

# PÁGINA ABIERTA

Espacio destinado a la producción de conocimiento, reflexiones y debates vinculados a nuestro ejercicio profesional

---

***Implementación de un proyecto local de abordaje integral de la tuberculosis en un hospital general de agudos de la CABA en el marco de la pandemia de COVID-19***

*Por Adriana Koufios, Adriana Marcuzzo, Silvina Hering, Rocío Barrios y Andrés Pereira – Febrero de 2022*

## **Introducción:**

En la actualidad la Tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema de salud que impacta en millones de personas que enferman y mueren por esta causa, tendencia que se ha agravado con el impacto de la pandemia de COVID-19. A pesar de la existencia de tratamiento efectivo y de la curación como una posibilidad concreta, la TBC se presenta como un fuerte desafío para los sistemas de salud ya que históricamente afecta a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad y con mayores dificultades económicas. Las características asociadas estadísticamente a la población afectada por la TBC y de más difícil abordaje, en líneas generales, se vinculan con los bajos recursos económicos, las minorías étnicas, la condición de migrante, la situación de encierro y hacinamiento, la co-infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el consumo problemático de sustancias entre otras.

En el año 2020, en el contexto de la pandemia de COVID-19 y de las medidas de aislamiento y distanciamiento social (ASPO/DISPO), la detección de casos de TBC en el Hospital General de Agudos en el cual desempeñamos la labor profesional presentó un descenso a tendencias previas con un total de 98 casos de TBC. Años anteriores, la tendencia en la detección de casos era incremental con pacientes de TBC residentes del AMBA, llegando a ser de 140 casos de TBC anuales en el año 2019. Dicho año se situó como el tercer efector de salud de la CABA con mayor magnitud de casos detectados, luego del Hospital Muñiz y el Instituto Vaccarezza. A su vez, quienes se desempeñaban en los consultorios externos para el seguimiento de pacientes ambulatorios con TBC identificaron grandes dificultades para el sostenimiento de la adherencia a los controles de salud y el tratamiento antifímico. En este marco, surgió la propuesta de abordaje integral e interdisciplinario de la TBC a nivel institucional. Esta modalidad de atención-cuidado es una estrategia promovida en la región para favorecer su acceso a los controles de salud y adherencia a los tratamientos.



Dado lo señalado, desde el Efecto de Salud, intervino un equipo interdisciplinario conformado por referentes de distintas disciplinas de salud tales como infectólogos/as, neumólogos/as, epidemiólogos/as y trabajadores/as sociales. Fue desarrollada desde marzo de 2021 hasta la actualidad. En esta dirección se implementó un registro común de pacientes. Asimismo, se realizó un relevamiento y mapeo de recursos e instituciones para el trabajo con esta población a nivel AMBA articulando con referentes sanitarios y redes de profesionales para el abordaje territorial. Se promovieron intervenciones de abordaje grupal e individual en el acompañamiento de personas afectadas por la TBC, planificando intervenciones tanto individuales como grupales. Finalmente, se identificaron las redes de cuidado del entorno significativo de las personas afectadas por la TBC ampliando el objeto de intervención a sus familias y/o personas convivientes.

En relación al proyecto local, a continuación, se refieren los objetivos elaborados por el equipo interviniente para monitorear las acciones desde los ejes transversales propuestos:

#### OBJETIVOS GENERAL:

Promover la adhesión y accesibilidad al tratamiento a lxs pacientes con diagnóstico de TBC desde un abordaje integral por parte del equipo interdisciplinario de salud

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Realizar actividades programadas e implementar medidas para atención, notificación de pacientes con TB

Llevar un registro de pacientes para monitorear el abordaje integral de lxs mismos

Conocer los recursos institucionales, redes de apoyo y sostén para orientar a lxs pacientes para el acceso de lxs mismos



Promover actividades preventivas y de educación para la salud en forma individual y grupal para la población afectada por TBC

Incentivar la adhesión al tratamiento, examen periódico de salud a los pacientes y grupo vincular incluidos/as en el proyecto local

Este trabajo tiene por objeto sistematizar la experiencia desde la perspectiva del equipo de salud involucrado, con el objetivo de reconocer las dinámicas y aprendizajes generados en los/las integrantes del equipo a partir de la reconstrucción del abordaje de casos seleccionados. Dichos casos fueron seleccionados entre todos los casos abordados por el equipo ya que a partir de él/la se reconoció la posibilidad de construir conocimiento desde la práctica, validarlo y verificarlo, así como aportar nuevas propuestas, en las cuales se pueda mejorar la práctica.

### **Metodología:**

Para la sistematización de la experiencia de implementación de un proyecto de abordaje integral de la TBC en un Hospital General de Agudos de la CABA se tomó como concepto de sistematización la propuesta por Jara O. (1994) quien la define como la interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo.

El diseño metodológico con enfoque cualitativo tomó elementos de la propuesta de Jara, la cual se adaptó y concretó en las siguientes etapas:

- 1) Se conformó un equipo responsable de sistematizar la experiencia y se planteó la pregunta acerca de qué aprendizajes puede reconocerse desde cada disciplina integrante del equipo que abordó al caso.
- 2) En la etapa de reconstrucción de la experiencia, se elaboró un relato sobre el proceso de atención-cuidado del caso elegido.
- 3) En la etapa de reflexión crítica, se consultó a las personas del equipo acerca de lo significativo del caso para cada participante: sentimientos, aprendizajes, dificultades, propuestas. Tanto la reconstrucción de la experiencia, como la reflexión crítica se construyeron a partir de la información obtenida desde el relato de quienes participaron en el



abordaje del caso, cuya información fue grabada en audio y posteriormente transcrita; luego se procedió a la lectura detallada, la codificación y la posterior categorización, para lo cual se agruparon los códigos, se identificaron aspectos significativos y se establecieron relaciones entre códigos para la construcción de categorías analíticas. Respecto a las consideraciones éticas, el equipo de trabajo compartió la decisión de ser a la vez participante y sistematizador del proceso.

### **Resultados:**

Se presenta la reconstrucción de casos que aluden a los principales resultados del dispositivo en materia de adherencia al tratamiento y accesibilidad a los servicios de salud.

Caso 1: Paciente de 33 años, estudios secundarios completos, desocupado, convive hace 12 años con su pareja, reside en el Gran Buenos Aires. Respecto a su grupo familiar de origen tiene hermanos y madre que también viven en el Gran Buenos Aires. En relación a su historia de vida presenta antecedente de violencia familiar, depresión, hermanos con adicciones y antecedente delictivos. Diagnóstico de VIH + TBC. A partir de la escucha activa en el espacio de abordaje interdisciplinario se pudo articular entre servicios para acompañar el tratamiento desde un enfoque terapéutico desde salud mental. A partir del acompañamiento al paciente se pudo facilitar la inquietud por continuar con su formación educativa y profesional. Ante los resultados alcanzados reflejados en la mejora de la calidad de vida del paciente, la pareja (caso 2) de esta persona decide acercarse para iniciar tratamiento antirretroviral.

Caso 2: Paciente de 29 años con diagnóstico de VIH de larga data, sin tratamiento. Pareja estable (caso 1), convivencia hace 12 años. Trabajo formal en el rubro gastronómico, único sostén económico del grupo familiar conviviente. Alquila vivienda en el Gran Buenos Aires. Por iniciativa propia, ante los progresos de su pareja decide iniciar tratamiento recientemente en el servicio de infectología.



Caso 3: Paciente de 50 años, soltero, sin pareja ni hijos, sin escolaridad (analfabeto). Diagnóstico de TB y VIH, dificultades en la respuesta a medicamentos. Trabaja por cuenta propia en forma temporaria, con dificultad para incorporarse a una ocupación laboral formal por sus diagnósticos y la toma de diversos medicamentos. Cuenta con red vincular de apoyo, la hermana le cede un espacio en el terreno para establecer su domicilio fijo. Vive en el Gran Buenos Aires en zona de tipo marginal y semi rural. Se deriva a instituciones para gestionar trámites como DNI, alimentos, pensión y otros que posibiliten mejorar su salud y contención frente a la situación de vulnerabilidad. El paciente a pesar de su zona de residencia, dificultades económicas, limitado entendimiento respecto a cuestiones de índole médicas, con el acompañamiento periódico del equipo interdisciplinario sostiene el tratamiento. También a esto se suma las derivaciones y orientaciones realizadas por los profesionales para el acceso a programas que constituyen así sistemas de apoyo y cuidados (municipales, provinciales y nacionales).

### **Discusión:**

A partir de la reconstrucción de estos casos es posible reflexionar acerca de la accesibilidad y adherencia como ejes troncales del proceso de atención-cuidado estrechamente ligados entre sí. La accesibilidad no solo remite la llegada del paciente al efector de salud, a sostener un tratamiento, a dificultades o barreras, también refiere a cuestiones administrativas, geográficas, económicas, culturales, sociales y pone de relieve la importancia del paciente como sujeto de derecho. En este contexto, las acciones del equipo interviniente deben anclar en un abordaje desde la garantía de protección y recuperación de derechos por parte del Estado, un Estado fragmentado y con pérdida de centralidad. Por ello es importante pensar la atención desde una visión integral, desde el concepto de salud integral y así generar una estrategia de intervención conjunta desde la tríada: paciente - equipo de salud - hospital que impacte en la vida cotidiana y facilite entonces la adherencia al tratamiento médico.



En los Equipos Interdisciplinarios de Salud, las competencias del “curar” se deben integrar gradualmente al “cuidado”, superando los estancos de los roles profesionales estáticos, pasando –cada vez más- el cuidado a ser el elemento conductor de todo el quehacer del equipo, conjuntando aspectos psíquicos, físicos y sociales, en todo el ciclo vital de las personas, así como distintos profesionales pueden compartir responsabilidades en el diagnóstico, la terapéutica y en la prescripción en casos específicos y de acuerdo a guías y protocolos concordados. Los papeles de cada miembro del equipo tienden por tanto a ser más flexibles con mayores capacidades para la cooperación y para mantener un balance de experticia y mirada sistémica e integrativa en los cuidados de personas y comunidades usuarias.

### **Bibliografía:**

1. World Health Organization. (Abril de 2021) *Impact of the COVID-10 pandemic on TB detection and mortality in 2020*.  
[:https://www.who.int/publications/m/item/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020](https://www.who.int/publications/m/item/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020)
2. Stop TB partnership. *The impact of COVID-19 on the TB epidemic: A community perspective. Results of a global civil society and TB affected community led survey*.  
<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Civil%20Society%20Report%20on%20TB%20and%20COVID.pdf>
3. Herrero M.B, Greco A., Ramos S., Arrossi S. (2011) [citado 8 de julio de 2021] Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/>
4. Organización Panamericana de la Salud. (abril de 2017) [citado 8 de julio de 2021]; *Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas*.  
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988>



5. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico Semanal N° 205, Año V [citado 22 de julio de 2021]. [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_215\\_se\\_38\\_vf.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_215_se_38_vf.pdf)
6. Barnechea M, González S, Morgan M. (1999); La producción de conocimientos en sistematización. *La Piragua. Rev Latinoam Educ Polit.* 16:33-43
7. Jara O. (1994) Para sistematizar experiencias. 3 ed. San José: Alforja; 22, 91-121.
8. Organización Panamericana de la Salud. (2017) *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina* / Osvaldo Artaza Barrios; coordinación general de Osvaldo Artaza Barrios. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, (archivo pdf) ) [http://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34027/9789507101281\\_sp.pdf](http://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34027/9789507101281_sp.pdf)
9. Carballada A., Barberena M., – Diloretto M., (2019) La accesibilidad a las políticas públicas como campo de disputa. Ed. Espacio - 63 A 75

