



Población y Salud en Mesoamérica

Tuberculosis en grandes conglomerados urbanos: sentidos y prácticas de abordaje de los equipos de una red de servicios públicos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

María Jimena Aranda, Rocío Nahir Barrios, Andrés Martin Pereira, María Florencia Mena, Marina Alexandra Longordo y María Belén Herrero.

Cómo citar este artículo:

Jimena Aranda, M., Nahir Barrios R., Martin Pereira, A., Florencia Mena, M., Alexandra Longordo, M. y Belén Herrero (2022). Tuberculosis en grandes conglomerados urbanos: sentidos y prácticas de abordaje de los equipos de una red de servicios públicos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*, 20(1). Doi: 10.15517/psm.v20i1.49898



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral

[Centro Centroamericano de Población](#)

[Universidad de Costa Rica](#)

Tuberculosis en grandes conglomerados urbanos: sentidos y prácticas de abordaje de los equipos de una red de servicios públicos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tuberculosis in large urban conglomerates: meanings and approach practices of the teams of a network of public services in the City of Buenos Aires, Argentina

María Jimena Aranda¹, Rocío Nahir Barrios², Andrés Martín Pereira³, María Florencia Mena⁴, Marina Alexandra Longordo⁵ y María Belén Herrero⁶

Resumen: Introducción: la tuberculosis (TB) persiste como un importante problema de salud pública en Argentina con una concentración preocupante en grandes centros urbanos. El objetivo de este estudio es la recuperación de los sentidos y las prácticas del proceso de atención-cuidado de la TB por parte de profesionales en una red pública de servicios de salud de un gran conglomerado urbano. **Metodología:** se realizó un análisis exploratorio con enfoque cualitativo, a partir de entrevistas semiestructuradas a integrantes de equipos sanitarios en un hospital y en centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). **Resultados:** se identificaron diferentes matices de sentido acerca de la complejidad en el abordaje de la TB, estos variaban de acuerdo con las características de los servicios y las personas con TB. Se describieron estrategias para el tratamiento de casos difíciles: disponer de equipos interdisciplinarios, involucrar a otros actores de salud y dialogar con organizaciones de la sociedad civil bajo un enfoque territorial. **Conclusiones:** el control de la problemática de la TB en los grandes conglomerados urbanos presenta amplios desafíos. Desde la perspectiva del personal sanitario, se observan coyunturas que requieren la adecuación de ciertas estrategias interventoras para dar una respuesta de manera integrada.

Palabras clave: tuberculosis, desigualdades en salud, epidemiología, modelos de atención de salud.

Abstract: Introduction: Tuberculosis (TB) persists as an important public health problem in Argentina with a worrying concentration in large urban centers. The objective of this study is to recover the meanings and practices of professionals from a public network of health services in a large urban conglomerate on the TB care-care process. **Methods:** An exploratory study with a qualitative approach was carried out, based on semi-structured interviews with members of the health teams of a hospital and health centers of the CABA. **Results:** It was identified that, from the perspective of the health teams, there are different nuances of meaning about the complexity of the TB approach. These varied according to the characteristics of the services in which they were inserted and of the people with TB. Strategies for dealing with complex cases were described: having interdisciplinary teams, acting together with other health effectors and dialoguing with civil society organizations under a territorial approach. **Conclusion:** The control of the TB problem in large urban conglomerates presents extensive challenges. From the perspective

¹ Programa de Epidemiología de la municipalidad de General San Martín, Buenos Aires, ARGENTINA; jimearanda@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7002-5954>

² Maestranda en Salud Pública, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, ARGENTINA; rocio321@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2615-0395>

³ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, ARGENTINA; andres.m.pereira@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-5319-0512>

⁴ Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, ARGENTINA; mflorenciamena@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1608-5339>

⁵ Maestranda de Efectividad Clínica, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, ARGENTINA; marinaalexandra85@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4997-7942>

⁶ Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina/CONICET, Buenos Aires, ARGENTINA; mbelen.herrero@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-6941-0580>

of health teams, complex situations are observed that require the development of certain strategies to address them. These allow the adaptation of interventions to provide an integrated response.

Keywords: tuberculosis; health status disparities; epidemiology; healthcare models.

Recibido: 02 feb, 2022 | **Corregido:** 02 may, 2022 | **Aceptado:** 03 may, 2022

1. Introducción

Si bien constituye una enfermedad identificada hace siglos como un problema de salud pública, históricamente la tuberculosis (TB) ha presentado grandes dificultades para su control y persiste hasta la actualidad como un padecimiento endémico en muchos países del mundo. De esta forma, continúa siendo una de las infecciones que genera mayor carga de enfermedad y se traduce en millones de pacientes diagnosticados y numerosas defunciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En Argentina, la TB también permanece como un importante flagelo, con tendencia al ascenso en los últimos años y una concentración preocupante en centros urbanos (Ioannoy, 2021), en especial, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [GCBA], 2018). Este patrón epidemiológico fue explicado por ser las grandes ciudades escenarios de fuertes inequidades sociales y aglomeración poblacional en condiciones vulnerables (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). De ahí que sea urgente implementar acciones concretas para revertir esta situación.

Con base en la estrategia de atención primaria de la salud (APS), la política jurisdiccional para el control de la TB toma ciertos componentes propuestos por los organismos internacionales para este tipo de escenarios (OPS, 2017). Se trata de un abordaje interdisciplinario e intersectorial a partir de una red de servicios de salud, el fortalecimiento del registro en sistemas de información y el control epidemiológico (Ministerio de Salud del GCBA, 2018).

Según plantea dicho marco, los equipos participantes en los servicios de salud de la jurisdicción deben responder a la TB valiéndose no solo de normas técnicas (Zerbini et al., 2013; Ministerio de Salud y Desarrollo social de la Nación, 2019), sino también, se espera que adecuen su práctica hacia la particularidad de los grandes conglomerados urbanos.

El objetivo de este estudio es la recuperación de los sentidos y las prácticas en torno al proceso de atención-cuidado de la TB por parte de profesionales de una red pública de servicios de salud dentro de un gran conglomerado urbano. Así, se indagaron los problemas que surgen y las estrategias desarrolladas en dicho marco.

2. Referente teórico

Con un enfoque en el campo teórico de la salud colectiva (Almeida Filho y Silva Paim, 1999), podemos considerar críticamente la implementación de una política jurisdiccional para el control de la TB anclada en las propuestas de los organismos internacionales. Este campo posiciona el análisis, la mediación y la interpretación de las diversas propuestas para la construcción de salud (Granda, 2004).

Es importante tener en cuenta que la TB se ha caracterizado como una problemática capaz de expresar la desigualdad social de las poblaciones (Bossio et al., 2012). En virtud de los aportes de la epidemiología crítica, es posible comprenderla trascendiendo los límites del modelo clásicamente establecido para las enfermedades infecto-contagiosas. El concepto de determinación social de la salud engloba la relación de la reproducción social y los modos de vivir, enfermar y morir. En esa línea, la TB puede analizarse como el resultado de una serie de procesos biológicos socialmente determinados (Breilh, 2010, 2013).

Frente a lo anterior, es necesario centrar en la escena las capacidades de los equipos de salud para responder a una problemática derivada de una serie de procesos contextuales, más allá de la acción patogénica de un microorganismo. El concepto de vulnerabilidad constituye una herramienta analítica para hacerlo: incluye aspectos tanto individuales como colectivos, que acarrear mayor susceptibilidad a la enfermedad y, de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos protectores (de Carvalho Mesquita Ayres et al., 2006); de tal modo, se facilita ponderar las condiciones y las facultades de la población afectada por la TB.

Bajo este panorama, las normas técnicas para el tratamiento de la TB y las propuestas enunciadas por los organismos internacionales operan como objetos técnicos (Akrich, 2014). Es decir, prefiguran los roles de los equipos de salud y las relaciones entre ellos y se convierten en mediadores de las interacciones. De esa forma, definen una articulación entre el mundo físico y el social, asignando responsabilidades para el funcionamiento local de un determinado modelo de trabajo.

Entonces, una postura analítica que conjugue los aspectos mencionados permite discutir formalmente los mecanismos para la implementación de una política jurisdiccional de la TB a nivel local, entendiendo que existe una amplia variabilidad de respuestas posibles al asunto. Asimismo, a través del estudio de la particularidad de las experiencias locales se pueden reconocer los procesos de adaptación de las políticas de salud; en otras palabras, los esfuerzos realizados por los equipos de salud para detectar obstáculos, necesidades y estrategias, en favor de optimizar recursos y alcanzar mejores resultados.

3. Metodología

3.1 Enfoque

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo de tipo exploratorio basado en entrevistas semiestructuradas a integrantes de equipos de salud que trabajaban en la atención de la TB.

3.2 Población de estudio

Se consideró a integrantes de equipos de salud que trabajaban con la problemática de la TB en una red pública de servicios de salud de la CABA, entre marzo y diciembre de 2020. Para participar, se solicitó el consentimiento informado por escrito en todos los casos.

Se realizó un muestreo intencional (Martínez-Salgado, 2012) en varias etapas. En primera instancia, se contempló la marcada concentración de casos de TB en barrios populares (Barrios et al., 2021), por lo que la selección se orientó a personas que desarrollaran su actividad en centros de salud cercanos⁷.

En segunda instancia, a fin de representar diferentes ámbitos de desempeño laboral, se incluyó a profesionales de entes con variado nivel de complejidad, conforme a las políticas de APS de la jurisdicción (Ministerio de Salud del GCBA, 2017). En ese sentido, un hospital general de agudos posee un tercer nivel de complejidad y cuenta con atención de guardia permanente, amplios recursos diagnósticos y servicios especializados como internación y consultorios externos para seguimiento ambulatorio. En cambio, a un centro de salud corresponde un primer nivel de complejidad, pues se encuentra orientado a la resolución de problemas de salud frecuentes y de manejo ambulatorio, a la vez, realiza actividades de promoción de la salud.

En tercera instancia, bajo el criterio de incorporar personal sanitario con cierta heterogeneidad respecto a la tarea desarrollada, se convocó a profesionales de diferentes servicios de desempeño laboral.

3.3 Técnicas de recolección

Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas, de carácter anónimo, aplicadas por el equipo de investigación, combinando la modalidad presencial y virtual según fuera conveniente para la persona participante. Estas fueron registradas en audio y luego desgrabadas para su posterior análisis.

⁷ Se considera barrio popular a las zonas vulnerables en donde viven al menos ocho familias agrupadas o contiguas y donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos o más servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal) (Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat, 2020).

Se abarcaron los siguientes dominios de análisis: 1) Características sociales de las personas con TB, su familia y su entorno; 2) La red de servicios de salud y su modalidad de abordaje local de la TB. Dentro de ellos, se indagaron los siguientes ejes temáticos: la percepción sobre las características sociales de la población afectada, las características clínicas de los casos asistidos, las intervenciones específicas desarrolladas desde la red de servicios de salud, las fortalezas y las debilidades del tratamiento local de la TB para dar una respuesta considerada efectiva.

3.4 Procesamiento de análisis

Las entrevistas desgrabadas fueron transcritas y codificadas dentro de una matriz de análisis, conforme a los dominios y los ejes temáticos propuestos. Se analizó en profundidad el discurso de los equipos de salud, en función de los ejes preestablecidos y se construyeron dimensiones emergentes a partir de la evaluación del contenido (Oxman, 1998; Emerson et al., 1995). Este estudio contó con el aval del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Protocolo N.º 201.911.

4. Resultados

4.1 Características de la muestra

De las 22 entrevistas realizadas, 13 fueron a profesionales de un hospital y 9, a profesionales de centros de salud. En todos los casos, los lugares de desempeño se situaban en la cercanía de barrios populares. Se incluyó personal de los siguientes servicios: clínica médica, urgencias, neumología, infectología, trabajo social, toxicología, microbiología, medicina general y familiar, promoción de la salud, epidemiología, enfermería y farmacia.

4.2 Matices de sentido de la(s) complejidad(es)

Derivado de las entrevistas practicadas, se reconocieron distintos matices en la percepción de complejidad durante la práctica asistencial relacionada con las características de las personas con TB. A su vez, se observó que esto dependía de las prácticas habituales, las experiencias y los recursos del servicio.

Al respecto, se identificaron recurrencias vinculadas a los casos sencillos, por un lado, y a los casos complejos, por el otro. Los primeros admitían con mayor facilidad seguir los lineamientos técnicos para la atención de TB, en tanto la complejidad creciente suponía la necesidad de adecuar las intervenciones e interactuar con nuevos actores que no formaban parte del proceso de atención-cuidado habitual para alcanzar resultados satisfactorios.

Además, los casos sencillos, se asociaron a una consulta considerada como temprana, un diagnóstico oportuno con sintomatología leve o nula, la ausencia de comorbilidades y de reacciones adversas significativas que requirieran tratamientos diferentes a los de primera línea.

Después tenés otra población, la gente que tiene una vida medianamente ordenada, que trabaja y demás (...) si se les presenta esta circunstancia de transitar tuberculosis (...) hay una necesidad de atención y (...) que se recibe y se acepta para continuar con su vida habitual (...) yo veo a los pacientes con tuberculosis, pero aquellos sencillitos, de libro, que no son resistentes, que van bien con la medicación (...) En el caso de mi experiencia son las tuberculosis sencillas.

El desenlace de este tipo de casos se refería de manera lineal como favorable luego de la toma de medicación, el cumplimiento de las pautas de cuidado y la asistencia a controles médicos, con la mejoría de los síntomas al poco tiempo de iniciado el tratamiento. Estos no se presentaban, en el discurso de los equipos de salud, como un desafío ni tampoco conllevaban la necesidad de adecuar intervenciones localmente.

Los segundos fueron identificados en líneas generales como aquellos donde, por cuestiones de índole biomédica o psicosocial, se enfrentaban dificultades para adherirse a modelos de abordaje próximos a los predefinidos para la TB. Algunas de las características de orden biomédico de las personas diagnosticadas fueron el deterioro inmunológico secundario a la coinfección por VIH, la necesidad de usar esquemas terapéuticos diferentes al de primera línea, sea por resistencia microbiana o por efectos adversos, y el inconveniente para obtener comprobación microbiológica de la enfermedad.

(...) porque hay veces que hay muchas trabas desde lo burocrático, administrativo, cuarenta papeles que hay que pedir para que llegue un tratamiento. Ni hablar si es multirresistente, pasaron tres meses del diagnóstico y no tenés la medicación todavía.

Y la tuberculosis y el HIV se dan la mano estrechamente... el problema con los HIV es que la mayoría de las veces son baciloscopías negativas, entonces ahí hay que esperar el cultivo (...).

Los equipos de salud entrevistados señalaron obstáculos puntuales al respecto. En primer lugar, las tareas administrativas exigidas para el acceso a medicación específica. En segundo lugar, la dificultad de diagnosticar, con los métodos disponibles, la enfermedad en pacientes con VIH.

En cuanto a las características de tipo psicosocial que pueden comprometer el cumplimiento de una modalidad de abordaje predefinida, se citan el presentar consumo problemático de sustancias y el tener antecedentes de tratamientos incompletos.

[Nombre de paciente] tiene 36 años debe tener, hace changas, vive solo en condiciones bastante humildes. Tiene antecedentes de adicción, alcoholismo. La residencia lo atiende y yo las acompaño, pero bueno, [Nombre de paciente] es un paciente que por lo menos tuvo abandono de tratamiento en tres oportunidades con nosotros (...).

Como parte de estos casos, muchos relatos apuntaron las situaciones de vulnerabilidad ligadas a la TB como problema de salud. En esta dirección, a lo largo de las entrevistas se mencionaron personas con muy bajo nivel socioeconómico y una sumatoria de derechos lesionados que implican mayores dificultades en el tratamiento, por ejemplo, aquellas en situación de calle, transgénero, migrantes, residentes de villas o asentamientos, entre otras.

Después está la otra población que les comentaba que vive en containers (...) cada tanto van a la capilla y duermen ahí, cada tanto están en alguna pieza, pero en general viven en situación de calle, van y vienen de esa situación (...) esa era una población en la que había más prevalencia de tuberculosis (...) Una población que vive en situación de calle en el fondo del barrio (...).

Por esto de que tienen una vida nocturna, entonces en general la mayoría de la población trans hace trabajo sexual de noche, por lo tanto, durante la noche no descansan (...) La mayoría tienen una sola comida, entonces entre la desnutrición y sumado a esto habitacional, es como el combo perfecto para una tuberculosis, ¿no? (...) En general lo que más se asocia es desnutrición, alcoholismo (...) a veces el consumo también de drogas.

En el ámbito hospitalario, de acuerdo con algunas narraciones, en muchos de este tipo de pacientes la consulta era tardía, lo cual conlleva la presencia de manifestaciones clínicas graves, debido a un estado avanzado de la enfermedad.

Cuando empecé a hacer la guardia en el hospital, veía que la mayoría de las chicas trans llegaban al hospital y su primera puerta de atención era la guardia, porque llegaban con un nivel de enfermedad muy avanzado (...) Lo que nos sorprendió fue que la gran mayoría contestaba que no iban porque se sentían discriminadas por el sistema de salud.

Tal hecho fue atribuido de manera recurrente a dos fenómenos: al antecedente de múltiples consultas en otros servicios de salud sin una respuesta adecuada y a la postergación de la consulta médica a raíz de diferentes motivos originados en la vida cotidiana de las personas: "La gran mayoría tiene trabajos que no son en relación de dependencia, sino que son changas que le dicen, que eso también lleva a que no consulten porque consultar es perder un día de trabajo".

Por lo visto, esta consulta tardía representa la trayectoria de quienes son afectados por la TB, la cual se encuentra atravesada por barreras de ingreso al ámbito hospitalario y esto, finalmente, repercute en un estado de gravedad.

4.3 Articulaciones interdisciplinarias y territoriales

Como se colige de lo expuesto, en los casos complejos la modalidad de atención propuesta por los equipos de salud se encuentra con obstáculos que exceden la disponibilidad y la organización de recursos. Igualmente, la linealidad del abordaje señalada para los casos sencillos de TB resulta interrumpida. Más allá de garantizar la medicación, se identificó la necesidad de reelaborar las intervenciones a fin de alcanzar respuestas efectivas. En ese particular, se describieron tres tipos de intervenciones.

En primer lugar, según se verificó, este tipo de respuestas depende de contar con un equipo interdisciplinario en los centros de salud que participe durante todo el proceso de atención-cuidado de personas con TB. Ello da lugar a la realización sistemática de un diagnóstico inicial que incluye tanto la situación biomédica como la psicosocial, con el objetivo de adecuar el plan terapéutico.

Era una chica, no me acuerdo de qué país, si era de Guatemala o Costa Rica (...) pero vino acá y dice que allá... porque todas tienen una historia muy triste, la verdad cuando deciden cambiar, su familia la rechaza (...) Me acuerdo de que la contacté con la casa trans (...) Porque estuvo mucho en situación de calle, se prostituía (...).

Contar con profesionales de farmacia que no solo entreguen medicación, sino también, la contabilicen por persona, revisando mensualmente su depósito, facilita identificar precozmente a quienes no la han retirado, así como establecer contacto para indagar los motivos de no concurrencia y fomentar su reanudación.

En general es raro que el paciente... es decir, que una vez que empezó la rueda, el tratamiento falte. Y si falta ya tenemos la conducta de pedir el celular. (...) Se hacen visitas domiciliarias también buscando a los pacientes a ver si siguen el tratamiento. (...) desde que tenemos la medicación en el centro de salud, es como más fácil de decir «Ché, me sobran dos tratamientos, ¿qué pasa?» y bueno, listo. (...) si tenemos 10 tratamientos y nos quedan 2, algo está pasando.

Al mismo tiempo, disponer de diferentes disciplinas da lugar a la consideración de las características de la vivienda, la familia y la situación laboral al momento de caracterizar la red de contactos de la persona afectada durante el estudio de contactos o catastro.

A nivel de los centros de salud quienes llevan a la consulta a todos los chicos son las mamás. O la hermana mayor que cumpla el rol de mamá porque la hermana está trabajando. No es habitual

que el que lo contagie venga al centro de salud, por eso hay que llamarlo y ubicarlo. (...) en una habitación están fácilmente 5, 6 o hasta 10 personas que obviamente se contagian todos.

Cuando el catastro se plantea como una intervención por fuera de un consultorio, mediante una comunicación telefónica o acercamiento al domicilio, la participación de otros integrantes del equipo de salud contempla aspectos aparte de la mera realización del tratamiento.

A mí me cuesta a veces este tema de convencer por teléfono a las personas que esto es importante y también al revés, bajarles la ansiedad a los que ya se lo hicieron y que se queden más tranquilos, ¿no?

En segundo lugar, se determinó la relevancia de promover el diálogo con equipos de otros centros de salud y hospitales. Esto contribuye a la continuidad del seguimiento de personas con TB caracterizadas por presentar mayores dificultades de obtención de servicios de salud.

(...) sigo trabajando con la colega de la obra social para evaluar esto, ¿no? La situación de seguimiento de él desde el tratamiento, desde la interrupción de lo que sería la medicación por vía inyectable y continuando el acceso a la medicación por vía oral para que ni siquiera tenga que ir a la obra social, si no retirarla desde el centro de salud.

En tercer lugar, se distinguió un conjunto de intervenciones de acompañamiento a pacientes, dirigidas a favorecer su atención en salud. No obstante, dichas acciones no se proyectan hacia afuera, lo cual hace necesario, en muchos casos, un diálogo con personas o instituciones del entorno.

Es más, en una de estas salidas territoriales que querían que hagamos en medio de la pandemia, hicimos una visita a un centro trans y lo primero que diagnosticamos ahí fue un paciente con tuberculosis, pero terrible, menos mal que fuimos ese día porque si no, no pasaba (...) Muy mal, en un estado que si no lo encontramos ese fin de semana seguro terminaba internándose (...).

Así pues, el acompañamiento se encuentra ligado en gran medida al territorio como escenario de involucramiento, por lo cual, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) tienen un rol preponderante.

5. Discusión

Con este trabajo, fue posible visualizar algunas de las características de las personas con TB y esto invita a repensar el proceso de atención-cuidado en los centros de salud pertenecientes a un gran conglomerado urbano. Existe bibliografía local acerca de la apreciación respectiva de los equipos

sanitarios situados específicamente en estos escenarios, tal como el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)⁸ (Goldberg, 2010; Iribarren et al., 2014; Castilla y Ferrari Mango, 2015).

De igual forma, se identificó la percepción de complejidad agregada por las características mencionadas a la práctica asistencial. Según Arancibia (2018), la complejidad puede relacionarse a situaciones de carácter multidimensional que implican la reorganización del conocimiento de la realidad para comprender la integralidad de los procesos y los sujetos. Por ende, este aspecto podría estar señalando debilidades en el proceso de atención-cuidado habitual al momento de incorporar aquellos factores asociados a la determinación social de la salud de la TB.

La conformación de equipos interdisciplinarios, tanto en hospitales como en el primer nivel de atención, es una estrategia dedicada a evitar una dinámica fragmentada, en cuanto da lugar a intervenciones adicionales al esquema de pensamiento de una única disciplina. El subsidio destinado a asegurar la protección socioeconómica de pacientes con TB es un ejemplo de ello, ha mostrado ser efectivo para favorecer la adherencia a los tratamientos (Iribarren et al., 2014; Chirico et al., 2018; Klein et al., 2019), por lo que constituye un recurso concreto para el servicio impulsado bajo esta modalidad (Castilla y Ferrari Mango, 2015).

En este estudio, el abordaje territorial se reconoció como un elemento con gran potencialidad para lograr el incremento de la obtención de servicios de salud. Diferentes investigaciones en el AMBA constataron la importancia de contar con centros del primer nivel de atención en el tratamiento satisfactorio de TB (Zerbini et al., 2008; Arrosi et al., 2012; Iribarren et al., 2014). Igualmente, desde la perspectiva del equipo de salud, el establecimiento de una relación sólida entre este y pacientes diagnosticados y su entorno, facilita la apropiada consecución del tratamiento (Iribarren et al., 2014).

Integrar esfuerzos entre las OSC y los servicios de salud con el propósito de adecuar las intervenciones aparece en diferentes experiencias en escenarios similares. Como expresan de Carvalho Mesquita Ayres y colaboradores (2006), el concepto de vulnerabilidad ha sido un significativo aporte a las propuestas de renovación de las prácticas de salud, permitió demarcar la calidad de respuesta, la responsabilidad de las distintas instituciones, sus capacidades y recursos. Tal es el caso del dispositivo de atención diferenciada «Casa Masantonio» (Bossio et al., 2018), del Centro Integral de la Mujer Marcelina Meneses y de la Red de Trabajo Social en Tuberculosis, que ponderan estrategias de abordaje colectivo (Bossio et al., 2020).

Conforme a los resultados obtenidos, se comprobó que la trayectoria acumulada de los equipos de salud presenta una riqueza de adaptaciones locales, conductas e intervenciones en un diálogo con la disponibilidad de recursos y en línea con los objetos técnicos (Akrich, 2014). La descripción de la

⁸ El AMBA es un gran conglomerado urbano conformado por la CABA y 40 municipios aledaños de la provincia de Buenos Aires (Ministerio de Transporte, 2020).

dimensión social y el uso de estos objetos posibilitaron comprender los sentidos y las prácticas de los equipos de salud en torno a la TB.

6. Conclusiones

La problemática de la TB implica grandes desafíos en aquellos escenarios atravesados por fuertes desigualdades, como sucede en los grandes conglomerados urbanos. Desde el punto de vista de los equipos de salud, se observaron dos tipos de situaciones: una, en la cual no se encuentran problemas para el abordaje de la TB y otra que, en cambio, requiere de ciertas estrategias para aprehender su complejidad. Contar con equipos interdisciplinarios, trabajar conjuntamente entre diferentes actores de salud y el apoyo de OSC, se convierte en un elemento clave para la adecuación de intervenciones de una manera integrada.

7. Agradecimientos

A la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, por el financiamiento de este proyecto. Agradecemos especialmente al personal de los centros de salud del primer nivel de atención y del hospital general de agudos involucrados en los procesos de atención-cuidado de los casos de TB, por el interés en este proyecto y por brindar su tiempo, saberes y experiencias para enriquecer este trabajo. Este estudio está especialmente pensado en función de visibilizar su trabajo cotidiano y como un insumo para este.

8. Referencias

- Akrich, M. (2014). ¿Cómo describir los objetos técnicos? *Boletim Campineiro de Geografia*, 4(1), 161-182. <https://doi.org/10.54446/bcg.v4i1.147>
- Almeida Filho, N. y Silva Paim J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Arancibia, I. (2018). El Campo Problemático de la Planificación Social Territorial. Enfoques necesarios para intervenciones socioeconómicas complejas. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social - Artículos Seleccionados* -, Año 8(15 y 16), 225-236. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp->

content/uploads/sites/13/2018/12/24_Arancibia.pdf

- Arrosi, S., Herrero, M. B. y Ramos, S. (2012). Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Salud Colectiva*, 8(1), 65-76. <https://doi.org/10.18294/sc.2012.866>
- Barrios R. N., Pereira A. M., Aranda M. J., Longordo M. A., González Ortiz F., Sosa N., Hering, S., Ramos, G., Catalano, A., Badia, C., Cámara, E., Ramos, D., Martínez, R., Herrero, S., Cordova, G., Paz, E., Bruno, D., Ben, G. y Tutzer, S. (2021). Situación de la tuberculosis en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, 2017-2019. *Revista Argentina De Salud Pública*, 13, 1–6. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/651>
- Bossio, J. C., Arias, S. J. y Fernández, H. R. (2012). Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. *Salud Colectiva*, 8(1), 77-91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73125064002>
- Bossio, J. C., Fernández, H., Gómez, L., Mordin, N., Nilva, G. y Rodríguez, L. (2018). *Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°3*. Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001141cnt-2018-04_boletin-epidemiologico-tuberculosis.pdf
- Bossio, J. C., Fernández, H., Arias, S., Luque, G., Armando, G., Nilva, G., Gómez, L., Moncagatta, T., Rivero, M., Meinardi, P., Wouters, G., López, R., Acuña, A., Angueira, L., Araoz, C., Chernomoretz, M., Natiello, M., Símboli, N. y Ioannoy, S. (2020). *Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°3*. Área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/boletin-epidemiologico-tb-2020.pdf>
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6(1), 83-101. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 13-27. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637>
- Castilla, M. V. y Ferrari Mango, C. (2015). Tuberculosis y lógicas de cuidado en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires, Argentina. *Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales*, 18(3), 36-49. <http://revele.uncoma.edu.ar/index.php/Sociales/article/view/1404>
- de Carvalho Mesquita Ayres, J.R., França Junior, I., Junqueira Calazans, G. y Saletti Filho, H.C. (2006). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (Ed.), *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp.

135-162). Lugar Edit.

- Chirico C., Ianizzotto A., Telles H., Valiante J., Rojas S. y Etchevarria M. (2018). El amparo económico para mejorar el tratamiento de la tuberculosis. *Salud(i)Ciencia*, 23(3), 219-227. <http://dx.doi.org/10.21840/siic/159135>
- Emerson, R., Fretz, R. I. y Shaw, L. L. (1995). *Writing Ethnographic Field notes*. The University of Chicago Press.
- Goldberg, A. (2010). Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Instituto Vaccarezza - Hospital Muñiz, 2009. *Revista Argentina De Salud Pública*, 1(5), 13-21. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/408>
- Granda, E. (2004) ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>
- 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. *Revista Argentina De Salud Pública*, 2(8). <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/654/576>
- Ioannoy S., Angueira L., Chernomoretz M., Roncoroni C., Barletta P., Bossio J. C., Fernández H., Arias S., Armando G., Mordini N., Luque M. G., Moncagatta T., Ribero M., Meinardi P., Wouters G., Díaz Y., Trevisan P., Altabe S., Yessi L., Palmero D.,... Simboli N. (2021). *Boletín N.º4 Tuberculosis en la Argentina*, (4). *Ministerio de Salud de la Nación*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/boletin-epidemiologico-tuberculosis-2021.pdf>
- Iribarren S. J., Rubinstein F., Discacciati V. y Pearce P. F. (2014). Listening to Those at the Frontline: Patient and Healthcare Personnel Perspectives on Tuberculosis Treatment Barriers and Facilitators in High TB Burden Regions of Argentina. *Tuberculosis Research and Treatment*, 135823. <https://dx.doi.org/10.1155%2F2014%2F135823>
- Klein, K., Bernachea, M. P., Iribarren, S., Gibbons, L., Chirico, C. y Rubinstein, F. (2019). Correction: Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study. *PLoS Medicine*, 16(5), e1002826. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002826>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência y Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>

- Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat. (2020). *Barrios Populares*.
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/barrios-populares>.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2018). *Boletín Epidemiológico Semanal N.º 95, Año III*. Gerencia Operativa de Epidemiología.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2017). *Plan de Salud CABA 2016-2030*.
<http://lista10.com.ar/site/wp-content/uploads/2017/11/Plan-del-Ministerio-de-Salud-2030-digital.pdf>
- Ministerio de Salud y Desarrollo social de la Nación. (2019). *Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención*.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf
- Ministerio de Transporte de la Nación. (2020). *¿Sabías qué es el AMBA?*.
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/sabias-que-es-el-amba#:~:text=El%20AMBA%20es%20la%20zona,Ezeiza%2C%20Florencio%20Varela%2C%20General%20Las>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Systematic screening for active tuberculosis: Principles and recommendations*. https://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). *A people-centred model of tuberculosis care. A blueprint for eastern European and central Asian countries* (1ª Ed.).
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/342373/TB_Content_WHO_PRO_eng_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Global Tuberculosis Report 2020*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas*.
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988>
- Oxman, C. (1998). *La entrevista de investigación en ciencias sociales*. Eudeba, Bs.As.
- Pereira, A., Barrios, R. N., Koufios, A., Marcuzzo, A. y Aranda, M. J. (2020). Tuberculosis en el marco de la Pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Riesgos y Vulnerabilidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 151-164.
http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/20_Pereira-1.pdf

Zerbini, E., Chirico, M. C., Salvadores, B., Amigot, B., Estrada, S. y Algorry, G. (2008). Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J TubercLungDis.*, 12(1), 63-68.

Zerbini, E., Álvarez, R., Calabrese, C., Bossio, J. C., Darnaud, R. M., Fernández, H., Barrera, L., Arias, S., Imaz, M. S., Cudós, M. C. y Bissio, E. (2013). *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Normas Técnicas 2013* (4ª Ed.). Departamento de Capacitación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)- "Dr. E. Coni. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

revista.ccp@ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



DOAJ

latindex



e-revist@s



Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

