

El proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis: aportes desde el trabajo social

The process of adherence to treatment by tuberculosis: contributions from social work

Valeria R. Vera

Fecha de presentación: 22/04/19

Fecha de aceptación: 19/06/19

Resumen

El artículo es producto del trabajo realizado en la Comisión Sanitaria de Control de Tuberculosis de la Provincia de Córdoba, República Argentina. Su objetivo es problematizar el concepto de adherencia al tratamiento para superar la mirada positivista, identificar determinantes sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención que influyen durante el tratamiento y describir los aportes del Trabajo Social en este proceso. Se considera que un tratamiento integral debe incorporar intervenciones que mitiguen los determinantes que obstaculizan la culminación del tratamiento o que impidan ver las verdaderas causas de los fracasos. En Córdoba, la Ley 9185/04 brinda apoyo económico como parte de un tratamiento integral de salud; a partir de ella se diseñan estrategias con el fin de favorecer la adherencia de pacientes que ven obstaculizado su acceso al sistema de salud. A través del análisis cualitativo de las entrevistas de admisión al Programa del año 2017, obtenidas en los centros hospitalarios y de atención primaria de capital e interior de Córdoba, se concluye que la adherencia es más que el cumplimiento de la indicación, implica un proceso por el que sujetos conscientes de su situación de salud, se

Abstract

The article is the product of the work carried out in the Sanitary Commission of Tuberculosis Control of the Province of Córdoba, Republic of Argentina. Its objective is to problematize the concept of adherence to treatment in order to overcome the positivist view, to identify social determinants that intervene in the health-disease-attention process that influence during treatment and to describe the contributions of Social Work in this process. It is considered that an integral treatment must incorporate interventions that mitigate the determinants that hinder the culmination of the treatment or that prevent seeing the real causes of the failures. In Córdoba, Law 9185/04 provides economic support as part of comprehensive health treatment; strategies are designed to promote adherence of patients whose access to the health system is hindered.

Through the qualitative analysis of the interviews of admission to the 2017 Program, obtained in the hospitals and primary care centers of the capital and interior of Córdoba, it is concluded that adherence is more than compliance with the indication, it implies a process by which subjects aware of their health situation, empower themselves of their right to access to it and make use of it, through the use of devices provided for that purpose, from their own particularities. In the process of adherence

270

empoderan de su derecho al acceso a la misma y lo hacen valer, a través del uso de los dispositivos dispuestos para tal fin, desde sus propias particularidades. En el proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis, resulta relevante destacar la relación paciente – equipo de salud, la cual será determinante en la culminación del mismo. Para el análisis de los datos se utilizó la información que proviene de las entrevistas de admisión al Programa. En el año 2017 ingresaron 84 solicitudes de transferencias formales y de esas entrevistas semi estructuradas se realizó el análisis cualitativo. A lo largo del ensayo el término “paciente” es utilizado como sinónimo de las personas bajo tratamiento, usuarias/os de los servicios o ciudadanas/os.

Palabras clave

Tuberculosis, trabajo social, adherencia, accesibilidad, pobreza.

to treatment for tuberculosis, it is important to highlight the patient-health team relationship, which will be decisive in the culmination of the treatment.

For the analysis of the data we used the information that comes from the interviews of admission to the Program. In 2017, 84 formal transfer requests were received, and qualitative analysis was carried out from these semi-structured interviews.

Throughout the trial, the term "patient" is used as a synonym for people under treatment, service users, or citizens.

Keywords

Tuberculosis, social work, adherence, accessibility, poverty.

Definición y primeros casos de tuberculosis

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

“la Tuberculosis 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. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses” (2018. S/P).

Al analizar la historia sanitaria de Argentina, se pone en evidencia que la tuberculosis es una enfermedad que epidemiológicamente ha estado presente de forma ininterrumpida. Según Carbonetti (2008), a comienzos del siglo pasado se constituyó en primera causa de muerte. A partir de 1930 la provincia de Córdoba se convirtió en el punto de referencia más importante del interior de la Argentina para el tratamiento de la enfermedad, ya que convergían la mayoría de las/os pacientes del país debido a que sus condiciones climáticas favorecían la recuperación de las personas afectadas. El aire de las sierras, el clima cálido y la posibilidad de aislamiento le significó que esta provincia fuera la elegida para la realización del tratamiento. “Solo existían

terapias que estaban basadas en la dieta y el descanso en regiones de clima seco, especialmente para la tuberculosis pulmonar o laríngea que eran las más comunes” (Carbonetti, 2008:2).

Desde el Estado provincial se intervino de diferentes maneras a lo largo de la historia, con el fin de hacer frente a la enfermedad. A comienzos de la década del 30, con fondos económicos estatales se construyeron los primeros nosocomios destinados a albergar a las personas afectadas, con el fin de “alejarlas” de las personas sanas. De este modo se crearon en la capital cordobesa los hospitales Nuestra Señora de la Misericordia y Tránsito Cáceres de Allende y en el interior el Hospital Santa María de Punilla. Estas instituciones fueron coordinadas por la Sociedad de Beneficencia de aquellos momentos, que tuvo como misión la recuperación de la persona enferma y el alejamiento de los centros urbanos para cortar con la cadena de transmisión. Así, se observaron los primeros casos a nivel provincial y se recibieron pacientes del resto del país. Hasta ese momento, la persona enferma no era partícipe activa de su tratamiento, siendo depositaria de todo tipo de indicaciones bajo el amparo del modelo médico hegemónico imperante en el momento. Este modelo es definido por Menéndez (1990) como

“...el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (P.83)

A partir de la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en 1943 durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo, el hospital se convirtió en el eje de atención. La política del momento pretendió una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público. En este período se ubica el nacimiento de las obras sociales vinculadas al mundo laboral, estrechamente relacionado con el llamado Estado Benefactor. Las décadas del 50 y 60 significaron avances en cuanto a los tratamientos por tuberculosis, ya que la aparición de dos drogas que aún forman parte del esquema (isoniacida y rifampicina) contribuyó a que los tiempos terapéuticos se acortaran y a que descendiera paulatinamente el número de casos.

En 1974, con la asunción de Cámpora a la presidencia, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, que le asignaba al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el Derecho a la Salud a través de un sistema único e igualitario.

A partir de los años 80, con la irrupción del V.I.H la tuberculosis se asoció a grupos de riesgo (fumadores, personas con diabetes, desnutrición, consumo de sustancias y demás patologías que hicieran peligrar el sistema inmunológico).

En la década del 90 se agudizó la descentralización del sistema de salud, proceso que se inició con el golpe militar de 1976. La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo neoliberal que privilegia al mercado, considerando a la persona como un recurso económico generador de capital. En el caso de pacientes en tratamiento por tuberculosis, su capacidad de producción se ve afectada, como mínimo, durante seis meses.

Como modo de compensar la falta de generación de capital en el mercado, en el año 2004 se promulgó la Ley provincial 9185, a través de la cual Córdoba propicia el cumplimiento del tratamiento de las personas que presentan tuberculosis en su forma pulmonar, mediante la creación de una política pública que intenta disminuir las desigualdades sociales. Cuestión sobre la que volveremos más adelante.

Breve recorte sobre la historia sanitaria en Argentina

En Argentina, durante la década del 60 entró en vigencia el modelo desarrollista, en el marco de la Alianza para el Progreso., que consistió en el aporte económico, por parte de Estados Unidos, hacia los países de Latinoamérica, canalizado a través de la Fundación Panamericana de Desarrollo. Como consecuencia de la implementación de este modelo se produjo una fuerte tendencia a la politización observada en diversos campos profesionales, también en el Trabajo Social. Dentro este último, el desarrollismo impulsó una mayor atención al contexto. Por otra parte, los nuevos escenarios generaron nuevos y diferentes espacios para la intervención profesional, como por ejemplo el surgimiento de los asentamientos y las villas de emergencia. Los debates dentro de la profesión en tiempos desarrollistas, derivaron en el movimiento de la Reconceptualización.

*“La Reconceptualización, por tener características de movimiento, contenía a distintas vertientes que iban desde un marcado cientificismo hasta la transformación rotunda del eje de las prácticas. Pero, más allá de las diferentes corrientes que la Reconceptualización tuvo, el atravesamiento fundamental del movimiento, fué la generación de nuevas prácticas y metodologías de intervención, que buscaban en general lograr un proceso de **concientización** en los grupos y comunidades donde se intervenía” (Carballeda, 1995:2).*

La politización implicó incorporar una visión crítica en general dentro de las intervenciones y específicamente acerca de los condicionantes estructurales del proceso salud-enfermedad, surgiendo la noción de *proceso* para aproximarse a la problemática de la salud.

“Básicamente la salud y la enfermedad pueden ser entendidas como un proceso histórico y social, esencialmente dinámico, donde, en el caso de nuestro país, las Políticas Sociales comienzan a ocupar nuevos espacios, ligados y aprendiendo en algunos casos de luchas colectivas, diferentes expresiones de movimientos sociales y formas de resistencia. Si se acepta que el lugar de construcción del proceso salud-enfermedad es la vida cotidiana condicionada por componentes del contexto, es posible pensar que desde allí se le asignan diferentes sentidos a éste y es en ese lugar donde se expresan las implicancias, tal vez más relevantes, de la intervención en lo social a partir de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro. (Carballeda 2012:3)

En este contexto se propicia el trabajo comunitario, constituyéndose para el Trabajo Social en un nuevo ámbito dentro del campo de intervención profesional; involucrándose a diversas instituciones territoriales para el abordaje de los casos.

Más tarde, la aplicación del recetario neoliberal iniciado en 1976, y su profundización durante la década del noventa, implicó una retracción del Estado.

“Además de la disminución al mínimo del gasto social en materia de salud, el desplazamiento del Estado de la actividad económica y social, trae consigo la privatización de activos nacionales y la conversión de derechos sociales en servicios mercantiles, como el de la salud” (Bagur 2018:2).

Este recetario se materializa en el aumento del desempleo y la precarización laboral –trabajo informal, contratos esporádicos, sistemas de becas, entre otros—. La pobreza agudizada en los estratos sociales más bajos coincidió con la proliferación de enfermedades contagiosas como la tuberculosis, aumentándose los casos de una patología que, para muchos, se encontraba erradicada. Una pobreza que viene acompañada de bajos ingresos, mal nutrición, condiciones habitacionales inadecuadas, etc.

Actualmente, la tuberculosis es una enfermedad re-emergente con números alarmantes. Las cifras indican que a nivel nacional se diagnostican alrededor de 10.000 casos nuevos de tuberculosis al año; y en la provincia de Córdoba el Sistema Nacional de Vigilancia denuncia entre 350 y 380 nuevos casos por año, cifras que no incorporan recaídas, es decir, la reaparición de la enfermedad en una persona que ya ha culminado el tratamiento. (SNVS, 2018)

La situación se agudiza si existe mayor inequidad social y exclusión, que son causantes de pobreza y de mayor vulnerabilidad social. Es importante destacar que la persona expuesta al bacilo o infectada no siempre enferma. En el desarrollo o no de la enfermedad influyen los determinantes sociales en salud, entendidos como las condiciones que se dan en el medio donde vive y se desarrolla la persona. Este aspecto resulta fundamental para el trabajo social, ya en tanto es allí que se expresa la singularidad y la particularidad de cada persona, a partir de las cuales se diversifican las estrategias de intervención.

Aún cuando se disponga de una adecuada red de diagnóstico de la enfermedad, de tratamiento y de seguimiento de los casos, existen otros factores que determinan la ocurrencia de la enfermedad como las condiciones ambientales, sociales, sanitarias e individuales que son factores predisponentes de la tuberculosis. El hacinamiento, las condiciones no adecuadas de las viviendas, el bajo nivel de escolaridad, la falta de acceso a los servicios de salud, la malnutrición, –entre otras– favorecen la aparición y el desarrollo de la enfermedad.

El campo de intervención profesional

Los últimos treinta años se caracterizan por la implementación de modelos socio-políticos diferentes –neoliberal y de desarrollo industrial– que inciden decididamente en la configuración

de los espacios de intervención profesional. *“Las problemáticas sociales complejas surgen entre las necesidades y los derechos, entre las expectativas sociales y un conjunto de dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación”* (Carballeda, 2008:2).

La intervención implica procesos que construyen y reconstruyen representaciones de *ese otro* con quien se interviene. Es un lugar de construcción de creencias, hábitos y modalidades de hacer; es un lugar de certezas, pero a la vez de mucha incertidumbre por parte del Trabajo Social y sobre el actuar profesional, ya que juegan no sólo diferentes actores, sino las representaciones sociales de cada una/o, en nuestro caso, en cuanto a la salud y a la enfermedad. En el actuar se involucra un compromiso ético, ya que se interviene no sólo sobre los problemas sociales que se manifiestan, sino, además, sobre los padecimientos que los generan.

Estas problemáticas sociales complejas presentan permanentemente nuevos escenarios y con ellos nuevos desafíos, poniendo en cuestión nuestra forma de intervenir. Mutan, se modifican, no son estáticas sino que se transforman al ritmo de los procesos sociales, desde lo macro a lo micro, de lo general a lo particular de cada sujeto. Son transversales, se entrecruzan, se encuentran atravesadas por las diversas realidades a las que las personas se enfrentan día a día buscando soluciones. Frente a ello, es función del Trabajo Social crear dispositivos y estrategias para empoderar a las/os sujetos en el ejercicio de su ciudadanía. De ahí que *“Debatir en torno a la intervención del Trabajo Social implica considerar permanentemente las condiciones en que nuestra práctica social específica desarrolla su quehacer, y argumentar por lo tanto en torno a las complejas relaciones Estado-sociedad que le dan marco”* (Aquín, 2013:65).

En todas las esferas de su intervención, el Trabajo Social requiere capturar las relaciones intrínsecas de las/os sujetos y sus colectivos de pertenencia, con el Estado a través de sus instituciones. En este intervenir se da una continua negociación; se negocia al interior del propio equipo introduciendo nuevas miradas generando en algunos casos hostilidades y tensiones; pero también logrando alianzas y consensos; se negocia con las/os sujetos para lograr acuerdos, y finalmente se revisan los propios esquemas de interpretación y de acción.

Punto de partida...

El Programa Provincial de Control de Tuberculosis depende de la Secretaría de Prevención y Promoción de la salud del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Contaba en sus comienzos con un equipo interdisciplinario formado por médicos, trabajadora social, enfermera y bioquímica. En la actualidad el equipo está integrado solamente por dos médicos. Al no contar con personal de nuestra disciplina, las tres profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en la Comisión Sanitaria Provincial de Control de la Tuberculosis (en adelante la Comisión), rotan una vez por semana por el Programa.

El objetivo de la Comisión es el seguimiento de aquellos pacientes bajo Programa que cuentan con diagnóstico y fueron notificadas/os, ya que la tuberculosis es una enfermedad de denuncia

obligatoria, lo que significa que las/os efectores de salud deben informar los casos al Área de Epidemiología de la Provincia y al Programa Nacional de Tuberculosis.

La Comisión Sanitaria se constituye como requisito de la Ley Provincial 9185 aprobada en el año 2004, la que contempla el otorgamiento de una transferencia formal durante el tiempo que dure el tratamiento. En el art 1° se refiere a: *“la protección socioeconómica del paciente afectado de tuberculosis en sus formas pulmonar baciloscopia positiva, la continuidad de su tratamiento y cualquier otro tipo de riesgo proveniente de dicha enfermedad”* (p.1) y en el art. 2° aclara que esta protección consiste en:

“proveer asistencia económica a todo aquel paciente detectado e incorporado al Programa Provincial de Control de la Tuberculosis en la provincia de Córdoba, en forma de subsidio en dinero, durante el periodo de su imposibilidad laboral o de la duración de su tratamiento certificado por autoridad sanitaria del Programa Provincial de Control de la Tuberculosis Pulmonar, siempre que no esté protegido por ningún sistema de seguridad social, de acuerdo al sector en que desempeñaba sus tareas”.

La transferencia formal está pensada para personas que no cuentan con obra social y consiste en un aporte económico mensual con duración de entre 6 y 12 meses. La duración de la asignación depende de que el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva esté o no asociado a otra patología –como por ejemplo diabetes o HIV– que pudieran incidir en el sistema inmunológico y demandar por tanto un período más largo de tratamiento. En términos monetarios la transferencia está fijada en el sueldo básico de un empleado de la Administración Pública Provincial correspondiente al Escalafón General. El requisito para acceder a tal beneficio es que la persona realice el Tratamiento Directamente Observado (T.D.O); esta estrategia fue declarada por la OMS en 1993 como la más eficaz para la lucha contra la tuberculosis. La persona en tratamiento debe presentar mensualmente en el Área de Tesorería del Ministerio de Salud la copia de la Planilla de Tratamiento realizado.

El T.D.O implica la asistencia diaria a un centro de Salud para la toma supervisada de la medicación. Es desde este momento que el Trabajo Social adquiere relevancia.

Para que la persona llegue al centro de salud más cercano a su domicilio, es necesario que la institución que diagnosticó la enfermedad realice la Derivación, la cual puede hacerse también a un dispensario municipal. La Municipalidad de Córdoba también cuenta con un programa de tuberculosis, que articula con el programa provincial. Sus recursos humanos son escasos, y por lo tanto su atención es irregular. De los 100 Dispensarios municipales, solo 14 cuentan con profesionales de Trabajo Social, por lo que los aspectos sociales que atraviesan a la persona a partir de su diagnóstico suelen quedar sin abordaje.

Características de la población bajo Programa

Según datos estadísticos que registran el ingreso anual de pacientes, se observa que la población es en su mayoría pobre e indigente; con predominio del sexo masculino, la edad se ubica entre los 21 y 55 años, es decir, se trata de población económicamente activa. (Informe del Programa Provincial de Control de Tuberculosis, 2017). Este último dato es relevante por cuanto asistir diariamente a un centro asistencial durante un largo periodo implica dejar de cumplir con tareas remuneradas en el mercado informal de trabajo, que son, en la mayoría de los casos, únicos ingresos de grupos familiares numerosos.

Aportes del Trabajo Social

Trabajo Social aporta su mirada a partir de adentrarse en aquellos sentires, saberes, creencias, costumbres, hábitos, etc. presentes en las personas que recibieron el diagnóstico de tuberculosis y que deben realizar un largo tratamiento, sometiéndose a la rigurosidad de un sistema público que en ocasiones resulta expulsivo.

Domínguez (2012) señala:

“Recibir un diagnóstico de tuberculosis genera un impacto en las personas que se relaciona no solo al temor a la muerte por lo que ha significado la enfermedad en nuestro país, sino además al posible contagio del entorno cercano. El sentimiento de estar padeciendo una enfermedad que se vincula con situaciones de descuido de la salud lleva a las personas a sentir culpa y vergüenza” (p.1).

En el proceso de tratamiento, trabajo social deberá analizar los determinantes sociales que incidieron en la presentación de la enfermedad, para así aportar en la adherencia al tratamiento. Para definir *Adherencia* en tuberculosis, propongo separar ese concepto de lo estrictamente médico, para es decir, a seguir la indicación dada por la/el profesional, que se relaciona más con el cumplimiento terapéutico. En relación a esto la OMS adopta la definición de adherencia terapéutica como: *“El grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS 2004)*

Por su parte, Betancourt y Pedraza (2009) sostienen que

“El tema de la adherencia a los tratamientos tiene tres momentos cruciales. En primer lugar, lograr que las personas acudan a los servicios de atención, con lo cual se logra el contacto entre terapeuta y consultante. En segundo lugar, el reto es mantenerlo comprometido con el proceso, esto se denomina reto, en tanto esta tarea exige acciones dirigidas no sólo a los comportamientos de los consultantes, sino también de los profesionales y las instituciones. En

tercer lugar, conseguir cambios en el estilo de vida perdurables una vez terminado el proceso de intervención, es decir una vez enganchado y comprometido voluntariamente” (p.85).

Así, la concepción de adherencia que propongo se acercaría a las interpretaciones que se pueden obtener analizando las representaciones sociales que giran hoy sobre una enfermedad que es sumamente estigmatizante, la cual se consideraba erradicada y que continúa estando cargada de significaciones sociales negativas, relacionadas a descuido, pobreza, marginación; conceptos que discriminan y avergüenzan a quienes portan la patología. Analizando las entrevistas, las preguntas abiertas cualitativas permiten observar la sensación de discriminación que se refleja en las resistencias que manifiestan las personas que se encuentran bajo tratamiento al momento de asistir a los Centros de Salud.

En el caso de la intervención desde el espacio territorial, las habilidades de la profesión pueden desplegarse generando las relaciones interinstitucionales que favorezcan la comprensión de la multiplicidad de factores que intervienen en la adherencia al tratamiento, entendida como el proceso por el que sujetos, conscientes de su situación de salud, se empoderan de los derechos que les son propios y los hacen valer a través del uso de los dispositivos dispuestos para tal fin, desde sus particularidades; reclamando al Estado la garantía de los derechos.

Es frecuente la culpabilización de la persona enferma por no poder sostener de la manera *indicada* el tratamiento asignado, haciéndola única responsable de las inconstancias, recaídas, contagios, de los escasos avances en el proceso de curación y hasta del abandono.

Frente a la situación de culpabilización, resulta necesario analizar las complejidades que atraviesan las/os pacientes para sostener el tratamiento, señalando las variables que inciden en su continuidad o abandono.

En cuanto a los determinantes de la salud, las condiciones habitacionales se manifiestan de manera notoria en la condición de salud de estas personas; se trata, en su mayoría, de viviendas inadecuadas, con presencia de hacinamiento, falta de servicios básicos como red de agua, energía eléctrica, materiales de construcción de tipo no durables como chapas, maderas, etc. A ello se agrega la gran distancia que media entre la vivienda y los centros de salud que afecta a los sectores más vulnerables.

El tema de la adherencia al tratamiento es una preocupación que se presenta de manera continua. Desde el área social de la Comisión estudiamos la influencia de la transferencia formal que la Ley Provincial prevé para las personas que realicen T.D.O, con el fin de analizar la adherencia de aquellas personas que habían accedido al beneficio durante el periodo 2015-2016. Encontramos que de 385 personas bajo programa, 101 accedieron a la transferencia formal y de ellas el 93% culminó el tratamiento, concluyendo que *“el proceso de construcción de adherencia al tratamiento se ve obstaculizado por las condiciones de vida del sujeto. Por esto resulta imprescindible que la accesibilidad al sistema de salud sea garantizada”* (Conforto, Ortega, Vera y Zapata, 2017. Inédito)

Al hablar de accesibilidad al sistema de salud, nos referimos no sólo a las condiciones del propio sistema, sino a aquellas que favorecen el sentimiento de pertenencia de la/el sujeto con su

comunidad. Generar un clima amigable, de empatía, eliminando los análisis condenatorios en relación a la enfermedad y a los estilos de vida de las/os, es fundamental para establecer un vínculo que favorezca el cumplimiento del tratamiento.

Comes et al (2007) definen a la accesibilidad como

“la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer...El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso” (p.202).

En cuanto a la relación paciente-equipo de salud, la confidencialidad del diagnóstico es un derecho al que la ciudadanía debe acceder, no solo para preservar la propia intimidad, sino para evitar la estigmatización de la persona enferma.

Siguiendo a Pautassi (2007)

“siempre que se hace referencia al denominado “enfoque de derechos” aplicado a las estrategias de desarrollo, se considera el amplio conjunto de principios, reglas y estándares que integran los derechos humanos fundamentales, y que son pasibles de ser aplicados para fijar pautas y criterios para el diseño e implementación de estrategias de desarrollo sustentable y con mayor interés aún, en materia de políticas sociales” (P.2).

Desde esta perspectiva, el derecho a la salud

“se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud” (Ase y Buriyovich, 2009:29).

Por tanto, los derechos inaccesibles son incompletos, de tal modo que si se obstaculiza el acceso a la salud, si se interponen impedimentos para alcanzar la prestación de los servicios sin pensar en el diseño de estrategias que incluyan a los sectores más desfavorecidos y vulnerables, ampliando aún más la brecha existente; si no se consideran las/os sujetas/os de modo integral: ¿De qué derechos estamos hablando?, ¿de qué garantías?, ¿de qué tipo de acceso a la salud?

El Trabajo Social analiza las condiciones familiares, habitacionales, geográficas, de género, culturales, de escolaridad y de representaciones respecto a la salud, ya que éstas juegan un papel relevante en el modo de actuar y de adherir o no al tratamiento. Ello es tan importante como el acompañamiento de las personas en el proceso de tratamiento, disminuyendo los obstáculos que impiden la culminación del mismo. De este modo, la mediación que realizamos como profesionales en este proceso nos ubica del lado de la comprensión, apoyando nuestra intervención en los pilares de los derechos, apostando a la promoción y no al control social; rompiendo con ciertas prácticas instituidas y propiciando la construcción de ciudadanía, en especial en su dimensión social. Desde esta perspectiva resulta importante favorecer en la población el conocimiento de los derechos que el Estado debe garantizar y hacer de lo público y estatal, un espacio donde se garantice la accesibilidad.

En cuanto al tratamiento por tuberculosis, la primera estrategia de intervención desde el Trabajo Social es la entrevista individual que se realiza para la incorporación al Programa, y a partir de la cual la persona es derivada al centro de salud donde se realizará el seguimiento. En este primer acercamiento se indaga sobre aspectos materiales y simbólicos de la vida cotidiana, concepciones respecto a la salud, a la enfermedad y a la mirada de las/os otras/os. Desde ahí se partirá para diseñar la estrategia más adecuada en cada caso, ya que la tuberculosis muchas veces se encuentra asociada a otras patologías, como es el caso de los consumos problemáticos de sustancias y demás situaciones que suelen afectar al entorno de la/el sujeto, despojándolo de las redes de contención social, lo cual incide negativamente en el desarrollo del tratamiento.

En la entrevista no solo se analizan las condiciones estructurales que favorecieron la irrupción de la enfermedad y los estilos de vida, sino también las que se relacionan a las representaciones. Al respecto es posible observar cómo el temor a contagiar y a la discriminación, sumado al padecimiento por el que atraviesa, genera angustia en la persona, además de la preocupación que le ocasiona saber que no podrá asistir a su lugar de trabajo por un periodo prolongado, con las consecuencias económicas que ello supone. Es aquí donde el beneficio de la transferencia formal, al ofrecer un aporte económico mensual, brinda la posibilidad de realizar el tratamiento. Propongo a continuación algunos aportes que puede realizar el Trabajo Social en el proceso de adherencia:

- Contribuir a flexibilizar el tratamiento: poder acordar entre pacientes y personal de equipos de salud días y horarios en los que a la/el paciente le resulte posible asistir y garantizar la presencia del personal de salud para la supervisión de la toma de medicación.
- Reflexionar sobre los cambios de hábitos: contar con un ingreso estable, a través de la transferencia formal, durante el periodo que dure el tratamiento, permite no solo satisfacer las necesidades materiales del grupo familiar, sino, además mejorar las condiciones de vida: alimentación nutricional acorde, mejoras habitacionales, etc.

- Brindar información a las instituciones presentes en la comunidad sobre las formas de contagio, reflexionar de forma conjunta sobre las posibles estrategias de prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables.
- Incentivar espacios de capacitación de los equipos de salud, de modo de actualizar la información y las estrategias de recaptación de pacientes.
- Propiciar en los equipos de salud la idea de que las protocolizaciones en los tratamientos de tuberculosis no son posibles; debido a que las personas con quienes se intervienen no son incondicionalidades, sino que , tienen deseos, percepciones, conocimientos y objetivos que pueden o no coincidir con los que trasunta el plan elaborado.

En la puesta en tensión de los preconceptos, en el análisis de la trama en la que se desarrolla la vida de la/el sujeto que padece la enfermedad, en la lucha por garantizar el derecho al acceso a la salud, se inscribe el objeto de nuestra intervención profesional, aportando la mirada integral y abriendo el interrogante a ¿Cuánto más hay por hacer?

Conclusiones

A partir de la reflexión sobre el trabajo realizado en el acompañamiento de las personas que realizan tratamiento por tuberculosis, y analizando teóricamente las intervenciones que se realizan como modo de disminuir las dificultades en el acceso a la salud, hemos propuesto un concepto de adherencia que incluya aquellas variables presentes en la construcción del proceso. De ahí que, más que el cumplimiento de la indicación, implica un proceso por el cual sujetos conscientes de su situación de salud, se empoderan de su derecho al acceso a la misma y lo hacen valer a través del uso de los mecanismos dispuestos para tal fin, desde sus propias particularidades.

Dado que resulta de suma importancia considerar el impacto del diagnóstico en la persona enferma además de las condiciones materiales que favorecieron la aparición de la enfermedad, tanto como las representaciones de salud y de enfermedad, es posible que se pueda desarrollar no sólo una definición del concepto de adherencia distante del modelo médico hegemónico, sino además la descripción de los aportes del trabajo social en ese proceso. Desde el Trabajo Social como profesión tenemos mucho para decir de la historicidad atravesada por una multiplicidad de variables que coloca a las personas en determinada situación en el aquí y ahora, y que esa situación se modifica constantemente.

En la relación paciente –equipo de salud se vislumbra la posibilidad de éxito de un tratamiento. El éxito no depende exclusivamente del cumplimiento de la indicación médica, ya que el tratamiento debe ser consensuado partiendo siempre del respeto por las particularidades de las personas en tratamiento y de sus circunstancias.

Que cada caso nos sorprenda, ponga en tensión nuestros supuestos y saberes, que, podamos volver sobre lo andado, reflexionar, rediseñar y volver a apostar hacia la búsqueda de la garantía de los derechos; es el desafío al que invita este ensayo.

Bibliografía

Aquín, Nora (2013): Intervención social, distribución y reconocimiento en el postneoliberalismo. *Revista Debate Público*. Reflexiones de trabajo social. Año 3 N° 5. P.65-75. UBA. Bs. As, Argentina.

Ase, Iván. Burijovich, Jacinta. (2009): La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*. P.27-47. Universidad Nacional de Lanus. Bs. As, Argentina

Bagur, Lourdes (2018): La retracción de la inversión estatal en salud pública y el impuesto reproductivo doméstico. Seminario. Globalización y género: dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina. PRIGEPP. P.2

Betancourt, Lucy. Pedraza, Raúl (2009): Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e institucional de la UCPR*. N° 85 P. 61-74

Carballeda, Alfredo (2012): La Intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas *Revista Margen* N° 65. P 1-13 Bs. As, Argentina.

-----**(2008):** "La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social" *Revista Margen* N° 48 P. 1-9. Bs. As, Argentina.

-----**(1995):** "La Reconceptualización Hoy" Catedra de Trabajo Social I. Universidad Nacional de La Plata. *Revista Margen* N° 16 P 1-9. Bs. As, Argentina

Carbonetti, Adrián (2008): Un plan para combatir la tuberculosis en Córdoba en la década del 30. *Salud Colectiva*. Bs As, Argentina.

Conforto, Mariana. Ortega, Ivana. Vera, Valeria. Zapata, Laura (2017): Transferencia formal como herramienta para favorecer la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Congreso de Enfermedades Endemoepidémicas. Hospital Muñiz, Bs. As. Inédito.

Comes, Yamila. Solitario, Romina. Garbus, Pamela. Mauro, Mirta. Czerniecki, Silvina. Vázquez, Andrea. Sotelo, Romelia. Stolkiner, Alicia (2007): El concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones. Vol. XIV. P. 201-209. Universidad de Buenos Aires. Bs. As, Argentina.

Domínguez, Cecilia (2012): "Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis". *Revista Margen* N° 67. P.1-12 Bs As, Argentina.

Menéndez, Eduardo (1990): Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza editorial mexicana, México.

Pautassi, Laura (2010): El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión. Taller de expertos "Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensión. Recuperado de

<https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/pautassi.pdf> Fecha de consulta: 12-07-18

Documentos consultados

Ley Provincial 9185 Información Legislativa (info leg) Legislación Provincial. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina. Sancionada: 29-09-2004 Recuperada en <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/a4426e9d4192f399032572340065821e> Fecha de consulta: 13-09-18.

OMS (2018) Definición de Tuberculosis. Recuperada en Tuberculosis. <http://www.who.int/features/qa/08/es/> Fecha de consulta: 15-08-18

----- (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperado en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf> Fecha de consulta 12-07-19

SNVS Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (2018) <http://www.snvs.msal.gov.ar/> Fecha de consulta: 10-05-18

Informe anual del Programa de Control de Tuberculosis de la Provincia de Córdoba (2017)
Inédito

Transferencia Formal como herramienta para favorecer la adherencia al tratamiento de tuberculosis (2017) Inédito

Cita recomendada

Valeria R. Vera (2019): «El proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis: aportes desde el trabajo social» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 270-284 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26142>. ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre la autora

Valeria R. Vera

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Salud (CPSS). Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. División Servicio Social Central. Comisión Provincial de Control de la Tuberculosis. Correo electrónico: valeriaverasalud@gmail.com

