a los determinantes de la salud, desde esta institución se conforma un equipo interdisciplinario compuesto por referentes de distintas disciplinas (médicos, infectólogos, antropólogos y trabajadores sociales). Las actividades realizadas se desarrollan desde marzo de 2021 hasta la actualidad.

A fin de organizar las acciones e intervenciones se implementa un registro común de pacientes. Así mismo, se realiza un relevamiento y mapeo de recursos e instituciones para el trabajo con esta población a nivel del AMBA, articulando con referentes sanitarios y redes de profesionales para el abordaje territorial (organismos gubernamentales, oficiales y actores de la sociedad civil).

Se promueven estrategias de tipo grupales e individuales en el acompañamiento de personas afectadas por la TBC, se personaliza el tratamiento y seguimiento de los pacientes. Finalmente, se identifican las redes de cuidado socioafectivo del entorno significativo de las personas afectadas por la TBC, ampliando el objeto de intervención a sus familias y/o personas convivientes.

En relación con el proyecto local, a continuación, se presentan los objetivos elaborados por el equipo interviniente para monitorear las acciones desde los ejes transversales propuestos.

Objetivo general

Promover la adhesión y accesibilidad al tratamiento por parte de los pacientes con diagnóstico de HIV concomitante con TBC desde un abordaje integral por parte del equipo interdisciplinario de la institución de salud.

Objetivos específicos

- Realizar actividades programadas e implementar medidas para atención, notificación y acompañamiento de pacientes con TBC.
- Llevar un registro de pacientes para monitorear el abordaje integral de los mismos.
- Conocer los recursos institucionales, redes de apoyo y sostén para orientar a los pacientes para el acceso a estos.
- Promover actividades preventivas y de educación para la salud en forma individual y grupal para la población afectada por TBC.
- Incentivar la adhesión al tratamiento y examen periódico de salud a los pacientes y grupo vincular incluidos en el proyecto local.

Además de referenciar el proyecto elaborado, la presente publicación tiene por objeto compartir y sistematizar la experiencia desde la perspectiva del equipo de salud involucrado, con el objetivo de reconocer las dinámicas y aprendizajes generados en los/as integrantes del equipo a partir de la reconstrucción del abordaje de casos seleccionados.

Los casos presentados fueron seleccionados entre todos los pacientes atendidos por el equipo. Dicha selección se basó en considerar las características representativas de la población abarcada. A partir del monitoreo se reconoce la posibilidad de construir conocimiento desde la práctica, validarlo y

verificarlo, y entonces aportar nuevas propuestas mediante las cuales se pueda mejorar la práctica del trabajo cotidiano y la calidad de atención prestada a los pacientes y sus familias.

Metodología

Para la sistematización de la experiencia de implementación de un proyecto de abordaje integral de las TBC en un hospital general de agudos de CABA se toma como concepto de sistematización el propuesto por Jara quien la define como:

la interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo (Speranza, 2016: 6).

El diseño metodológico con enfoque cualitativo toma elementos de la propuesta de Jara, la cual se adapta y concreta en las siguientes etapas:

- 1) Se conforma un equipo interdisciplinario responsable de sistematizar la experiencia y se plantea la pregunta acerca de qué aprendizajes pueden reconocerse desde cada disciplina integrante del equipo que aborda el caso.
- 2) En la etapa de reconstrucción de la experiencia, se elabora un relato sobre el proceso de atención-cuidado de los casos seleccionados.
- 3) En la etapa de reflexión crítica, se consulta a los profesionales del equipo acerca de lo significativo del caso para cada participante (sentimientos, emociones, aprendizajes, dificultades, prejuicios, propuestas). Tanto la reconstrucción de la experiencia, como la reflexión crítica se construyen a partir de la información obtenida desde el relato de quienes participaron en el abordaje del caso, cuya información fue grabada en audio y posteriormente transcrita. Luego se procede a la lectura detallada, la codificación y la posterior categorización, para lo cual se agrupan los códigos, se identifican aspectos significativos y se establecen relaciones entre códigos para la construcción de categorías analíticas.

Respecto a las consideraciones éticas, el equipo de trabajo comparte la decisión de ser a la vez participante y sistematizador del proceso.

Resultados

Se presenta la reconstrucción de los casos que aluden a los principales resultados del dispositivo en materia de adherencia al tratamiento y accesibilidad a los servicios de salud. Se describen ciertas generalidades de las situaciones abordadas como casos testigos desde el área de Consultorios Externos que reflejan los resultados de la presente sistematización.

En todos los casos, desde el Servicio Social se ha realizado una primera entrevista con el objetivo de contactar y conocer al paciente –confección de Historia Social– y entrevistas ulteriores (individuales y/o grupales) para conocer con mayor profundidad su situación. Asimismo, se considera el nivel de adherencia terapéutica, vinculación con el equipo tratante, la situación e historia singular de cada uno, sus redes familiares y vinculares, formas de vinculación, grado de influencia, nivel de apoyo con relación al tratamiento. Se considera si estas relaciones crean condiciones favorables para la continuidad del tratamiento y/o proyectos de otra índole del paciente.

Un tema destacado es la evaluación de la accesibilidad al sistema de salud, considerando las barreras personales y las propias que éste aporta.

En relación con las barreras personales se ha contemplado el nivel de aceptación de la enfermedad, el grado de comprensión de su situación de salud y, en tal sentido, el equipo recuerda y refuerza las pautas de tratamiento en cada consulta. Otros factores considerados son la distancia que debe transitar el paciente para llegar al efector y los recursos económicos, entre otros.

También el equipo considera cuáles son las barreras de acceso que presentaba el sistema de salud como, por ejemplo, horarios limitados, modalidad de otorgamiento de turnos, dificultad de accesos por turnos muy prolongados a los controles. En este caso, el efector donde se realiza la experiencia y particularmente el equipo interviniente flexibilizan la agenda y, en la medida de las posibilidades, se centralizan las consultas en un solo día con otras disciplinas, articulando con otros equipos y áreas complementarias como Laboratorio, Rayos, etc.

Básicamente, la comunicación y la escucha activa resultan ejes centrales para la planificación en el abordaje de cada caso, valorando los recursos personales, institucionales y locales, conformando redes locales e intersectoriales, realizando un monitoreo de los avances y retrocesos que permitan reconsiderar los cambios y modificar el rumbo. A continuación, se describen situaciones abordadas como casos testigos.

Caso 1: paciente de mediana edad, estudios secundarios completos, desocupado, convive con su pareja desde hace doce años, reside en el Gran Buenos Aires. Respecto al grupo familiar de origen, tiene madre y hermanos que también viven en el Gran Buenos Aires, pero no convive con ellos.

Con relación a su historia de vida se desprenden antecedentes de violencia familiar y depresión, por lo que sostiene una relación dificultosa y conflictiva con su familia. Sus hermanos presentan consumo de sustancias psicoactivas y antecedente delictivos. El paciente presenta diagnóstico de VIH positivo concomitante con TBC.

A partir de la escucha activa en el espacio de abordaje interdisciplinario, se puede articular entre servicios para acompañar el tratamiento desde un enfoque terapéutico incorporando una perspectiva también de salud mental. En el marco de dicho acompañamiento interdisciplinario, se logra organizar la atención integral del paciente, centralizando el circuito de seguimiento y asistencia en encuentros que le permitan realizar todos los controles del tratamiento en el mismo día de asistencia a la institución,

estrategia que se adopta como modalidad de intervención con todos los pacientes a fin de facilitar la accesibilidad.

A partir del acompañamiento al paciente se puede trabajar y facilitar su inquietud por continuar con su formación educativa y profesional.

Ante la observación de los resultados alcanzados se produce la consulta y el inicio de tratamiento por parte de la pareja del paciente. Dichos resultados se ven reflejados en la mejora de la calidad de vida de éste. Por lo que, en este contexto, la pareja (caso 2) de esta persona decide acercarse recientemente al servicio de Infectología del efector de salud donde es atendida su pareja, para dar inicio al correspondiente tratamiento antirretroviral.

Caso 2: paciente adulto joven con diagnóstico de VIH de larga data, sin tratamiento previo. Pareja estable del caso 1, en convivencia con éste desde hace doce años.

Cuenta con trabajo formal en el rubro gastronómico, siendo único sostén económico del grupo familiar conviviente. Alquila vivienda en el Gran Buenos Aires.

Por iniciativa propia, ante los progresos y mejoras observadas en el estado general y la calidad de vida de su pareja decide iniciar tratamiento recientemente en el servicio de Infectología del mismo efector de salud donde es atendida su pareja.

Caso 3: Paciente adulto, soltero, sin pareja ni hijos, sin escolaridad (analfabeto). Diagnóstico de TBC y VIH, dificultades en la respuesta a medicamentos por presentar resistencia antibiótica.

Trabaja por cuenta propia en forma temporaria, con dificultad para incorporarse a una ocupación laboral formal por sus diagnósticos y la toma de diversos medicamentos.

Cuenta con red vincular de apoyo, la familia le cede un espacio en el terreno para establecer su domicilio fijo. Vive en el Gran Buenos Aires en zona de tipo marginal y semi rural.

A partir de la vinculación con el equipo tratante y la toma de conocimiento de la situación (diagnóstico integral) del paciente, se trabaja la derivación a instituciones para gestionar trámites como DNI, alimentos, pensión no contributiva y orientación para la gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD), entre otros que posibiliten el acceso a instituciones con el objetivo de mejorar su salud y su calidad de vida. También se le ofrece contención frente a la situación de vulnerabilidad.

El paciente, a pesar de la lejanía de su zona de residencia, las dificultades económicas y el limitado entendimiento de las indicaciones del equipo de salud logra, con el acompañamiento periódico del equipo interdisciplinario, sostener el tratamiento.

A su vez, en el marco del abordaje interdisciplinario e integral que nos planteamos desde el proyecto implementado, se realizan articulaciones y derivaciones por parte de los profesionales orientados al acceso a programas de las políticas públicas (municipales, provinciales, nacionales y también de la sociedad civil) que constituyen así sistemas de apoyo y cuidados.

En todas las situaciones abordadas el equipo se posiciona con una mirada integral considerando los determinantes de la salud más allá de lo biológico.

Discusión

A partir de la reconstrucción de estos casos es posible reflexionar acerca de la accesibilidad y adherencia como ejes troncales del proceso de salud-enfermedad y atención-cuidado, estrechamente ligados entre sí.

La accesibilidad no solo remite a la llegada del paciente al efector de salud, también contempla sostener un tratamiento y evaluar las dificultades o barreras. Incluye considerar cuestiones administrativas y geográficas, intenta valorar aspectos económicos, culturales, sociales y pone de relieve la importancia del paciente como sujeto de derecho. En este contexto, las acciones del equipo interviniente deben anclar en un abordaje desde la garantía de protección y recuperación de derechos por parte del Estado, un Estado fragmentado y con pérdida de centralidad. Por ello, es importante pensar la atención desde una visión integral, desde el concepto de salud integral y así generar una estrategia de intervención conjunta desde la tríada paciente-equipo de salud-hospital que impacte en la vida cotidiana y facilite entonces la adherencia al tratamiento médico.

En los equipos interdisciplinarios de salud, las competencias del “curar” se deben integrar gradualmente al “cuidado”, superando lo estanco de los roles profesionales estáticos, pasando –cada vez más– el cuidado a ser el elemento conductor de todo el quehacer del equipo, conjuntando aspectos psíquicos, físicos y sociales en todo el ciclo vital de las personas. Así, distintos profesionales pueden compartir responsabilidades en el diagnóstico, la terapéutica y en la prescripción en casos específicos y de acuerdo a guías y protocolos concordados.

Dada la complejidad de la realidad social actual, es menester que las prácticas profesionales incorporen esta concepción. Consideramos que la interdisciplina es una herramienta indispensable para la intervención en las situaciones que nos ocupan. La comprensión de dichas situaciones requiere un análisis complejo que incluya las especificidades de los saberes profesionales de distintas disciplinas desde una totalidad.

Valoramos a la interdisciplina como una oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención. Así mismo, permite construir un proceso de interacción y concordancia que complementa diferentes campos del conocimiento, plantea reciprocidades disciplinarias que generan complementariedades en relación con el conocimiento e implica una cooperación entre diferentes áreas del saber. Sin embargo, también es imprescindible conservar la especificidad de cada campo. Por ello, desde esta mirada, se busca lograr un hacer y pensar junto a otros en función de diseñar las estrategias de intervención más apropiadas.

Los papeles de cada miembro del equipo tienden, por tanto, a ser más flexibles, con mayores capacidades para la cooperación y para mantener un balance de experticia y mirada sistémica e integrativa en los cuidados de personas y comunidades usuarias.

En la construcción y desarrollo del proyecto se identificaron posturas distintas y algunas tensiones en relación con el modelo médico hegemónico. A pesar de ello y al favorecer canales de diálogo se suscitaron acuerdos y posiciones comunes. Este eje sustancial sobre la comunicación interna entre los miembros del equipo profesional es relevante para trabajar las variables señaladas, como así también el cumplimiento de los objetivos. La comunicación es una herramienta fundamental para favorecer la cohesión del equipo de trabajo y la ejecución del proyecto local.

Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento

Varios son los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento, entre ellos, se han descrito las características del paciente (actitud frente a la enfermedad y el tratamiento), la relación con el equipo tratante, las características propias del tratamiento, en nuestro caso, la TBC (varios fármacos, efectos adversos de la medicación, larga duración del tratamiento, entre otros).

Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004: 128) se define la no adherencia como “subproducto inevitable del choque entre el mundo clínico y los otros mundos en competencia del trabajo, la distracción, las amistades y la vida familiar”.

A continuación, se describe en forma de tabla las variables de análisis mencionadas anteriormente: a) determinantes sociales de salud, b) adherencia terapéutica y c) intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica. El cuadro permite, en forma clara y sencilla, describir los conceptos vertidos del presente trabajo escrito, tomando como modelo el “Manual de Adherencia a los Tratamientos de largo plazo” (OPS).

Tabla 1. Análisis de los ejes temáticos.

Determinantes sociales de la salud (DSS)	Adherencia terapéutica	Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica
Factores socio-económicos	Falta de redes de contención socio-afectivas, familia poco continente. Nivel educativo. Creencias culturales sobre la patología, prejuicios. Carencia de recursos económicos.	Evaluación de la situación singular de cada paciente y su red socio-afectiva. Evaluación de recursos propios del paciente y su entorno. Evaluación de herramientas institucionales y sectoriales gubernamentales o de la sociedad civil (programas sociales de apoyo como, por ejemplo, subsidio para el pasaje en la provincia de Buenos Aires).
Factores relacionados con el sistema y el equipo de salud	Personal de salud sin capacitación adecuada. Relación equipo de salud-paciente y red vincular. Falta de flexibilidad en la atención (días, horarios, etc.).	Capacitación adecuada del personal de salud. Formación de equipos interdisciplinarios. Atención personalizada de pacientes y consideración de situaciones particulares. Abordaje interdisciplinario.
Factores relacionados con la enfermedad	Desconocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento. Problemas de salud mental, consumo de sustancias.	Educación/información sobre la enfermedad y el tratamiento, controles, etc.
Factores relacionados con el tratamiento	Información sobre el esquema de tratamiento, etapas, efectos adversos, toxicidad, duración, controles, etc.	Instrucción sobre la toma de medicación, información sobre esquema de tratamiento, efectos adversos, señales de alarma, entre otros. Adaptar el tratamiento a las necesidades/características del paciente (personalizarlo). Tratamiento personalizado, monitoreo revaloración continua.
Factores relacionados con el paciente	Olvido en la toma de medicación. Uso/abuso de otras sustancias/alcohol. Estados anímicos/estrés. Grado de motivación. Creencia en la efectividad del tratamiento.	Relación equipo de salud-paciente, acuerdos mutuos. Recordatorios, citaciones (telefónicas, por mail, con visitas domiciliarias, mediante otras instituciones, etc.) ante la falta de cumplimiento.

Fuente: elaboración propia.

Reflexión

El trabajo social es una disciplina de naturaleza interventiva porque no solo teoriza e investiga, sino que también actúa. Por lo que pensar e intervenir son dos aspectos fundamentales del accionar profesional. La demanda de los pacientes es un acto fundador de nuestra intervención.

Además, consideramos que nuestra intervención es un procedimiento que hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. El/la trabajador/a social realiza su intervención pensando las situaciones desde la integralidad y desde la complejidad, partiendo del abordaje singular, interinstitucional e intersectorial.

Lo social viene a ocupar un lugar que permite pensar las situaciones que se nos presentan en clave de todo lo que confluye en las mismas y, en ese sentido, los conflictos y dificultades tendrían que ver con la complejidad que abordamos y el aporte que, en ese marco, puede sumar el trabajo social en clave de derechos y de pensar integralmente en función de la complejidad. El/la trabajador/a social aporta en la construcción de mediaciones entre las condiciones materiales y simbólicas por las que atraviesan los sujetos en su vida cotidiana.

Tenemos en cuenta, a su vez, que la intervención del trabajo social en el campo de la salud tiene la oportunidad de alejarse del lugar de lo normativo, para aproximarse al de los derechos.

Considerando que, en relación con nuestras incumbencias profesionales, estas estarán relacionadas siempre en defensa, reivindicación y promoción de los derechos humanos y sociales, las/os trabajadoras sociales, dentro de la especificidad profesional, están capacitados para la integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de las situaciones abordadas, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella y proponiendo estrategias de intervención.

Debido a la realidad social actual, nuestra práctica profesional parte desde una perspectiva compleja. Posicionándonos desde dicha perspectiva, consideramos que la interdisciplina es una herramienta indispensable para la intervención en el campo de la salud incluyendo la mirada social.

La comprensión de las situaciones que se abordan requiere un análisis profundo que incluya las especificidades de los saberes profesionales desde una totalidad. Asimismo, se convierte en una oportunidad en función del desarrollo de estrategias de intervención. La interdisciplina construye un proceso de interacción y reciprocidad que complementa diferentes campos de conocimiento.

¿Qué aprendimos?

Los profesionales del equipo interviniente hemos aprendido sobre la mala adherencia, sus determinantes y las intervenciones. En este sentido, podemos expresar que:

- Los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados.
- La consecuencia de un mal seguimiento por una adherencia deficiente agrava la enfermedad.
- La mejora en la adherencia terapéutica tiene repercusiones en diversas áreas de la vida cotidiana de los pacientes y de su entorno.
- Las enfermedades de largo tratamiento requieren la intervención de un equipo interdisciplinario con un fuerte compromiso en la tarea.
- La importancia y valoración de la escucha desde el rol del trabajo social y del equipo interdisciplinario.
- La importancia y necesidad de construcción de estrategias y redes que aportan una articulación intra e interinstitucional.
- La valoración de la autonomía del sujeto.

La lucha contra la TBC requiere algo más que la provisión de medicamentos a los pacientes. Requiere una intervención de salud pública integral. Esa intervención debe abarcar educación, detección temprana de la enfermedad mediante vigilancia cuidadosa, análisis bacteriológico, apoyo social a los pacientes y sus familiares, asesoramiento y acompañamiento para que los enfermos puedan completar el tratamiento prescripto.

Bibliografía

- Acevedo, G.; Martínez, D. y Utz, L. (s.f.). Unidad 1. La Salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva. En *Manual de Medicina Preventiva y Social I* (material de cátedra).
- Argentina. Decreto de Necesidad y Urgencia N° 260/20.
- Ávila Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta médica Costa Rica*, 51(2), San José, abril.
- Barrios Artaza, O. (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del trabajo social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Revista Margen*, 65.
- Herrero, M. B.; Greco, A; Ramos, S. y Arrossi, S. (2011). Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis. Recuperado de <http://dx.doi.org/>

- Jara, O. (2018). Para sistematizar experiencias. En *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. San José: CINDE.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa.
- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Gerencia Operativa de Epidemiología (2021). *Boletín Epidemiológico Semanal N° 205, Año V* Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_215_se_38_vf.pdf
- Morgan, M. et al (1999). La producción de conocimientos en sistematización. *La Piragua. Revista Latinoamericana de Educación Polit*, 16, 33-43.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988>
- Stop TB partnership (2021). The impact of COVID-19 on the TB epidemic: A community perspective. Results of a global civil society and TB affected community led survey. Recuperado de <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Civil%20Society%20Report%20on%20TB%20and%20COVID.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Impact of the COVID-10 pandemic on TB detection and mortality in 2020*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/m/item/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020>