

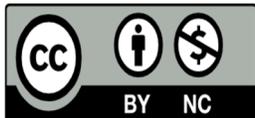
Delvalle, Andrea Soledad

“Qhaqya unquy, Identidad” Políticas Públicas pensadas para el territorio

2021

*Instituto: Ciencias Sociales y
Administración*

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Delvalle, A.S. (2021) *Qhaqya unquy, Identidad: Políticas Públicas pensadas para el territorio* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>

ANDREA SOLEDAD DELVALLE

Título: “Qhaqya unquy, Identidad”

Subtítulo: Políticas Publicas pensadas para el territorio

Tesis

Licenciatura en Trabajo Social

Universidad Nacional Arturo Jaureche

Directora

Lucia Zarragoicoechea

Buenos Aires

2019

DEDICATORIA

Agradezco inmensamente a la comunidad de Villa Itati, a sus mujeres que día a día me hicieron parte de su familia inmensa que trabaja día a día para combatir la desigualdad y la enfermedad.

A mis padres, gracias mama y papa por acompañarme siempre y no dudar nunca de mí.

A mis hermanas, que entendieron que esta hermana lucho desde otro lugar todo aquello que nuestros padres anhelaban para las tres.

A mis hijos, Juan Antonio y Abril Lien por que entendieron que en la vida comprometerse es también, bancar a mama.

A mi compañero de la vida, Carlos que entendió que parte de los deseos de formar una familia fue acompañarme en esta etapa.

A nuestro Rector, Ernesto Villanueva por acompañarnos gestionando la universidad que orgullosamente tenemos.

A mi coordinador de la carrera, Lic. Astor Massetti, por no bajar los brazos, por conducir esta carrera y haber logrado una frase que me resume como estudiante *“vos no sos la misma que entro a esta universidad”*

A mi directora de Tesis, Lucia Zarragoichea por tu acompañamiento, tus enseñanzas y por tu generosidad al momento de compartir tu trabajo

A mis docentes que marcaron mi perfil como futura profesional. Sepan que en cada intervención están sus enseñanzas. A mis compañeros, compañeros de cursada y a Sixta Martínez quien se encargó de acompañarme y alentarme en la elaboración de la tesis.

Al doctor Martin Silberman, que me posibilito conocer a Lucia y me brindo sus conocimientos.

INTRODUCCION

Esta investigación tiene como objetivo responder a la pregunta que surge desde la mirada del trabajo social ¿Cuál es el impacto de las políticas públicas para la Tuberculosis y como son implementadas en territorio? Desde ahí partimos para seguir profundizando nuestra investigación, y surgió el interrogante en relación a ¿Por qué a pesar de la organización en cuanto al sistema de salud que están pensados para la prevención, tratamiento y promoción de la Tuberculosis, siguen dándose casos? ¿Y cómo impactan las políticas neoliberales en la salud?

Para dar respuesta a este interrogante nos ubicamos en tiempo y espacio, dentro de Florencio Varela, en el Barrio La Capilla, que tiene como características la pobreza persistente, que son los condicionantes, como se llevan a cabo las políticas públicas, a nivel Nacional y regional. Surge también como objetivos, plantearnos qué persiguen las políticas públicas con su implementación, en la sociedad. Realizamos un breve recorrido histórico de la enfermedad en la República Argentina, partiendo de la concepción de tuberculosis y sus implicancias en la salud de la población afectada.

Seguidamente analizamos los programas de salud, sus características, los alcances sobre su implementación en territorio. Y así, comprender sus mecanismos, sus incumbencias y responsabilidades en cuanto a la atención de cada paciente.

Por otra parte realizaremos un trabajo en territorio, con la comunidad de productores del Barrio La Capilla, las entrevistas y el contacto y la construcción de vínculos, nos permitieron inferir como la enfermedad es parte de sus cuerpos y, por consiguiente de sus vidas.

Nuestro contacto con los miembros del Programa de Tuberculosis de Florencio Varela, abre una nueva variable para el análisis. Cabe expresar que el programa se enmarca en el programa Grandes Ciudades de la Organización mundial de la salud. Cuyo objetivo es la prevención de la enfermedad de la tuberculosis, dentro de las grandes urbes. Este grupo de profesionales rompe con la concepción de medicina hegemónica, centrada dentro de las instituciones de salud, y logra en este rincón del distrito, entender al paciente como un sujeto de derecho. El equipo realiza un trabajo en territorio que les permite conocer a cada miembro de la comunidad lo que les brinda la posibilidad de conocer de cada persona, para poder entender que les sucede. La metodología de trabajo aplicado, se basa en el acercamiento, el dialogo, la escucha y la recolección de datos, a través de diferentes

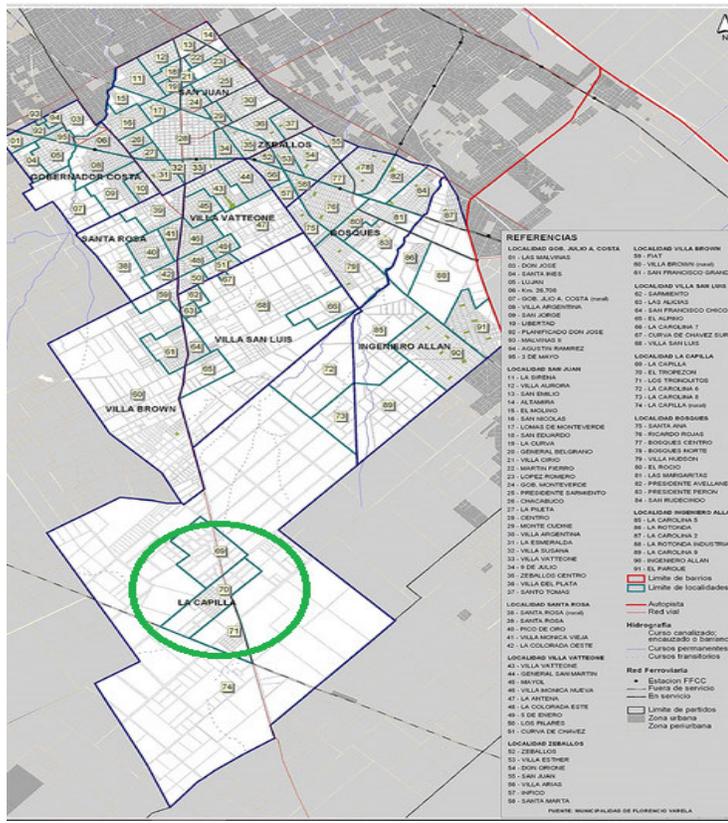
fuentes bibliográficos, fuentes secundarios y del análisis de entrevistas. Y el modo de intervención y acompañamiento, es a partir de la información que se les brinda a todos los productores del Barrio y sus familias. Las familias legitiman las acciones de salud en la imagen de Juliana, (responsable del programa) practicante de la diplomatura de promotores de salud de la Universidad Arturo Jaureche y de Lucia que es coordinadora del programa. El objetivo de los profesionales del Programa es garantizar la atención para que se pueda continuar un tratamiento integral de cada uno de ellos. Entender el aquí y el ahora es un eje transversal.

En paralelo el trabajo se orientó a conocer e indagar sobre las creencias e ideas que sustentan la vida de los productores, en las historias personales sobre el origen del trabajo que realizan. Y la significación, que tiene para ellos la tarea “*curarme para trabajar*”, esta es, en general, la respuesta de los trabajadores. A través de esta respuesta comprendimos como el trabajo es más importante para ellos, que su propia calidad de vida. Así mismo ahondamos en su historicidad como mineros bolivianos, aspectos de su historia que dejaron profundas huellas en su salud.

Luego de recabar los datos y la información suministrada a través de la investigación, determinamos que la falta de planificación y normativas territoriales contextualizadas, que garanticen el tratamiento de cada paciente, hacen que la enfermedad sea parte de la identidad de las personas. Aspecto que se plantea en la investigación. Considerando que los gobiernos neoliberales hacen vaciamientos en la salud en forma sistematizada y perversa, podemos pensar desde el trabajo social, que reglamentaciones en cuanto a salud pensadas en perspectiva de derecho y poder trabajar interdisciplinariamente la salud de forma comunitaria, podría ser otra una posibilidad para combatir la enfermedad. Para lo cual como profesionales, nuestro rol como nexo, será esencial.

Consideramos que la investigación dio respuesta a las preguntas que le dieron origen, tal como queda expresada nuestra conclusión en el cierre.

UBICACIÓN GEOGRAFICA



El partido de Florencio Varela posee un total de 426.005 habitantes, se ubica en la zona sur del Gran Buenos Aires, Provincia de Buenos, Argentina. Limita al norte con los partidos de Quilmes y Almirante Brown, al oeste con Presidente Perón y San Vicente, y al sur con el partido de La Plata. Posee una superficie de 190 km² y se extiende de norte a sur.

En el último censo realizado en el 2010 arroja como resultado que los pobres en zonas urbanas es más alto que en zonas rurales. Pero algunos especialistas hacen hincapié en que en las zonas rurales es su mayor incidencia. La pobreza rural es considerada¹ como un sinónimo de postergaciones históricas porque no solo pueden aumentar sus ingresos. Sino también de condiciones estructurales debido a la falta de adquisiciones que demandan ahorros, como es el de la vivienda. Esta situación tiene como consecuencia condiciones de vida precaria.

Un indicador que mide la pobreza estructural es el de las necesidades básicas insatisfechas, es decir que no satisfacen sus necesidades básicas como lo es la educación, la vivienda y la capacidad de subsistencia.

Otro dato a tener en cuenta es el que arroja en Censo Nacional Agropecuario de 2002 en donde identifica a los productores que poseen acentuadas condiciones de pobreza y sus condiciones precarias de vida, hacen que no pueden vivir de ello sino sobrevivir. En Buenos Aires representan menos del 13%.

En este sentido entender a la pobreza como la falta de derechos es comprender que son sujetos privados al acceso a la salud, la nutrición, la educación, la vivienda, etc.

La pobreza se mide por ingresos lo cual no distingue a la pobreza estructural la cual comprende por ejemplo las condiciones de vida, el hábitat o el acceso a los servicios públicos.

Las enfermedades infecciosas como las pulmonares, diarreicas, el VIH, la tuberculosis y el paludismo son las que cobran más muertes en los países pobres. Muchos de estos males están relacionados con la desnutrición, la falta de acceso a atención médica y el hábitat.

Las enfermedades que padecen este sector de la población son atendidas, cuando las personas vuelven a la precariedad en donde viven vuelven a enfermar.

Un ejemplo es lo que sucede cuando las condiciones de hacinamiento tanto en el contexto laboral como en el habitacional permiten, que las personas estén más tiempo expuestas al bacilo, lo que aumenta las probabilidades de contagiarse de tuberculosis.

El caso que analizaremos es el de una familia de productores del Barrio La Capilla. La localidad de La Capilla, está situada a 14 km al sur de la estación de Florencio Varela. Ocupa una vasta extensión rural al sur. Cuenta con 1,417 habitantes en el casco urbano y unos 4,082 habitantes censados como población rural dispersa. Los datos según el centro de salud del barrio, están censados de forma incompleta. Estiman que la cantidad de habitantes es “mucho mayor”. Gran parte de la población de la localidad es de origen boliviano, quienes están dedicados a la horticultura, floricultura y avicultura. La familia está compuesta por adultos y niños/as bolivianos y argentinos que viven en situación de pobreza persistente comprendida dentro del universo de la indigencia.

El tipo de pobreza que experimentan algunos hogares lo definimos como persistentes por tratarse de una condición de privación generalizada y extendida en el tiempo donde se

combinan críticamente indicadores deficitarios tanto del hogar como de su entorno. Las privaciones más urgentes tienden a mantenerse en el tiempo y comprenden a más de una generación de un mismo grupo familiar, aun a pesar de cambios favorables en su contexto económico. La salida de la pobreza masiva que vino experimentando la sociedad argentina en la última década impone la evaluación de cómo ha impactado la reducción de la pobreza en los lugares territoriales urbanos (villas y asentamientos) donde las instituciones tradicionales de la política social no logran el impacto esperado, con las familias más pobres. Estas políticas vienen operando en escala y para un sujeto genérico que demanda alguna solución de modo sectorial (salud, educación. Cuidado infantil, etc.)

La mirada en perspectiva de derecho sobre la pobreza, requiere de acciones que complementen su poderosa acción, especialmente cuando se trata de soluciones que utilicen intervenciones altamente profesionalizadas y con ingenierías específicas para poder salir de la pobreza estructural que lleva años en nuestro país.

La importancia de problematizar sobre el modo de actuar con la población afectada por la crisis de inicio de siglo. De acuerdo a las estadísticas de la población más afectada es la de jóvenes adultos varones y mujeres con bajo nivel educativo y calificación laboral, jefes y jefas de hogar atravesados por problemas de salud y déficit habitacional, familias numerosas cuyas redes de solidaridad también están dañadas.

Una perspectiva situacional del abordaje de la pobreza debe considerar los aspectos históricos y culturales como parte de la definición del problema y de su potencial abordaje, de ese modo evitamos hacer comparaciones reduccionistas entre sociedades con tradiciones muy diferentes, especialmente en lo que refiere a la historia de las conquistas sociales y el rol del Estado en la cuestión social.

La debilidad conceptual que subyace a la definición de la pobreza, se traslada al campo de la intervención social que buscan respuestas universales a los problemas sociales la mayoría de las veces, sin considerar los determinantes sociales, políticos e históricos de esos problemas. La problematización de la pobreza como cuestión de Estado depende de la intencionalidad de producir alguna transformación real del problema que explica la persistencia de la pobreza.

FACTOR TERRITORIAL

El factor territorial es una parte determinante del problema y su expresión. Entendemos por factor territorial a la configuración que adquiere “lo comunitario” ya no solo como lugar de encuentro identitaria y fuente del lazo social, sino también como ámbito de disputa y confrontación de intereses y reproducción de nuevas desigualdades. La perspectiva redistributiva de la política social, en el momento de intervenir, debe ser situacional, atendiendo el carácter político y los elementos de reproducción que se presentan en los territorios, especialmente donde hay enclaves de pobreza y marginación social, ya que es ahí donde, la falta del poder regulatorio, que puede ejercer el Estado deja a la población más vulnerable aún más expuesta a las fuerzas especulativas que pueden estar interviniendo.

La importancia de “situar” problemáticas refiere a la necesidad de encontrar una interacción entre las políticas sociales, que se instrumentan con un enfoque de derechos sociales. Se trata de recursos que buscan impactar y producir transformaciones en las condiciones de vida de un conjunto de familias, cuya situación de pobreza extrema las pone en un escenario de mayor vulnerabilidad que otros habitantes del mismo barrio. De ahí que hablamos de intervenciones situadas. El territorio es el ámbito donde se desarrolla el ciclo de vida de la familia y en consecuencia, el lugar de posibilidad para que las dimensiones materiales y vinculares, se combinen y potencien los resultados de la batería de políticas que tienen, a las familias como foco de acción.

Las intervenciones destinadas a las familias en situación de pobreza estructural e indigencia comprenden que sus resultados están sujetos a otros factores de contexto y en la medida que no se actué sobre esos otros factores, ellos adquieren rango de factores determinantes. Al respecto podemos señalar la tugurización, el hacinamiento en el hogar, la baja calidad de las prestaciones sociales, que llegan a estas familias actúan como factores asociados para reducir el impacto de las políticas, que tienen como meta reducir la pobreza y las desigualdades.

Se trata de familias con alta dependencia de su entorno y de las políticas de ayuda social. La existencia o no de redes de contención en su entorno también definen la situación de estas familias. Las redes pueden actuar en clave de cooperación y ayuda mutua, como así también en clave de abuso o nuevos daños.

Las redes de cooperación son las que favorecen que la familia en situación de extrema pobreza se pueda beneficiar con el apoyo y la mediación de redes de ayuda y cuidado.

Reconocer las situaciones en su contexto y así evitar generalizaciones bajo la suposición de los recursos de la política social, cuando están concebidos bajo el paradigma universal, llegan a todos los hogares del mismo modo. La noción de abordaje situacional es un enfoque orientado a consignar que la implementación de políticas que esperan transformar la situación de pobreza persistente o prevenirla deberá atender las particularidades del contexto.

Las instituciones de la política social se expresan a través de su especificidad (funciones, competencias, etc.). Así las formas para acceder a las prestaciones sociales y la calidad de las soluciones son, entre otros aspectos, indicios de cómo se define el problema.

La accesibilidad es importante destacando tanto para el diseño de las soluciones, como principalmente para el proceso de implementación, de las políticas destinadas a los sectores más pobres, que también son los que tienen más dependencia de los servicios y recursos que brinda el estado. Por tal motivo la accesibilidad se convierte en un tema central para entender las políticas sociales.

La noción de accesibilidad como vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios responsables de materializar las políticas sociales (Stolkiner 2000, Carballera 2012, Elizalde y Maglioni 2013) supone por concepto encuentros y desencuentros entre las prestaciones y sus ingenierías con relación a los destinatarios y sus expectativas. El análisis que se viene haciendo de la problemática supone la necesidad de captar tanto los procesos como los escenarios donde se dan esos procesos. El proceso indica algún tipo de secuencia, un trayecto que se produce en la interacción entre los sujetos que experimentan las necesidades y las instituciones que presentan servicios en consonancia con las mismas. El escenario refiere a las condiciones (físicas, económicas, normativas) en las que se produce la interacción y se determinan las condiciones en que dan la relación entre sujeto, la institución y sus servicios. Entonces, el análisis de la accesibilidad de las políticas particularmente de los programas de asistencia directa, requiere tanto un enfoque diacrónico referido al proceso y su evolución temporal, como sincrónico para captar el modo en que el escenario condiciona ese proceso.

El Estado no solo se limita a gestionar las necesidades básicas insatisfechas, sino que tiende a desarrollar una dinámica “resocializadora” a través de múltiples planes

programas sociales (de asistencia alimentaria, de salud, de vivienda, etc.), orientados a una estrategia de contención del conflicto social y de la miseria. No es raro por ello que los organismos internacionales avalen y fomenten el desarrollo de redes comunitarias locales. Lo comunitario termina siendo panacea para un modelo o paradigma de desarrollo humano (fomentar las capacidades comunitarias, a través del capital social).

La infraestructura hospitalaria permaneció estática por muchos años. La desinversión en el sistema de salud fue una deuda que poco a poco se fue saldado. A partir un recurso jurídico encontrado por los directivos del Hospital Nacional de Pediatría Dr. J. Garrahan a mediados de la década del 60, y que nunca fue derogado, denominado sistema SAMIC permitió el funcionamiento en consorcio de dicha institución.

La extensión de este modelo a un nuevo Hospital en Florencio Varela siguió un patrón parecido con el Hospital de Alta Complejidad en Red Néstor Kirchner, también conocido como El Cruce sostenido por un consorcio de municipios, la Nación y la Provincia de Buenos Aires.

En el año 2008 se anunció la decisión del Gobierno Nacional de recuperar iniciativa en infraestructura hospitalaria (Hospitales del Bicentenario) lo que resultaba toda una novedad dada la parálisis de cinco décadas en este ámbito, lo que dio origen a nuevas construcciones, algunas inauguradas, otras por inaugurar o completar su construcción, equipamiento o dotación,

Aunque los prolongados procesos que van desde la piedra fundamental hasta su pleno funcionamiento o la constitución compleja de directorios en la lógica de los SAMIC, la iniciativa de más de 30 Obras publicas entre nuevos hospitales y refacciones importantes constituyo un giro en la política de salud hacia el subsector publico esperada por más de cinco décadas.

El periodo diciembre del 2014 a diciembre del 2015 el Ministerio de Salud vuelve a cambiar de gestión instalándose una perspectiva fuertemente del Subsector Público. Los equipos que se van conformando y que habían brindado aportes desde una perspectiva crítica y propositiva durante muchos años reconocen un fuerte compromiso con lo público, expresado básicamente en su apoyo a la Ley de Producción Publica de Medicamentos y la creación de la agencia promotora de la articulación entre laboratorios públicos (ANLAPP) para sustentar una Política integral sobre uno de los rubros más complejos de las políticas de salud, que no descuido la perspectiva de salud internacional

promoviendo a nivel de Mercosur y de Unasur y llevando hasta el seno de la OMS la preocupación y la construcción de estrategias conjuntas contra laboratorios transnacionales formadores monopólicos de precios abusivos.

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por si sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

Los ámbitos donde se desarrollan las políticas y programas de salud así como la gestión de los servicios –ya sean del primer o del segundo nivel de atención- se caracterizan por constituirse como procesos complejos en los que intervienen una gran diversidad de actores, con sus propias perspectivas, intereses, capacidades y recursos del poder. El concepto de gestión, permite recuperar la complejidad y dar cuenta de un espacio relacional que puede abordarse desde dos dimensiones; por un lado, pueden ser vistos como aquellos procesos “orientados a articular (utilizar, coordinar, organizar y asignar) recursos (humanos, financieros, técnicos, organizacionales y políticos) que permitan producir satisfactores orientados a hacer posible la reproducción de la vida de la población (a través de los bienes de consumo individual y colectivo)”. El concepto, también apunta a captar el modo de conformación y estructuración de la demanda, entendiendo a esta no como algo dado que genera por fuera y/o a priori de la gestión sino que, por el contrario, forma parte de manera interactiva de estos procesos y, justamente, es allí, en esta interacción dinámica entre actores estatales y sociales, entre discursos en disputa, y generalmente con ciertas coordenadas en términos de oferta de servicios y conocimiento dominante al interior del campo sectorial, donde se definen y se configuran las necesidades.

Este espacio de la gestión se caracteriza entonces como el escenario donde se produce la interacción entre los actores e involucrados, y es justamente esa interacción lo que marcará, el estilo o modalidad en la implementación de las políticas así como los avances, estancamientos o desvíos que puedan producirse. De lo dicho se desprende que el papel de los actores resulta clave en las políticas sanitarias y por ende su análisis resulta un insumo valioso y estratégico para la gestión.

En el marco institucional donde se desarrollan los procesos de políticas que permiten y restringen la conformación de actores, no debe interpretarse de manera rígida y lineal respecto de la institucionalidad estatal en materia de salud. De hecho, tal como señala Jordana (1995), las limitaciones de los esquemas de análisis tradicionales para entender el sentido dinámico de las influencias e interacciones entre los actores, dio lugar al surgimiento de modelos de análisis más laxos y flexibles, donde cobra relevancia la noción de entramado y de red. Estas redes de asuntos desbordan las fronteras del apartado estatal y en ellas circulan y se consolidan saberes y conocimiento experto que cristalizan disputas y acuerdos en torno a la cuestión en particular; en nuestro caso la salud. “La consolidación de un discurso de enmarque, suele ir entrelazado a la conformación de redes de expertos y/o de “comunidades de políticas” que, en analogía con las comunidades científicas que sustentan los paradigmas científicos, cumplen funciones de consolidar y mantener la vigencia de los núcleos fundantes de las políticas y sus respectivos programas de acción”(Moro, 2009).

En este sentido, la noción de entramado de actores pone en el centro de la escena la vinculación de acción, saber y poder en los procesos de las políticas sanitarias.

Con respecto a las conceptualizaciones de las capacidades de gestión para la acción de gobierno, Repetto (2004:12) define la capacidad de gestión estatal como “la posibilidad que tienen las instancias gubernamentales de problematizar, priorizar, decidir y gestionar las cuestiones públicas”. Esto supone, según el autor, la construcción de capacidades administrativas y políticas; mientras las primeras remiten el análisis técnico organizacional del aparato estatal, las capacidades políticas avanzan más allá y ubican el debate en torno al Estado como expresión de relaciones de poder.

La capacidad de gestión de una organización pública refiere tanto a variables vinculadas a sus características particulares (estructuras, procesos y recursos disponibles) como a variables externas vinculadas al entorno económico, político y social en el cual cada gobierno desarrolla sus actividades. Junto a estos factores externos se ubica también el contexto institucional del sector público que incluye las reglas de procedimientos que dan marco al accionar estatal, los recursos y las estructuras formales e informales de influencia.

Junto a los conceptos para analizar los procesos de implementación a nivel local de las políticas sanitarias, la investigación también se apoya en los abordajes más propios del

campo de la salud que estudian el desempeño de los sistemas de salud. A la par del crecimiento en tamaño y complejidad de los sistemas de salud, ha cobrado relevancia el interés por evaluar su desempeño, principalmente bajo el patrocinio de las organizaciones internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó una propuesta conceptual y metodológica para evaluar el desempeño de los sistemas nacionales de salud de sus países miembros. Los resultados de este proyecto se publicaron en el Informe Mundial de la Salud 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud (OMS, 2000). Para medir el desempeño de un sistema de salud, el informe estableció dos principios fundamentales que guían la definición del propio sistema; uno refiere a la rectoría en pos de una mejora de la salud y el otro a la gestión por resultados.

El mencionado informe despertó numerosos debates y fue foco de varias críticas de orden metodológico y conceptual. En cuanto a las críticas metodológicas, Coyne y Hilsenrth (2002) argumentaron que los métodos utilizados en el estudio de la OMS no reflejaron apropiadamente el sistema de salud de los países, ya que los mismos no contemplaron aquellos factores que, si bien no son intrínsecos a los sistemas de salud- como los culturales y los sociales-, si influyen significativamente en ellos. A la vez, objetaron el uso de un criterio estático para medir la efectividad que valoraba positivamente a sistemas de salud capaces de sostener una población saludable a bajo costo, perdiendo de vista el rol que la tecnología puede ocupar en un sistema de salud en el largo plazo. En el plano conceptual, una crítica importante esbozada también por los mismos autores, refiere a que la OMS no presentó un esfuerzo adecuado para distinguir entre eficacia y equidad. Esto último produjo un sesgo en la evaluación del desempeño que se realizó sobre países con gran inequidad, como EE.UU y Sudáfrica.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió diversos encuentros para discutir la metodología y las conclusiones del mencionado informe.

Como resultado de los mismos surgen un conjunto de documentos que sistematizan las principales objeciones. La OPS sugiere desarrollar y probar una serie de indicadores vinculados a las funciones, como una manera de fortalecer la relevancia política de la evaluación del desempeño. En la última década la OMS ha desarrollado varias propuestas conceptuales y metodológicas para evaluar desempeños, algunas buscan ponderar al acceso a servicios de salud de calidad, sobre todo en los países en vías de desarrollo,

mientras que otros estudios han establecido un amplio consenso en torno a la necesidad e importancia de medir el desempeño desde indicadores macro relativos al gasto asignado a salud contrastados con la información epidemiológica más relevante.

Si bien estos indicadores macro son tomados como referencia, las investigaciones han desarrollado indicadores más específicos para dar cuenta del funcionamiento de los servicios de salud y, en algunos casos, para ponderar a los que se ubican en la llamada atención primaria de salud (APS). En tal sentido, varios autores proponen medir el desempeño de la APS a través de una serie de indicadores que den cuenta de condición de “puerta de entrada” al sistema, de la necesidad de un vínculo e interconexión con los niveles de mayor complejidad, así como también de lo que se supone que es una característica de la APS: la proximidad y cercanía con la población. Para ello, las variables refieren a la accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios, continuidad y longitudinalidad, integralidad, capacidad resolutive y coordinación asistencial.

El concepto de accesibilidad a la salud se define como la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable. La equidad aparece fuertemente vinculada al acceso y pondera especialmente la capacidad de inclusión de los servicios (particularmente de la población con menos recursos). En este sentido, se habla de barreras de acceso económicas, geográficas, temporales, organizacionales/administrativas y culturales (Burrone). Wallace y Enriquez-Haas (2001) hacen más complejo el análisis de la accesibilidad y proponen diferenciar tres dimensiones para ponderar el acceso a los servicios de salud: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

La disponibilidad refiere a la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente. La aceptabilidad de los servicios de salud suele estudiarse a través de la satisfacción que mantienen los usuarios.

La coordinación requiere de integración y continuidad en la atención del paciente, y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por este utilizados (Starfield, 2005) la coordinación asistencial implica la posibilidad de realizar un seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo del tiempo (Burrone, 2007). La continuidad refiere a la existencia de un equipo de salud habitual, y la

longitudinalidad contempla, además de una atención de la salud continua, una atención no limita a ciertos problemas. Así la longitudinalidad permitiría una mejor atención preventiva, asistencia más apropiada y oportuna, y mejor identificación de los problemas de los pacientes.

La integralidad es otro factor considerado por los estudios y se logra con una oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, de tratamientos y rehabilitación, integradas funcionalmente entre los distintos niveles y estructuras del sistema sanitario. Es decir, que la integralidad requiere de una organización de las respuestas sanitarias de acuerdo a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, a partir de una equitativa asignación de los recursos e intervenciones menciona la orientación hacia la persona como totalidad y la gestión clínica.

La atención primaria de la salud es una estrategia que mayor desarrollo e implicancias indirectas en salud ha tenido en los últimos tiempos. Se reconoce como antecedente de creación a partir de la Conferencia Internacional de Alma Alta en 1978. En esta conferencia se había fijado la siguiente meta: “Salud para todos para el año 2000” y se definía lo siguiente: “Existe una política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en 1977, denominada “Salud para todos en el 2000”. En 1978, en la reunión de Alma-Alta, quedo establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de salud (APS), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.” Las experiencias de APS en América Latina sus muchas y muy importantes aunque no son conocidas. En Argentina desde casi un siglo antes de Alma Ata, un importante movimiento sanitario relacionado con la determinación social de las enfermedades, y por intermedio de nuestros sanitaristas de fin del siglo XIX, y principios del siglo XX Eduardo Wilde, José Penna y Emilio Ramón Coni, sobre todo. Otro hecho significativo se dio en la década 40, con el gobierno del justicialismo con el Ministerio del Dr. Ramón Carrillo. A través del desarrollo de políticas públicas sanitaristas enormes sectores pueden acceder a la posibilidad de atención de salud, antes marginados de la posibilidad de la misma; se duplica el número de camas del sector público, el hospital público adquiere un carácter y la red efectora nacional adquiere una presencia que no se conocía anteriormente. Dentro de esta reseña histórica se pueden describir diversas actividades ligadas al primer nivel de atención, a la regionalización y a

la extensión de la cobertura. La ronda sanitaria, metodología de trabajo consistente en visitas periódicas cada dos meses, realizada por agentes sanitarios, enfermeros sanitarios y asistentes sociales, con un contenido que tenía una serie de posibilidades; inmunizaciones, detección de grupos vulnerables, etc. Los centros de salud son entendidos como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde la acogida inicial al usuario hasta las asistenciales curativas y de promoción y prevención.²Por otra parte el equipo de salud, es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud y está definido a partir de objetivos y metodologías de trabajo comunes de sus componentes y contando con su participación y responsabilidad conjunta en la génesis.

En concordancia con la OMS y su definición de salud la conferencia de Alma-Ata define a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y es un derecho humano fundamental, entiende a la salud como un objetivo social prioritario a nivel mundial que amerita la intersectorialidad.

Para lo cual necesita el desarrollo económico y social esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.

Las personas tienen derecho y el deber de participar en la implementación de esa atención sanitaria. Desde el Alma-Ata se propone como objetivo principal para los gobiernos y la comunidad internacional la promoción para todos los habitantes del mundo. A través de la atención primaria, como poder alcanzar el nivel de salud que les permita llevar una vida productiva social y económica.

La APS se basa en la práctica en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología accesibles en la participación social que sea viables, aplicables y accesible. Es decir que esté al alcance de todos hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad con prioridad a los más necesitados.

Los estados son los responsables de formular políticas y planes de acción para una salud integrada intersectorial con ejercicio de voluntades políticas a fin de movilizar recursos internos y externos. La consecución de la salud en cada país afecta y beneficia

directamente a otros países y esto hace imperativo la cooperación entre los mismos para asegurar la atención primaria a nivel mundial.

Qhaqya unquy

Identidad es una palabra latina cuya significado alude a “lo mismo”. Las identidades no se presentan de manera “cerrada” o “pura”, sino que están en permanente construcción y en relación con otras.

La identidad se construye con un otro. Al reconocer la existencia de un otro, la propia persona asume su identidad.

Una de las variables que constituyen la identidad es el contexto socio económico, los constructos sociales, las costumbres y creencias populares, identidad cultural de origen, la identidad cultural adquirida, etc. Estas variables resignifican el termino identidad.

Es difícil poder pensar a otro sin contexto y sin historia. El lazo social se construye a través del discurso en el territorio. Existe el lazo en la medida que haya otro en cuanto las posibilidades que se den en un espacio y un tiempo.

Ante la presencia de ese otro extraño, un “estigma” es una cualidad que lo desacredita, lo torna diferente al resto y lo vuelve socialmente despreciable. En este sentido podemos ubicar variados estigmas sociales que han construido una frontera social en términos de nosotros y los otros en cuanto a la enfermedad: tuberculosos, villeros, pobres, sucios, descuidados, dejados, etc.

La identidad individual y colectiva es una construcción histórica. No se trata ni de una esencia ni de algo acabado y total, sino un devenir que se produce en las constantes relaciones con otros sujetos y grupos, en algunas ocasiones armoniosas y en otras conflictivas.

Las familias y personas pobres no solo tienen acceso limitado a los servicios de salud, sobre todo a los preventivos, de diagnóstico y tratamiento, sino también a otros factores que afectan su bienestar como el hacinamiento. No entender los obstáculos que enfrentan, contribuyendo a que se perpetúe la pobreza a través de generaciones, y además que muchas personas que viven en situación de pobreza se encuentran atrapadas en un círculo de ventajas y desventajas sociales y económicas hacen que no puedan salir con su propio esfuerzo sino con políticas sociales. Sus problemas de salud a menudo impiden realizar

una actividad productiva. Las consecuencias de estas condiciones inadecuadas para la salud se acumulan durante la vida y pueden transmitirse de una generación a otra.

HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS

La OMS define a la Tuberculosis que “es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.”

La tuberculosis es parte de la vida del hombre desde la antigüedad. Se la ha llamado de diferentes maneras tisis, mal del Rey, peste blanco o plaga blanca. Podemos considerar que el *Mycobacterium tuberculosis*, el agente causal descubierto por Robert Koch, podría haber matado más personas que cualquier otro agente patógeno a lo largo de la historia de la humanidad (Ritacco, Leão, Palomino, 2007). Se calcula que en el siglo XIX la tuberculosis acabó con la vida de una cuarta parte de la población adulta de Europa (Médicos Sin Fronteras, 2006). Durante ese período las terapias en las casas de curación o en los sanatorios eran las principales medidas de abordaje de la tuberculosis con el objetivo de aislar a los pacientes, romper la cadena de transmisión de la enfermedad, y ofrecerles buen clima, reposo y dieta adecuada (Ritacco, Leão, Palomino, 2007). Un reflejo de esos tiempos está plasmado en algunas pinturas de la época como la de Cristóbal Rojas (1886) quien se ve afectado por la enfermedad y en donde refleja cómo se vivía y la posible relación con las condiciones de vida durante los últimos años del siglo XIX.

El resultado de la tuberculosis fue aumentando progresivamente durante la Edad Media y el renacimiento, desplazando a la lepra, hasta alcanzar su máxima extensión bien entrado el siglo XVIII y hasta finales del XIX, en el contexto de los desplazamientos masivos de campesinos hacia las ciudades en busca de trabajo. La Revolución Industrial supone al mismo tiempo un problema (hacinamiento, pobreza, jornadas de trabajo interminables, viviendas en condiciones de humedad y ventilación muy propicias a la propagación de gérmenes). La tuberculosis fue bautizada durante este periodo como la plaga blanca, “mal de vivir” o “mal du Siécle”. El ideal de belleza romántica lleva a muchas mujeres del siglo XIX a seguir estrictas dietas de vinagre y agua con objeto de provocarse anemias hemolíticas que empalidezcan su semblante. Se mitifica la enfermedad e incluso se propaga la creencia de que su padecimiento provoca “raptos” de

creatividad o euforia denominados “Spes phtisca”, más intensos a medida que la enfermedad avanza, hasta el punto de producirse una fase final de creatividad y belleza supremas justo antes de la muerte. El romanticismo, surgido en parte del desencanto con la nueva sociedad burguesa que no ha cumplido las promesas de la Revolución francesa, propone un refugio interior y abandera una actitud de indiferencia hacia el mundo terrenal. El aspecto etéreo, pálido, casi fantasmal del enfermo de tuberculosis representa a la perfección esa renuncia de lo mundano. Por otra parte muchos jóvenes de buena posición coinciden en las casas de curación, adelantando una forma de vida ociosa y elitista que favorece en ocasiones el impulso creativo y que aleja a los artistas aún más de toda responsabilidad familiar o social, en una demostración literal de esa fuga mundial. En ese proceso “Existencialista” de enfermar se gesta el modelo moderno de enfermedad: el del individuo y el del rol social como enfermo, definido por su lugar en el entramado cultural. La tuberculosis se marginaliza a medida que se evidencia su carácter contagioso y anticipa el fenómeno que a mayor escala se producirá un siglo después con el sida.

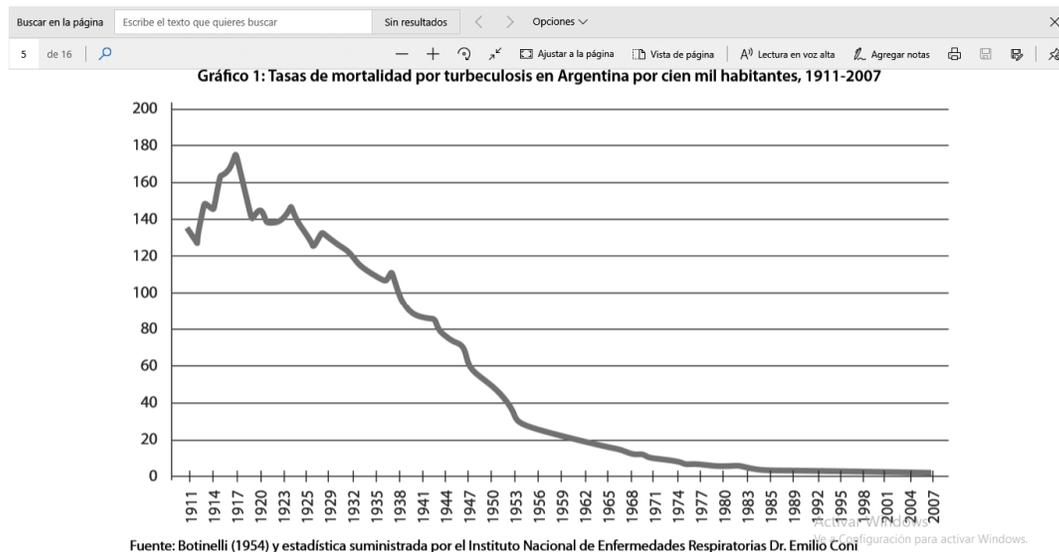
Al margen de los movimientos culturales los avances científicos marcan la diferencia. Tras varios intentos Robert Koch realiza la prueba definitiva la obtiene inoculando cultivos puros de lo que el mismo ya denomina “bacilo tuberculoso” en conejos y observando que todos ellos mueren con los mismos síntomas de la tuberculosis. Y de sus cadáveres puede obtener, de nuevo, cultivos del bacilo. Sus resultados fueron que la TBC es un microorganismo de forma bacilar, inmóvil, tiene entre 1 y 10 micras de largo. Con la técnica de Zielhl Neelsen, los bacilos se observan como bastoncitos delgados ligeramente curvos, de color rojo fucsia sobre fondo azul. Es muy resistente al frío, a la desecación y a la congelación, siendo por el contrario muy sensible a la luz solar, al calor y la luz ultravioleta. Finalmente hace públicos su resultado en la Sociedad Fisiológica de Berlín, en una ponencia que título Uber Tuberculose. Desde entonces en esa fecha se celebra cada año el Día Mundial de la tuberculosis. Con los avances en el conocimiento de la tuberculosis van determinando la aparición de unas instituciones peculiares denominadas genéricamente sanatorios para tuberculosos, situadas en regiones climatológicas favorables a la curación de esta patología. Su objetivo era el de aislar a los pacientes rompiendo la cadena de transmisión de la enfermedad, y ofrecer un ambiente de clima, reposo y dieta adecuados a estos pacientes. Su máxima extensión tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XIX, dando nombre a una etapa de la Medicina moderna la era del movimiento sanatorial. En 1893 se funda, en Argentina en la ciudad de Mar del

Plata, el primer sanatorio latinoamericano, aunque habitualmente se menciona como uno de los pioneros y más importantes al de Santa María, en las Sierras del Valle de Punilla en la provincia de Córdoba. En Argentina la Tuberculosis va haciendo su presentación en relatos de algunos historiadores que marcan el desecho de personas destacadas de nuestra historia. Un ejemplo es el de la compañera del Libertador de América Don José de San Martín. Cuando el ejército finalmente se marcha en enero de 1817 Remedios de Escalada vio a su marido esporádicamente, antes o después de alguna victoria. En 1819 Remedios estaba muy enferma de tuberculosis y agonizó en Buenos Aires los médicos poco podían hacer por ese entonces, fallece en 1823. El siglo XIX en Argentina la inmigración europea empezaba a protagonizar la vida social del país, y su poblamiento cambiaría definitivamente no solo su fisonomía, sino su propia identidad, creando una nueva Argentina. La unidad de vivienda es el “conventillo” se convirtió en un clásico de las postales porteñas de fin de siglo XIX y comienzos de los años 1900. Si bien los primeros conventillos, que aparecieron en los barrios de la Boca y San Telmo, fueron construcciones de madera levantadas por los propios europeos, se popularizaron enormemente con la llegada masiva de los inmigrantes y con la utilización de antiguas casas abandonadas por sus propietarios ricos, también posteriormente, se construyeron edificios para esos fines habitacionales. Esta forma de vida sería, debido a sus escasas condiciones de higiene, el hervidero que propagaría enfermedades. El siglo XX comienza el crecimiento demográfico de la población, en los países más pobres, genera mayor hacinamiento y pobreza lo que facilita la transmisión de la enfermedad y el aumento del número de casos. Las tasas de tuberculosis aumentan entre la población que se sitúa por debajo de la línea de la pobreza. Un factor importante para que la Tuberculosis persiste hasta el día de hoy es el hecho que cada año, la franja económica entre los países más ricos y los más pobres siga aumentando. Se puede considerar que la TBC marca un parámetro de desarrollo y situación de desigualdad y pobreza. La tuberculosis en Argentina es un problema de salud pública. Todos los años miles de nuevos casos de tuberculosis son descubiertos. Cientos de personas mueren a causa de tuberculosis miles de los nuevos casos de tuberculosis descubiertos anualmente, son casos pulmonares que expectoran cantidad suficiente de bacilos para ser positivos al examen directo de esputo, y por lo tanto diseminan la enfermedad entre la población sana, mientras no inician y completan el tratamiento. Al mismo tiempo se comprueba que la estreptomina es eficaz para inhibir el crecimiento del bacilo. En la década del setenta, la rifampicina fue identificada como un antibiótico. Siendo una medida efectiva para el control de la

enfermedad y así poder evitar su transmisibilidad. En 1993 la OMS declara a la enfermedad en emergencia global. Debido a un brote multiresistente en EE.UU, entre 1991 y 1993. También pudiendo relacionar esta enfermedad con el VIH/Sida.

La tuberculosis tiene una etapa en la cual ascendente entre 1911 y 1918 y luego una descendente desde 1918 a 2007. Los descensos tienen momentos de fluctuaciones en donde ante a la aparición de medicamentos y la implementación de quimioterapias hacen de un descenso marcado de enfermedad.

Cuadro (1)



El aumento del crecimiento de la mortalidad por tuberculosis y la aparición de quimioterapias, permite observar que aunque había una baja en la mortalidad, los medicamentos producen la reducción entre 1953-1954. Además un aporte importantísimo en paralelo fue la modernización del sistema de salud. La Secretaria de Salud que conducía el Dr. Ramón Carrillo, incorporaba medicamentos antes no utilizados en la lucha contra la enfermedad. Estos medicamentos cambiaron el control de la tuberculosis a partir no solo de la cura sino también, acortando los tratamientos y además suprimiendo meses de internación innecesarios. Pero que antes de este periodo no había pasado.

La asistencia gratuita al enfermo mediante la organización enfocada a enfermos crónicos y la articulación con las instituciones de salud descentralizando el diagnóstico. Es decir que no solo los hospitales eran los encargados del diagnóstico y los tratamientos. Sino también los dispensarios en donde era el primer acercamiento del paciente en busca de

una solución a sus problemas de salud. La mirada territorial comienza a visibilizarse a partir de estas prácticas.

La quimioterapia de la tuberculosis es un tratamiento breve a través de la administración de antibióticos durante seis meses. Los médicos lo denominan quimioterapia, pero esta no es la que se utiliza en tratamientos con pacientes con cáncer. Consiste en una fase inicial en donde se administra al paciente durante dos meses la combinación de sustancias activas de isoniazida, rifampicina, pirazinamida y estreptomycin. En la fase de estabilización, que dura cuatro meses se usan como sustancias activas la isoniazida y rifampicina. Luego del tratamiento es necesario que el paciente durante dos años sea examinado regularmente por el médico.

La irrupción prematura del tratamiento de la tuberculosis puede provocar cepas de patógenos resistentes. Entonces los medicamentos utilizados ya no tienen efecto si nuevamente se produce la enfermedad.

La mortalidad de la tuberculosis se ve marcado, en un antes y un después del tratamiento. La quimioterapia ha bajado el índice de mortalidad. Otro aspecto es que antes de tener tratamientos para la enfermedad, el estado y la sociedad generaron recursos para combatirla, a través de instituciones que aunque no posibilitaron la bajar la tasa de mortalidad, permitieron un retraso en las muertes mediante tratamientos, como la alimentación, resguardo y la detección temprana de la enfermedad.

En la actualidad la tuberculosis es curable. Pero debemos aclarar que en el mundo mueren seis mil personas por día y más de dos millones por año. Es decir, que cada quince segundos muere una persona por tuberculosis. Es declarada como la enfermedad infecciosa que causa mayor cantidad de enfermos y muertes en adultos a nivel mundial (Argentina, 2006).

Un informe de la OMS de 2006 arroja como resultado que en la Región de las Américas se produjeron alrededor de 41 mil muertes, concentrándose en la zona de Latinoamérica y el Caribe los datos más altos.

La enfermedad presenta como problema que es asintomática en personas sanas, porque su sistema inmunitario genera una capsula alrededor de la bacteria. Los síntomas pueden ser tos con esputo sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. El tratamiento es a base de antibióticos en un proceso de seis meses.

En nuestro país en el año 2017 se notificaron 11.659 casos de TBC incluyendo casos nuevos, recaídas, con antecedentes de tratamiento previos y aquellos casos sin información respecto a tratamientos anteriores. Como resultado arroja una tasa de 26,5 casos por 100.000 habitantes. Es igual a la tasa correspondiente al año 2016, y represento 99 casos más notificados en 2017 respecto al año anterior

La tuberculosis afecta a grupos de poblaciones jóvenes y de edad productiva. Ese comportamiento se observan en la distribución por edad productiva. Ese comportamiento se observa en la distribución por edad, que en 2017 presento un indicador similar al de años anteriores, en el cual las mayores tasas de notificación se observaron en los grupos de adultos jóvenes y adultos. La población pediátrica y adultos mayores presentaron tasas más bajas.

La edad productiva se refiere a la edad en la que una persona ejerce actividad laboral para producir en un determinado lugar. Este factor es muy importante, ya que sin actividad laboral no hay producción en un país lo que repercute directamente en la economía.

El Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) permite la definición de diferentes tipos de usuarios conforme a su ubicación geográfica y a su función dentro del sistema de vigilancia y constituye el módulo de notificación de laboratorios del sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). A partir de la carga on-line de los casos detectados este sistema permite la vigilancia en red de cualquier evento de interés para la salud pública. El desarrollo de este módulo se enmarca en la estrategia general de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, que prioriza el fortalecimiento de la vigilancia de la salud a través del desarrollo e implementación del SNVS en todo el territorio nacional.

El sistema permite la definición de diferentes tipos de usuarios conforme a su ubicación geográfica y a su función dentro del sistema de vigilancia. La ubicación geográfica delimita el alcance sobre los distintos establecimientos que forman parte de la red, tanto de la información a ser visualizada o editada como de las acciones de monitoreo sobre los niveles inferiores. La definición geográfica del usuario está dada por: provincia, departamento, localidad y establecimiento. La función dentro del sistema de vigilancia dictaminara las acciones a realizar, por ejemplo: notificación, revisión, monitoreo, etc. La clave de acceso es personalizada y modificable solo por el usuario mismo.

Este sistema nos permite analizar que en año 2017 se notificaron 11.659 casos de tuberculosis, de los cuales el 88,5% fueron casos nuevos y el 11,5% casos antes tratados.

En Argentina se registraron 27 muertes por TBC en menores de 20 años en 2017 un fallecimiento más que en el 2016. La mayoría de las muertes por tuberculosis en menores de 20 años fue en varones y en dos defunciones, la TBC estuvo asociada a infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La OMS estima que 1 de cada 10 casos de tuberculosis en el mundo se producen en niños. Este número puede ser mayor teniendo en cuenta que la TBC en los niños a menudo no se diagnostica, debido a que sus manifestaciones son diferentes a las del adulto y su diagnóstico es más difícil.

El riesgo de infectarse y enfermar por tuberculosis es mayor en la edad pediátrica y el desarrollo de la enfermedad puede ser mucho más grave; en especial en los niños pequeños. En el mundo la OMS estima que más de 200 niños menores de 15 años mueren cada día innecesariamente por esta enfermedad prevenible y curable.

A través del SNVS (servicio de vigilancia sanitaria) en nuestro país se notifican anualmente entre 900 y 1000 casos de tuberculosis y se registran entre 5 y 10 muertes por esta causa, en menores de 15 años, una cifra similar de casos y entre 10 y 15 años muertes se registra en adolescentes de 15 años a 19 años.

Enfocados en la necesidad de poder afrontar la TBC infantil, los profesionales en el tema a nivel mundial han tratado de ampliar la red y la participación de las organizaciones internacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que tienen contacto con los niños.

En este marco, el Ministerio de Salud de la Nación de la Nación y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) firmaron convenio para poner en marcha un plan de trabajo conjunto para la tuberculosis en la población infantil adolescente, “Hacia cero muertes”, promoviendo acciones para:

Mejorar la detención de niños enfermos de TBC, fortalecer y capacitar a los profesionales de la salud ante la sospecha, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento adecuado de tuberculosis en niños, adolescentes y sus familias.

Asegurar el cumplimiento del tratamiento y de la curación de los niños enfermos, organizar el seguimiento y el apoyo de las familias para garantizar la administración correcta y continua de los medicamentos y su posterior evaluación.

Fortalecer herramientas de prevención de la tuberculosis pediátrica, asegurando la adecuada evaluación de los contactos, la quimioprofilaxis, la vacunación con BCG al nacer y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis en jóvenes y adultos, que constituyen la fuente de infección primaria para la población pediátrica.

Estas nuevas acciones generaron objetivos para su implementación en donde se proponen actividades como:

Incorporar a la TBC como tema de discusión continua en los congresos de pediatría, lo que contribuyó a mejorar el conocimiento a mejorar el conocimiento del impacto de la enfermedad en pediatría y en la adolescencia

Realizar cursos nacionales, regionales en coordinación entre la SAP, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra y los Programas jurisdiccionales de cada región y coordinando con las Universidades Nacionales para fortalecer los contenidos de la TBC en la formación de grado y posgrado de las carreras de salud

Incorporar un informe mensual sobre la situación pediátrica de la tuberculosis pediátrica y adolescente y un informe anual de la evolución del problema y los avances y logros

Investigación de los determinantes asociados a las a las muertes por TBC a partir de la revisión de las defunciones por esta causa.

La tuberculosis es un problema de salud que amerita atención por la capacidad de dañar a través de la transmisión de la enfermedad y también las muertes que produce posibles de evitar o prevenir por su sencillo diagnóstico y eficaz tratamiento. A nivel nacional existe un programa de control para la tuberculosis, basados en conocimientos actualizados con alcance a todos los habitantes sin ningún tipo de distinción.

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis:

Objetivo general

Reducir morbilidad y mortalidad por TBC

Reducir la Transición de la enfermedad

Reducir la resistencia de la bacteria de la tuberculosis a los medicamentos antituberculosos

Objetivos Estratégicos

Fortalecer la estrategia de tratamiento abreviado estrictamente supervisado en todas las jurisdicciones del país

Realizar un enfoque de trabajo centralizado en las áreas prioritarias de acuerdo a la magnitud del problema

Articular con otros programas gubernamentales para potenciar las acciones

Descentralizar las acciones de control hacia el primer nivel de atención ampliando el acceso a la población y especialmente a las más vulnerables

Metas anuales del Control de la Tuberculosis

Detectar el 90 % de Tuberculosis de todas las formas

Tratar exitosamente el 90 % de los casos detectados

Estructura y Responsabilidades: consta de cuatro niveles

1. Nivel central, es el responsable, es un programa nacional de control de tuberculosis de la Nación a veces compartida con el instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” dependiente de la administración nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbran” organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación.

Responsabilidad, realizar el diagnóstico y la operación sobre la Tuberculosis, planificar, monitorear y evaluar las actividades de control. Elaborar normas técnicas y de procedimiento para el control siempre de manera actualizada. Asegurar el abastecimiento regular de medicamento e insumos de laboratorios y registros de las actividades; coordinar con otras direcciones y programas del Ministerio de Salud De la Nación; coordinar el sistema de registro de información de los casos y difundir las recomendaciones derivadas de su análisis. Apoyar la red nacional de laboratorios de TB y articular con los laboratorios de referencia nacional, participando de la planificación de las acciones de diagnóstico bacteriológico y de control de calidad; supervisar y asesorar a los niveles provinciales en lo referente a la programación y la ejecución de las

actividades a nivel público o privado; realizar o estimular el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas y operacionales; promover, coordinar y supervisar actividades de capacitación del personal profesional técnico y auxiliar que actúa en diferentes niveles de atención en el control de TBC; conducir y desarrollar programas de información, educación y comunicación sobre TBC; divulgar a todos y todas los y las profesionales de la situación epidemiológica de TBC y convocar a las reuniones del consejo confederal de TBC.

2. Nivel Provincial: Equipo dirigido a nivel provincial

Responsabilidades son las mismas expresadas a nivel Nacional variando en la participación y la organización de la sociedad civil en el control del TBC.

3. Nivel Intermedio Existen algunas jurisdicciones intermedias entre lo nivel local y el nivel provincial como zonas, regiones o Áreas Operativas. Las responsabilidades al nivel provincial en relación a la cobertura.

4. Nivel Local: Se consideran en este nivel a Hospitales, Centros de Salud y Unidades Penitenciarias y la responsabilidad cae en sus directivos.

Responsabilidades: realizar la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios; en forma activa y permanente; efectuar o derivar muestras de esputo para examen de baciloscopia, cultivo identificación y pruebas de sensibilidad que correspondan en pacientes; ofrecer el test de VIH a todos y todas los y las pacientes de TBC realizando la consejería pre y post test; diagnosticar los casos de TBC; hacer tratamiento a todos y todas los y las pacientes diagnosticados administrando los medicamentos en forma supervisada, brindando educación sanitaria a los y las pacientes y familiares; efectuar la búsqueda y la recuperación de aquellos enfermos que no concurren a tomar la medicación; identificar precozmente la aparición de reacciones adversas a los medicamentos orientando adecuadamente los casos que presentan efectos considerados menores; derivar a los centros de referencias los casos A de difícil diagnóstico, B que presentes reacciones adversas consideradas mayores, C que presentan comorbilidades (trasplantados, inmunodeprimidos, con hepatopatías o insuficiencia renal crónica), D fracasos de tratamientos, E que presenten cualquier resistencia a fármacos.

Recibir y acompañar los casos atendidos de referencia conduciendo supervisando el tratamiento y el estudio de contacto; mantener al día el registro e información del programa y elevar la información a nivel intermedio o provincial cuando corresponda;

realizar el control de tratamiento según las normas; buscar, examinar y aplicar quimioprofilaxis cuando corresponda; dar el alta a los pacientes que hayan completado su tratamiento según normas; asegurar la capacitación del personal involucrado en el programa y por último tener la disponibilidad de medicamentos, insumos de laboratorios y registros necesarios.

En nuestro país la Tuberculosis sigue siendo un problema sanitario afecta en un gran porcentaje a la población joven y activa. El foco epidemiológico preponderante se encuentra inmerso en lo que la OMS ha dado en llamar “Tuberculosis en grandes ciudades”, que tiene como característica la urbanización acelerada, gran concentración de población pobre, barreras de acceso a los servicios de salud y fragmentación de la atención de los mismos.

A continuación nos ocuparemos del Programa de TBC en la Provincia de Buenos Aires principalmente en la ciudad de Florencio Varela. A partir de la implementación de la Organización Mundial de la Salud del Programa Grandes Ciudades.

El Programa Regional de Tuberculosis de la Organización mundial de la Salud lanzo una iniciativa de Control de Tuberculosis en grandes ciudades, con el propósito de apoyar a los países en el fortalecimiento de los programas de control y la atención de los determinantes sociales a través de la articulación con otros sectores diferentes de la salud. La misma se encuentra enmarcada en la estrategia para el fin de la Tuberculosis de la OMS.

La Tuberculosis es un grave problema de salud pública en América latina, en donde se estima aproximadamente 270.000 casos y 23.000 muertos cada año por esta enfermedad. En nuestro país, durante el año 2010 se han registrado cerca de 10.400 casos, de los cuales, 9400 han sido casos nuevos, constituyendo una tasa de 23,2 casos cada 100 mil habitantes.

Dicho programa consiste en un abordaje de control especial territorial pensado en las grandes ciudades. En la ciudad de Florencio Varela se comenzó a implementarse en función a los objetivos generales ya mencionados a nivel nacional y provincial. Pero enfocados en generar estrategias locales para el acceso a la atención integral de los y las vecinos del distrito. Para este proceso fue fundamental fortalecer los equipos de salud en el Primer Nivel de Atención, para la asistencia, el seguimiento de las personas y la capacitación continua. La construcción de saberes a partir de reconocer a un otro con

particularidades, necesidades y singularidades diferentes. Lo que genera organizar una red de comunicación para lograr un acompañamiento interdisciplinario e intersectorial.

Para este trabajo fue importante la descentralización, donde los responsables del programa generen espacios de escucha con los Equipos de Salud para generar vínculos y llevar a cabo análisis en conjunto para ver una mayor cantidad de posibilidades al momento de acompañar a las personas con Tuberculosis.

La descentralización de las acciones hacia el primer nivel de atención fue importante para un mejor acceso de la población más vulnerable del distrito. En primer lugar se realiza un acercamiento a las áreas de mayor incidencia de tuberculosis para fortalecer a los Equipos de Salud a partir del dialogo en territorio escuchando los principales obstáculos y las potencialidades de los equipos. Conocer como llevan a cabo su trabajo a partir de la detección del paciente con Tuberculosis teniendo en cuenta principalmente la realidad del barrio para poder pensar estrategias de intervención concreta y eficaz para llegar al objetivo del programa.

“La construcción de vínculos basados en el respeto el amor y el cuidado es fundamental para transformar la práctica y generar mayor eficacia en los procesos de curación así a través del vínculo construir espacios propicios de producción de sujetos autónomos tanto profesionales y pacientes es así que la idea es generar espacios interdisciplinarios en los que se puedan construir sujetos autónomos” (Programa Médicos Comunitarios).

Objetivos Generales del programa

Disminuir la morbilidad y mortalidad por Tuberculosis en Florencio Varela

Objetivos Específicos

Georreferenciación de los casos notificados; entregar fichas de notificación a todos los Centros de Salud; fortalecer las redes entre los diferentes espacios de atención; espacios de capacitación en todos los centros de Salud y en educación; identificar los posibles personas con presunción de contagio y atención y tratamiento de 200 casos ya confirmados

Los objetivos principales del programa son que el paciente acceda al centro de salud y una vez allí garantizarle la medicación y que no deje el tratamiento, eso hace que se cure sin secuelas. Es necesario acompañar al paciente, sin estigmatizarlo, sin aislarlo y acompañarlo para que termine su tratamiento.

La adherencia al tratamiento a veces es obstaculizada por las condiciones de vida cada persona. El hacinamiento, las dificultades de acceso a la atención de salud, los niveles de ingresos insuficientes para una alimentación adecuada. Las situación de empleo precario, son variables que inciden en la probabilidad de contagio.

La conquista de la tuberculosis no ha terminado, pero ahora por lo menos sabemos que sólo existen dos métodos para lograr su eliminación: Uno, que sería el ideal, consiste en mejorar las condiciones de vida de las poblaciones; pero, tenemos que reconocer que este es un proceso lento y costoso, porque el gran desafío de nuestra época, el combate de la pobreza y la búsqueda de una mayor equidad entre los hombres, ha demostrado ser bastante elusivo.

Por esto el mundo médico, aprovechando el gran legado del siglo XX, especialmente el advenimiento de una quimioterapia eficaz, ha elegido una segunda vía, más eficiente y rápida, la de intentar localizar y curar a todos los enfermos bacilíferos, con el objetivo primordial de interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.

Se entiende por comunidad a la condición de común. Propiedad (de algo) en común. Colectividad o conjunto de personas unidas por un interés o unas circunstancias comunes. Pensar que es la comunidad para los equipos de salud nos lleva a definirlo como grupo de personas ubicadas en un área, en un territorio geográfico o como grupos epidemiológicos o como unidad de intereses. Entender a la población como un bloque sobre el que hay que intervenir para aplicar programas que *“que sane y nos curen, porque tenemos que trabajar ahorita la tierra. Este es nuestro único trabajo. Si no trabajamos no nos pagan ¿ha visto?”* (N. Sulca, comunicación personal, 11 de Noviembre de 2019)

La normalización del concepto de comunidad encubre lo múltiple y diverso. Oscurece las identidades de los sujetos, desintegradas unas, otras encontrando su identidad en los espacios organizativos, buscando aferrarse a ellas por sus posibilidades de reiniciar aprendizajes trancos. Comunidades son las que nos hablan de sujetos, de personas con historias de vida atravesadas por la pobreza.

La comunidad de productores de bolivianos del Barrio la Capilla habitan el lugar desde el año 2017 *“aquí mismo me quede, tengo familia por eso me quede aquí. Tengo como cinco hijos aquí, uno solo nació aquí. Los otros en Bolivia. No quedaron hijos en Bolivia*

todos aquí (...)” (N. Sullca, comunicación personal, 11 de Noviembre de 2019) Se instalaron allí en busca de otras oportunidades. Las cuales no encontraban en su país. Se desempeñaban como mineros en la ciudad de Potosí. Se perdían dentro de las profundidades de la montaña sin tener la posibilidad de ver el día hacerse de noche “*yo trabajaba en la mina, había muchos polvos ahí. En los hospitales allá me han dicho ¿vos trabajas en una mina? Es pesado por eso te enfermas. Pero allá no hay otro trabajo para hacer. En la mina no hay aire, lo que dinamita no ve solo polvo* “ (N. Sullca, comunicación personal, 11 de Noviembre de 2019)

Allí conocieron condiciones precarias de trabajo y la Quhaqya unquy “*allá no hay tuberculosis hay Quhaqya unquay y hay muchas cosas para tomar de la planta, hay mucho natural, es parte de la tierra. Nosotros sanamos, no con pastillas sino con los yuyos, se llama animalito la planta*” (N. Sullca, comunicación personal, 11 de Noviembre de 2019)

La enfermedad comienza como un simple resfriado que a través de infusiones a base de hierbas alivian el estado y continúan su vida normal como por ejemplo el trabajo en la mina. Pero cuando el esputo va acompañado de sangre es donde las preocupaciones empiezan “*en Bolivia hace frío, no es como acá casi la mayoría están agarrando de frío allá. Si vomito sangre con la tos, el hospital voy ahí pastilla dan y vuelvo a mi casa. Me alivio pero vuelve otra vez*”. (N. Sullca, comunicación personal, 11 de Noviembre de 2019)

El estudio de caso es el de esta comunidad que está compuesta por adultos de entre 20 años y 40 años y niños/as de entre 2 años y 11 años bolivianos y argentinos. Los adultos trabajan la tierra y los niños y niñas concurren a la escuela cuando el clima acompaña.

A principio del mes de enero de 2019 se da intervención desde el Servicio Social del Hospital General de Niños Don Pedro Elizalde, a la Secretaria de Salud Del Municipio de Florencio Varela Área Programa de Tuberculosis. En donde ponen en conocimiento del ingreso de un menor de edad, con domicilio en el barrio la Capilla de Florencio Varela, por tuberculosis y solicitan a la Unidad Sanitaria un seguimiento familiar para fortalecer las pautas de cuidado con los niños del grupo familiar, así como también facilitar el catastro y tratamiento del grupo familiar. Además agregan que queda pendiente la

evaluación de familiares, que si bien no viven en la misma vivienda si en el mismo terreno.

Ante el pedido del servicio social el equipo se pone en contacto con la familia a partir de realizar una entrevista en domicilio. En esa entrevista surge que eran un total de 30 personas de las cuales 12 eran menores de edad.

La intervención debía ser rápida debido a la cantidad de convivientes. Se realiza el catastro con ayuda de la promotora de salud se recogen datos como apellido y nombre completo, edad, fecha de nacimiento, etc. Se busca la articulación con la Unidad Sanitaria del Barrio y se los cita para un control médico que arroje datos para la proporcionar medicación.

La articulación es importante para poder captar todos los posibles casos de forma programada, ordenada y sistematizada a los fines realizar un tratamiento eficaz *“Es importante poder los turnos pautados con anterioridad. La gente de la comunidad vive muy lejos de los centros de salud, caminan muchas horas para poder llegar. En donde viven no pasan los colectivos y si llueve los caminos son inaccesibles”* (J, comunicación personal, 28 de octubre de 2019). A los turnos no concurre gran parte de la familia, solo algunas madres con sus niños. Esto se debe a que gran parte de la familia está abocado o a las actividades laborales en las quintas de la zona. El calor del verano los tiene cuidando los sistemas de riego para no perder la producción que es el sustento de las familias. La falta de información resulta ser un peligro latente para sostener los tratamientos.

En entrevistas con las familias resulta ser clave el entender que les pasa. Cuando recurrieron a otros dispositivos de salud y en donde no se encontraron contenidos, comprendidos y acompañados fue en donde abandonan los tratamientos.

Las distancias juegan otro rol importante, en algunos casos deben caminar por 3hs para llegar a la unidad sanitaria, lo que imposibilita mantener un tratamiento. Además de no encontrar información clara de la dinámica de dichos espacios genera controversias para los pacientes y para los profesionales que no están capacitados como así los profesionales que integran el programa.

Entender a cada paciente con una construcción histórica, social, cultural, vinculada a la cuestión en donde viven (ambiente) y promover la participación, es parte de la capacitación que deben tener los profesionales.

La participación implica promover, que las personas se involucren en todo aquello que los afecta directa o indirectamente, cambiando la actitud pasiva y dependiente, por otra proactiva e interesada. Esta participación es fundamental para promover cambios en el modelo de atención, centrados en la persona, la familia y la comunidad.

Otra instancia interesante a desarrollar es la de la acción en el contexto de la promoción, es la creación de ambientes saludables (basura, contaminación ambiental, agua potable, etc.), son desafíos que necesitan respuestas múltiples. En referencia al caso desarrollado es fundamental articular con áreas de esas incumbencias. Debido a que el hacinamiento es otro factor que influye en el contagio de la Tuberculosis.

El ambiente merece particular atención. La inequidad que se observa al analizar la exposición de diferentes familias a los riesgos para la salud acarreados por el ambiente. Pensar la dimensión ambiental implica pensar y abordar el ambiente como en constante búsqueda de equilibrio, el desarrollo de las personas y las instituciones sociales, la búsqueda de una mejor calidad de vida y el desarrollo de las potencialidades productivas, respetando las características culturales de la comunidad son parte de este equilibrio. Comprender este entramado nos permitirá emprender acciones que sostengan el equilibrio para la salud de la población.

La democracia en la Argentina no ha podido resolver las desigualdades que reproduce el sector de la salud. Conformar equipos interdisciplinarios que brinden tratamiento, atención y contención, sería uno de los primeros caminos para lograr el acceso a la salud.

La desigualdad en la salud de los argentinos se puede ver con la distribución de las enfermedades que típicamente se ensañan con las personas en situación de pobreza, como la tuberculosis. Las condiciones de vida precarias y la crisis económica y el resurgimiento de la tuberculosis en determinados contextos urbanos caracterizados por la marginación, las necesidades básicas insatisfechas, y el hacinamiento son elementos a remarcar alrededor de la tuberculosis.

“Las condiciones económicas sociales así como las políticas de salud generaron un contexto epidemiológico para que, en el momento de inicio de la transición, las distintas regiones que integran la Argentina tuvieran condiciones de salud distintas. Eso genero un retraso que se ha podido observar en los distintos indicadores” (Carbonetti, Celton, 2007, p.381). La desigualdad social en la salud se observa en función de su clase social,

género, o etnia, lo que se traduce en un peor acceso a la salud en contextos más desfavorecidos. Estas desigualdades son evitables.

Existen dos factores determinantes de las desigualdades en salud, como el contexto socioeconómico, político y la estructura social. El contexto socioeconómico y político se refieren a los que afectan a la estructura social.

Entendemos que la estructura social determina las desigualdades en la salud. Por la influencia de factores que intervienen en los recursos materiales que son las condiciones laborales, las condiciones de trabajo, la calidad que tienen las viviendas y las condiciones ambientales.

Un menor acceso a la salud y una baja calidad de los servicios representan consecuencias en los problemas de salud y calidad de vida.

Las consecuencias de crecer y desarrollarse en entornos desfavorables aumentan las probabilidades de contraer enfermedades. Los primeros años de vida significan un periodo decisivo en la vida de las personas, en este periodo tan importante es en donde niños y niñas se constituyen como sujetos. Asegurar igualdad de condiciones desde que nacen, es una forma de bajar el impacto negativo de la pobreza sobre la salud presente y futura de la población infantil y de la sociedad en su conjunto.

El abordaje de la salud desde los derechos implica el reconocimiento de aquellos determinantes que más inciden sobre ella (la pobreza, el desarrollo temprano y el género) y transformarlos en políticas y acciones que permitan reducir las inequidades y la exclusión social (Raul, Merce).

La responsabilidad del Estado es la elaboración de políticas públicas integrales que permitan cambiar la situación de vulnerabilidad que viven estos sectores de la población.

Se requieren estrategias integrales de gobierno, mediante políticas y programas que atiendan y mejoren las condiciones estructurales que afectan a sectores importantes de la población. Garantizar el acceso a la salud y la atención no es la solución. La mirada debe ser de forma integral, ya que los factores que influyen y afectan desmedidamente a la salud si no son solucionados el problema de la salud se hace persistente y no encuentra solución alguna.

Parte de las responsabilidades del estado incluyen el de la salud, que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades. En algunos casos las políticas de salud pueden

promover o violar los derechos humanos, en la forma que se implementen y se apliquen. Adoptar medidas que respeten y protejan los derechos humanos construye la responsabilidad del sector sanitario respecto a la salud de cada una de las personas que acceden al sistema.

Según la OMS los grupos más vulnerables tienden a tener más probabilidades de no disfrutar del derecho a la salud. Plantea que existen enfermedades transmisibles más mortíferas, entre ellas se encuentra la tuberculosis que a pesar de los avances en cuanto al tratamiento y siendo esta una enfermedad curable, las condiciones alimenticias, sanitarias y habitacionales no favorecen a su tratamiento.

Un enfoque, según la OMS, basado en los derechos humanos da la posibilidad de pensar estrategias y soluciones que permitan evitar las desigualdades. Pensar las políticas públicas sanitarias en sintonía con los derechos humanos, posibilitaría mejorar progresivamente el acceso al derecho a la salud para todas las personas. Además la OMS se ha comprometido en dicho trabajo, tanto a nivel nacional como regional. Así lo observamos en el “Programa Grandes Ciudades” ya que ha tenido en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y de los derechos humanos.

“La OMS sostiene que el asesino, el verdugo más eficaz y despiadado y también la causa mayor de sufrimiento en esta tierra, es la miseria. Resulta impresionante comprobar la forma en que se agranda la brecha entre quienes disponen de un buen estado de salud y los pobres, no solo entre diferentes regiones y los países, sino también entre las poblaciones de un mismo territorio. Más aun, la lógica perversa que promueve esta espiral de exclusión se proyecta incluso al interior de las poblaciones desfavorecidas, afectando en particular a los niños, los ancianos y a millones de mujeres” (Parisi, 2003).

Conclusiones

Este trabajo nace ante la pregunta ¿Cuál es el impacto de las políticas públicas para la Tuberculosis y como son implementadas en territorio a través de un estudio de caso en Florencio Varela? La misma nos permitió hacer un recorrido y confrontarnos con el conocimiento de que la Tuberculosis es una enfermedad infecta contagiosa suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria. Se trasmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio. Pero que además está estrechamente relacionada con la pobreza y las condiciones de vida de las personas. Específicamente la pobreza estructural, establecida en un territorio específico, la cual entendemos como determinante y que al no ser resuelta de forma interdisciplinaria, es uno de los condicionantes para que la enfermedad siga vigente.

La importancia de situar problemáticas surge de la necesidad de individualizar políticas sociales con un enfoque de derechos, que resuelvan la problemática que tiene la Tuberculosis. Las intervenciones destinadas a las familias en situación de pobreza estructural e indigencia, sugieren que existen otros factores de contexto y en la medida que no se intervengan sobre esos otros factores, luego adquieren rango de factores determinantes. La accesibilidad en lo que tiene que ver con encuentros y desencuentros que lleguen las políticas a quienes lo necesitan. La infraestructura hospitalaria en algún momento de la historia en nuestro país fue focalizada, la atención solamente era en hospitales. Hasta que en el año 2014 se descentraliza a los conocidos centros de salud que se encontraban en los diferentes barrios. Para lo cual se generaron leyes como por ejemplo la Ley de Producción Pública.

Esta nueva mirada rompe con la concepción de la medicina hegemónica que por años tuvo y tiene en menor proporción nuestro sistema de salud. La integralidad es otro de los factores determinantes requiere de una organización de las respuestas sanitarias de acuerdo a las necesidades de los pacientes y de sus familias.

Seguidamente nos planteamos la importancia de la identidad que encierra un prejuicio el cual se traduce en maneras de actuar desigual de forma discriminadas. Una mirada sesgada es la que los miembros de la comunidad boliviana del Barrio La Capilla encontraban en las intervenciones en su salud. Una vez que han tenido acceso al programa de Tuberculosis de Florencio Varela, la concepción de salud cambia.

La identidad se construye con otro. Esa construcción es la que comienza Lucia a partir de sus intervenciones en donde construye lazos. Ve a la familia de Nicolás como protagonistas de su propia cura. Genera una confianza médico paciente y la efectividad del tratamiento.

También es importante valorar el lazo social dentro del territorio. Existe el lazo en la medida que haya otro en cuanto las posibilidades que se den un espacio y un tiempo.

A los factores anteriormente mencionados se le agrega el factor del hacinamiento, que es un obstáculo en el tratamiento a seguir. No entender los obstáculos que enfrentan en su recuperación y que contribuyen a que la pobreza se sostenga en el tiempo a merita la presencia de la solución a través de las políticas sociales.

La democracia Argentina no ha podido resolver las desigualdades que produce el sector de la Salud. Podemos pensar como intervención desde el trabajo social, la conformación de equipos interdisciplinarios que brinden tratamiento, atención y contención, y también desde la atención primaria de la salud la prevención y promoción de la salud en lo referente a la Tuberculosis en territorios estructuralmente empobrecidos y excluidos del sistema. La desigualdad en la salud de los argentinos se puede ver con la distribución de las enfermedades que particularmente se ensañan con la pobreza, como la Tuberculosis.

Podemos concluir que si bien existe este programa en estos tres niveles nacional, provincial y regional, nos preguntamos ¿que hace que la enfermedad siga existiendo?.

Desde el trabajo social y desde nuestros aportes metodológicos entendemos la necesidad de diagnosticar, planificar, implementar y evaluar las políticas públicas que se aplican en estos casos. Contextualizando y focalizado en Florencio Varela. Pensar en la enfermedad es situarnos en tiempo y espacio para que, por que, para quienes y como pienso y aplico.

La contextualización posibilita valorar la historicidad de cada sujeto de derecho. Planificar las intervenciones en perspectiva de derecho es una de las posibilidades que surgen al momento de responder la pregunta problema.

Al mismo tiempo el trabajo de campo posibilita el acercamiento con las personas de la comunidad. Observar el trabajo del equipo del programa nos configura de otra forma. Entender a la medicina de forma comunitaria es también necesario para el trabajo en territorio.

El trabajo en conjunto y el reconocimiento de la comunidad en el rol de cada integrante. El repensarse en el lugar de poseedor de derechos a “curarse” también es parte de la práctica en territorio.

Consideramos que la articulación es fundamental, se ve insuficiente en cuanto a políticas nacionales y locales y serian de gran aporte para la intervención integral de cada una de las familias de la comunidad.

La interacción y el dialogo con el territorio posibilitaron entender a la comunidad en su contexto. Poder pensar en erradicar la Tuberculosis, fue también en contextualizar la intervención en forma integral. El escenario en el cual podríamos intervenir en lo social está atravesado por su historia por subjetividades y objetividades diferentes miradas dentro de la profesión de cada actor que interviene. Poder trabajar otra mirada de intervenir trabajar proyectos y la legislación local, sería pertinente para alcanzar de forma exitosa para el tratamiento de la Tuberculosis.

Impulsar los recursos es un trabajo artesanal que se vio en todos los encuentros que hemos mantenido. Atravesar esta situación es parte de entender las políticas públicas actuales, las cuales no contemplan al paciente como sujeto de derecho. Es por ello que podemos pensar que la implementación de una legislación en cuanto a política sanitaria local podría ser una forma de prever los recursos que hoy son escasos, ya que son obtenidos a nivel provincial y no a nivel nacional. Si bien el trabajo artesanal en el último tiempo es la forma de trabajar en territorio los profesionales se han vistos afectados como así también las personas. Entendemos que legislar y gestionar políticas sanitarias, es parte del trabajo social realizar este trabajo con el compromiso de los equipos de salud locales, acompañando el crecimiento de una comunidad, más sana en donde hay sujetos con identidad, activos y organizados es parte de la responsabilidad que asumimos al momento de conocer las realidades en territorio.

BIBLIOGRAFIA

Armus, Diego, (2017) *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1879-1950”*. Buenos Aires. Editorial Edhasa

Carballera, Alfredo (2014) *“La accesibilidad y las políticas de salud”*. Revista Sociedad. www.edumargen.org/docs/curso58-1/uni01/apunte02_1.pdf

Carbonetti, Adrián; Celton, Dora (2007) La transición epidemiológica. In: Torrado, S. (Comp.) *“Población y bienestar en Argentina del primer al segundo centenari: una historia social del siglo XX”*. Buenos Aires. Editorial Edhasa

CIPPA, Centro de Investigaciones sobre Pobreza y Políticas Sociales en la Argentina (1991). *“El país de los excluidos. Crecimiento y heterogeneidad de la pobreza en el conurbano bonaerense”*. Buenos Aires: CIPPA

Clemente, Adriana (2014) *“La pobreza como categoría de análisis e intervención”*. En Adriana Clemente (coord.), *Territorios Urbanos y Pobreza Persistente*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

González, Horacio (1997) *“El sujeto de la pobreza: un problema de teoría social”*. En Alberto Minuji, *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad Argentina*. Buenos Aires: UNICEF/Losada.

Herrero, M; Carbonetti, A (2012) *“La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX”*.

<http://www.anlis.gov.ar/inst/archivos7Normas2008Tuberculosis.pdf>

<https://www.indec.gob.ar/2001>

<https://www.indec.gob.ar/2010>

<https://www.msal.gob.ar>

https://paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11434:control-de-tuberculosis-en-grandes-ciudades&Itemid=41635&lang=es

<https://www.who.int/dg/20080915/es/OMS/Regreso>

Instituto Nacional de enfermedades respiratorias “Dr. Emilio Coni”. Normas Técnicas del Programa de Control de Tuberculosis. Edición 2008. Santa Fe, Argentina. Disponible en

Laurell,A.,Herrera Ronquillo,J. (2010) “*La segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios*”. Salud Colectiva Vol 6 N°10

Rovere M, (2004) “*La salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema Injusto*”. Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur mayo 2004 disponible en <https://elagoraaociacionescivil.files.wor-dpress.com/2013/09/la-salud-en-la-argentina-alianzas-y-conflictos-en-la-construccic3b3n-de-un-sistema-injusto.pdf>

Rovere M, (2006) “*El sistema de Salud de la Argentina como campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades*”. Revista Debate Público. Reflexiones de Trabajo social

Zeballos, J. (2003) “*Argentina: efectos socio sanitarios de la crisis 2001-2003*”. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6247/2003-ARG-efectos-sociosanitarios-crisis.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. Normas técnicas del Programa Nacional de Control de la tuberculosis. Buenos Aires: instituto Nacional de enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. 2006.

