

La otra cara del Estado: desigualdades frente al derecho

The other side of the State: Inequalities Regarding the Right

Lucía Lerda y Valeria R. Vera

Fecha de presentación: 28/04/22

Fecha de aceptación: 07/09/22

Resumen

En el presente artículo nos proponemos presentar algunas ideas y reflexiones producidas luego del análisis del último año de trabajo en el espacio profesional del ámbito público de la ciudad de Córdoba, Argentina.

La intervención desde la Comisión Sanitaria y el Programa Provincial de Control de la Tuberculosis en este tiempo de pandemia permitió comprender que palabras como aislamiento, cuarentena, distanciamiento impactan de manera desigual en las poblaciones que integran la provincia de Córdoba, porque también fue desigual el tránsito durante este tiempo para quienes se encuentran excluidxs, fuera del sistema y en desventajas frente a otrxs, en cuestión de recursos y accesibilidad. Por lo tanto, el proceso dinámico al que nos referimos cuando hablamos de salud, se vio teñido de particularidades que nos llevan a pensar qué Estado y sobre todo qué tipo de políticas públicas son necesarias durante y después de la pandemia.

En este entramado, el Trabajo Social interpreta y acompaña los procesos de salud; a la vez que propone estrategias de intervención que acerquen el goce de los derechos a lxs ciudadanxs. En tal sentido, el poder pensar en recrear la intervención y los modos de abordaje, constituye el desafío que nos planteamos para este espacio de reflexión.

Abstract

In this article we intend to present some ideas and reflections produced after the analysis of the last year of work in the professional space of the public sphere of the City of Córdoba, Argentina.

The intervention from the Sanitary Commission and the Provincial Tuberculosis Control Program in this time of Pandemic, allowed us to understand that words such as Isolation, Quarantine, Distancing have an unequal impact on the populations that make up the province of Córdoba, because the transit during this time for those who are excluded, outside the system and disadvantaged compared to others, in terms of resources and accessibility. Therefore, the dynamic process to which we refer when we speak of health was tinged with particularities that lead us to think about what State and, above all, what kind of public policies are necessary during and after the Pandemic.

In this framework, Social Work interprets and accompanies health processes; while proposing intervention strategies that bring the enjoyment of rights closer to citizens. In this sense, being able to think about recreating the intervention and the ways of approaching it, constitutes the challenge that we set ourselves for this space of reflection.

Palabras clave

Tuberculosis, desigualdad, pandemia, Estado, políticas públicas.

Keywords

Tuberculosis, inequality, pandemic, State, public politics.

Introducción

A modo de introducción creemos necesario situar en primera instancia el contexto sanitario, sociopolítico y económico que atraviesa nuestro país y en particular la provincia de Córdoba; que se encuentra transitando la Pandemia por covid-19 desde comienzos del año 2020.

En segundo lugar mencionar que nuestro espacio de intervención se enmarca en la Comisión Sanitaria dependiente del Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba; la cual es creada por la Ley 9185 en el año 2004 y conformada por la Jefa de Epidemiología, la médica especialista en Infectología a cargo del Programa Provincial de Control de la Tuberculosis y la Lic. en Trabajo Social representante del Servicio Social Central. El Programa Provincial de Control de la Tuberculosis se encarga, entre otras tareas, de administrar la medicación para toda la provincia, realizar el seguimiento de los tratamientos y llevar adelante la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, que es de notificación obligatoria. Por su parte, la ley que da origen a la Comisión Sanitaria, tiene por objeto una política pública de transferencia formal monetaria, para aquellas personas que transitan el tratamiento, realizando el mismo de manera acompañada por equipos de salud, mientras se encuentren en este transcurso, cómo una herramienta que disminuya los gastos que implica dicho proceso.

Con la incorporación de una profesional de nuestra disciplina al programa en el año 2018 y a los fines prácticos de funcionamiento, de manera informal construimos un espacio o área social dentro de la misma Comisión Sanitaria en la que además participan colegas de hospitales de capital de dependencia provincial y municipal. En este espacio se propone el análisis de casos o situaciones complejas, la elaboración de estrategias de intervención en relación a favorecer el proceso de adherencia al tratamiento, el seguimiento de casos, la articulación con diferentes áreas, la actualización permanente de información, la elaboración de estadística, la construcción de protocolos, etc.

Nos posicionamos desde una perspectiva de derecho, a partir de la cual nos resulta posible observar durante los años 2020 y 2021 un incremento en la exclusión, desigualdad y fragmentación social, signado por situaciones de emergencia sanitaria que han generado un impacto directo, sobre todo en el incremento de casos de tuberculosis (tbc).

Durante este periodo, las personas llegaron más tarde al sistema de salud debido al contexto de pandemia que dispuso a nivel nacional el decreto de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio¹, (ASPO) lo cual implicó la restricción de circulación y por lo tanto, la llegada en peores condiciones,

¹ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

particularmente de aquellas personas diagnosticadas con tuberculosis y con comorbilidad. Es importante destacar que la mayoría de los hospitales públicos centraron su atención en casos de covid, suspendiendo los turnos programados de los consultorios externos, lo que dificultó no solo la atención de estxs pacientes sino además, poder realizar la derivación y el seguimiento en tiempo oportuno.

Luego, con el anuncio del Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO), se flexibilizaron algunas medidas y comenzó a retomarse la atención en los diferentes servicios de salud, aunque en algunos sectores se demoró el regreso a los turnos programados y la atención a demanda, por la falta de personal, que en la mayoría de los casos se encontraba cubriendo las guardias covid y los puestos de testeos y vacunación distribuidos, en esta capital, en todos los sectores de mayor aglomeración.

A los fines de garantizar, no solo el cumplimiento de los tratamientos supervisados, sino además la accesibilidad al derecho a la transferencia formal que prevé la Ley 9185 y que desarrollaremos más adelante, desde la Comisión Sanitaria debimos proponer diferentes alternativas a los equipos de salud que quedaron en la "trinchera"; ya que en algunos casos la atención no era diaria o se realizaba con horarios acotados, lo que significó que debieron modificarse los acuerdos establecidos. A esta situación debemos agregarle el hecho de que las transferencias formales que se cobraban a través de cheques requerían de turnos previos en el banco, que se gestionaban *on line*, turnos a los que gran parte de las personas no les resultaba posible acceder. Es decir, todos los días se nos presentaba un nuevo desafío.

Lo que implica el adentro y el afuera

Tanto la salud como la enfermedad, según afirma Breilh (1991), no son procesos que ocurren en un solo individuo, sino que "se gestan en la dimensión social de la vida cotidiana y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad, fundamentalmente en aquellos correspondientes a patrones de trabajo y consumo de distintos grupos" (p. 203), sus prácticas y cultura; y si bien estos patrones se expresan en los cuerpos y las mentes individuales, es importante destacar que tienen su explicación en el movimiento colectivo de la reproducción social. De ahí que resulta posible observar cómo se vieron agravadas situaciones de pobreza en una amplia parte de la población destinataria de la política pública con la que cuenta el programa; debido a la imposibilidad de desarrollar actividades en el mercado informal de trabajo, a causa de las restricciones para movilizarse y de la marcada caída del empleo.

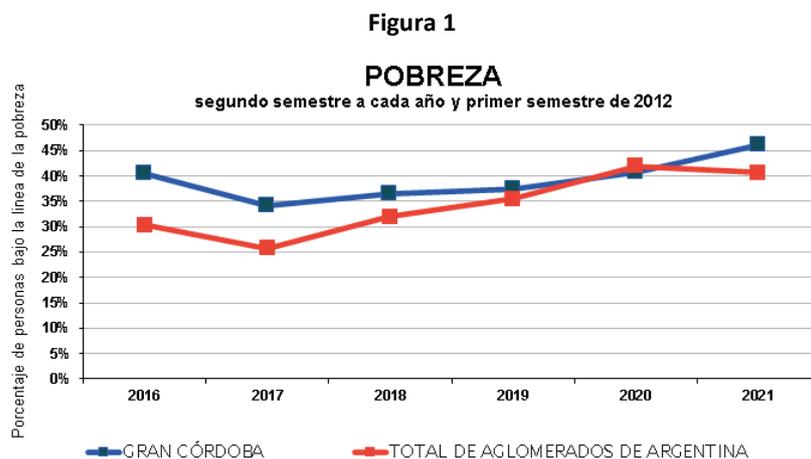
Respecto a esto, es interesante el planteo que realiza Cano (2020) en relación a lo que significó en los comienzos de la pandemia el "quedáte en casa":

La vida de algunos sectores se desarrolla fuera de la casa. Porque habitar algunas casas es un tema complicado, no solo porque no se cuenta con las comodidades básicas, sino también porque se convive en situaciones truculentas. Entonces, mejor salir a la calle. Mejor estar afuera. En la vereda, en la canchita, en la esquina. Y además, lo íntimo, lo doméstico, el lugar de la intimidad, de lo propio, es un lugar público, es algo que conoce la escuela, conoce el centro de salud, y las instituciones con las que cuenta el barrio. ¿Cómo hacer que el "quedáte en tu casa" surta efecto en estos sectores? (s/p)

Porque además en el transcurso de este tipo de tratamientos, hay preguntas que no se formulan, ¿cómo cumple el aislamiento una persona que debe salir de su casa para garantizar el ingreso que no llega de ninguna otra manera? ¿Qué sucede si la persona está en situación de calle? ¿Dónde realiza el aislamiento la persona en tratamiento por tuberculosis que deambula en busca de respuestas que el Estado intenta dar a los fines de *cuidar* y *preservar* a través del distanciamiento? ¿A qué estrategias echamos mano lxs trabajadorxs sociales en momentos donde la teoría hace agua? Podrían seguir los interrogantes. Y es que casi como un pase de magia, entramos a darle vuelta a la realidad para hacer de lo materialmente posible algo más que la única propuesta y ahí surgen las redes, otra vez, esa marca tan registrada en nosotrxs, capaz de sostener espacios, procesos, en fin, la vida cotidiana.

Hablemos de algunos determinantes

Los factores determinantes de la salud son múltiples, diversos y se van entretejiendo con el contexto donde se desarrolla la persona. En esto, no podemos dejar de mirar uno de ellos, el económico, en el que es preciso destacar que la provincia de Córdoba viene mostrando, desde hace varios años, un aumento en los índices de pobreza que se vieron fuertemente afectados en los dos años de pandemia, donde las condiciones de vida de la población desmejoraron notablemente. Según el informe de la Organización del Trabajo, Economía y Sociedad (OTES), nuestra provincia viene teniendo un índice superior al promedio nacional y lo mismo ocurre con la cantidad de personas bajo la línea de pobreza. En el siguiente cuadro es posible observar el aumento de la pobreza sobre todo en el Gran Córdoba.



Fuente: OTES Córdoba

Por otra parte, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), esta situación afecta en gran medida a lxs niñxs y adolescentes, donde “se destaca que más de la mitad (54,3%) de las personas de 0 a 14 años son pobres.”²

Por último encontramos que, según datos del Observatorio de Políticas Sociales,³ (OPS) no solamente se encuentra una amplia desigualdad en términos de cobertura de salud, sino que la percepción en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención se diferencian también según las condiciones socioeconómicas:

Aproximadamente 6 de cada 10 personas en situación de pobreza (en Argentina) no tienen ningún tipo de cobertura médica. Las personas en situación de pobreza pasan más tiempo sin controles preventivos y tienen una autopercepción de su salud peor que las personas de altos ingresos. (OPS, 2021,s/p.)

Con este contexto, observamos la profundización de casos de tuberculosis y la demora en el diagnóstico, lo que deviene en formas graves de la enfermedad que generan un gran deterioro en la salud de las personas; por lo que se emitió, desde el Programa Provincial, en mayo de 2021, una alerta sanitaria por la situación⁴. Frente a esto, visualizamos la necesidad de construir herramientas preventivas y de acompañamientos más integrales que permitan sostener los tratamientos, a la vez que mejorar la calidad de vida de la persona y su unidad doméstica, ya que es un factor clave para la cura.

En el Informe Mundial sobre Tuberculosis 2021⁵, la Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja sobre los costos económicos que implica transitar el tratamiento completo. En estos datos encontramos que:

(.....) el 47% de los hogares afectados por la enfermedad incurren en costes catastróficos. Los planes de acción y las medidas multisectoriales para actuar sobre los determinantes sociales de la tuberculosis (infección por VIH, abuso de alcohol, desnutrición y otros) y una inversión suficiente, incluyendo la investigación, acelerarán el progreso hacia la erradicación de esta patología. (2021, s/p)

A su vez, estos gastos pueden llegar a representar hasta el 20% de ingresos anuales de las unidades domésticas, lo cual aumenta aún más el grado de vulnerabilidad de las personas que transitan el diagnóstico de tuberculosis.

Córdoba, en concordancia con el art. 59 de la Constitución Provincial⁶, garantiza el acceso a los servicios de salud gratuito y de diferentes niveles de atención; no obstante ello, para las personas en tratamiento

² https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_21324DD61468.pdf

³ https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/OPS_Documento-Final-Proyecto-2021.pdf

⁴ https://www.cadena3.com/noticia/sociedad/aumentaron-los-casos-de-tuberculosis-en-cordoba_291834

⁵ <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-10-14/las-muertes-por-tuberculosis-aumentan-por-primera-vez-en-mas-de-una-decada-por-efecto-de-la-covid-19.html>

⁶ <https://argentina.justia.com/provinciales/cordoba/constitucion-de-cordoba/primera-parte/titulo-segundo/capitulo-primero/>

se presentan obstáculos, como ser el costo de la movilización a los fines de asistir a los controles, la organización familiar para las tareas de cuidado y la imposibilidad de realizar tareas remuneradas que aporten a la economía cotidiana, por la situación de salud y sus secuelas. Dentro de los servicios de salud que garantiza la provincia, se encuentra la entrega de medicación tuberculostática que proviene del Programa Nacional de Tuberculosis, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y que consta de dos etapas: la primera fase (intensiva) que corresponde a los dos primeros meses de tratamiento y la segunda fase (de mantenimiento) a los restantes cuatro meses de tratamiento, completando así los seis meses de tratamiento indicado para las formas de tuberculosis pulmonar y extendiéndose tres meses más para las formas extra pulmonares, es decir, los casos que no contagian o, en su defecto, los casos con comorbilidades que afectan el sistema inmunológico como diabetes, VIH, lupus, etc.⁷

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2020 destaca como datos importantes referentes a tuberculosis:

- El covid-19 ha revertido los avances alcanzados en la última década en la lucha contra la TB. Debido a esta pandemia se ha afectado seriamente el acceso a los servicios esenciales de prevención y atención de la TB en el 2020.
- La estrategia fin de la TB tiene como propósito terminar con la epidemia de tuberculosis en el mundo y está vinculada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), bajo tres indicadores de alto nivel: reducir el número de muertes por tuberculosis en un 95%, reducir los nuevos casos en un 90% entre 2015 y 2035, y garantizar que ninguna familia enfrente costos catastróficos debidos a la tuberculosis". (s/p)

Retomando uno de estos propósitos, es posible agregar que la política pública que se implementa en esta provincia tiene entre sus objetivos, brindar apoyo económico a las personas que transitan la enfermedad a los fines de hacer menos costoso el gasto que implica adherir a un tratamiento tan prolongado que, a diferencia de otros, se basa en la asistencia a un centro de salud a realizar la toma diaria.

La política pública

La confluencia entre conocer el diagnóstico, la pérdida de fuentes laborales por el deterioro de la salud o la baja del sistema inmune que genera la activación de la enfermedad producto de condiciones paupérrimas de vida, hacen un círculo complejo de desandar si no se cuenta con políticas públicas integrales que puedan abordar las diferentes aristas. Retomando lo que planteamos en la introducción, la ley provincial 9185 ,sancionada en el año 2004 constituye una herramienta importante en el marco de la estrategia, que debe ser considerada y trabajada en conjunto con los equipos locales de salud, las

⁷ Ministerio de Salud (2013) Normas Técnicas del Programa Nacional de Tuberculosis, pág 48.

organizaciones o espacios de referencia, la unidad conviviente y la persona como primera protagonista en su proceso de salud-enfermedad-atención.

La legislación a la que hacemos referencia en el punto anterior contempla un apoyo económico destinado a personas bajo tratamiento en el Programa Provincial de Control de Tuberculosis:

Esta transferencia formal consiste en el aporte económico de manera mensual con una duración de entre 6 y 12 meses. La indicación de duración depende de que si el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva está asociado a otra patología como diabetes, HIV, etc., que pudieran incidir en el sistema inmunológico demandando tratamiento por más tiempo (generalmente 3 meses más) la medicación tuberculostática. Esta política busca cortar con la cadena de transmisión y está enfocada en personas sin empleo formal (porque en caso de tenerlo, contarían con el derecho a la carpeta médica por enfermedad y el ingreso económico no se vería afectado de este modo) a los fines de que puedan realizar el tratamiento durante el período que se requiera, según la indicación médica. (Vera, 2019, p. 276)

Este recurso es la única transferencia formal otorgada por el Ministerio de Salud, que permite, en ciertos casos, poder “sostener” el tratamiento prolongado que implica esta infección y que en su transitar se encuentra con innumerables situaciones que ponen de relieve la particularidad que se gesta en cada proceso de salud. A la vez que se presenta como una respuesta acotada por parte del Estado, al exigir como contraparte la realización de un tratamiento demostrable a los fines de que el derecho se efectivice. Es decir, que la persona diagnosticada de tuberculosis que accede a la transferencia formal por parte del Estado provincial, debe realizar de manera continua el Tratamiento Directamente Observado (TDO)⁸, estrategia indicada por la OMS como modo de curar la infección, por ser la más eficaz. Se espera que el 85% de las personas que cumplan el tratamiento lleguen a la cura. Esta estrategia implica que un personal de salud supervise la toma para garantizar el cumplimiento, lo cual significa la asistencia diaria a un centro de salud.

Sin embargo, desde este espacio social que construimos de manera permanente, esta estrategia ha sido puesta en tensión; ya que proponemos que las organizaciones territoriales de referencia y otras instituciones cercanas al cotidiano de la persona y su familia, puedan contar con un papel protagónico frente al tratamiento. Si partimos de que el proceso de salud-enfermedad-atención en el contexto de un tratamiento prolongado y más aun transitando una pandemia, repercute en la dinámica de la vida, no se puede pensar separado de ella; y, las diferentes problemáticas que la atraviesan hacen un tejido complejo donde la estrategia de salud se conforma como un hilo más que debe ser artesanalmente hilado entre lxs actorxs involucradxs. Cuestiones como hacinamiento, pobreza estructural, consumo

⁸ “El tratamiento directamente observado es la forma más eficiente de garantizar un tratamiento adecuado. Es una estrategia en donde otra persona observa y supervisa la toma de la medicación y de esta manera, a través del contacto cercano puede identificar rápidamente suspensiones, efectos adversos y la necesidad de soporte social adicional”. (Guía rápida para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TBC en el primer nivel de atención, Ministerio de Salud, 2018)

problemático de sustancias, violencia de género, múltiples tareas de cuidado, entre otras y las instituciones y espacios que hacen al mundo de significado -como escuelas, copas de leche y comedores, organizaciones de base o religiosas, etc.- hacen que en el armado de la estrategia de salud, se deba mirar conectando estas aristas, para abrir el juego, alentando la participación activa de otrxs actorxs en los procesos que enfrentan las personas, sobre todo a nivel local.

Pero para construir una estrategia más colectiva y comunitaria, hay que reconocer y abordar los prejuicios en torno a la enfermedad, que continúan sosteniéndose debido a la falta de información sobre el tema. La connotación negativa de la tuberculosis se encuentra instalada en el imaginario social que entiende que se trata de una enfermedad ya erradicada, sin posibilidades de cura y que además produce la muerte. En relación a esta enfermedad reemergente, Spinelli (2010) afirma que:

En la Argentina de este nuevo siglo podemos encontrar las "viejas enfermedades" con renovada vigencia. (...) La tuberculosis está en todo el país, y deja todos los años un promedio de 11.000 nuevos enfermos y de 800 a 900 muertes. (p. 278)

En cuestiones de números, aún más de diez años después de esta afirmación, continúa repitiéndose la situación que se describe, como si no se observaran avances al respecto. Es que al hablar de tuberculosis, una enfermedad tan social como particular, comienzan a jugar otros elementos más allá de lo tradicional; de la típica indicación médica hegemónica y de la paciente obediencia, es aquí donde surgen las verdaderas identidades, más allá de lo común que hace a lo colectivo; lo particularísimo que hace a lo individual. Las realidades que una y otra vez se entrelazan, anudan y desatan para volver a entretejerse en el marco de un sistema que integra atención y vulneración de derechos al mismo tiempo; que intenta con estrategias, por momentos acertadas, llegar a cubrir esos espacios huecos por donde la exclusión se filtró para dañar hondo en las accesibilidades, en los sentimientos de pertenencia, ya no tan solo de los espacios de atención de salud públicos; sino, fundamentalmente de aquellos derechos a los que se accede solamente con el mero hecho de ser.

El accionar del Estado a través de los programas que brindan acceso a la medicación gratuita y el seguimiento de los casos, amortiza en parte el impacto que la marginación, la precariedad, la inestabilidad, la escasa educación, tienen en las personas que llegan con el diagnóstico de tuberculosis, sumado a la carga emocional y social que esto implica. En este sentido, desde el Programa Provincial y la Comisión Sanitaria, se viene realizando desde hace unos años un trabajo en paralelo tanto para el interior de los equipos de salud (de dependencia municipal y provincial) como para el público en general, a través de la visibilización de la temática, mediante jornadas de capacitaciones y eventos en la vía pública.

Esta herramienta, junto a otras, busca poner en cuestión la realidad de la ciudad de Córdoba y de la provincia a los fines de elaborar estrategias que garanticen el cumplimiento de los tratamientos de la manera más saludable posible; es decir; sin que sean el mandato social ni mucho menos el control, los protagonistas de este proceso. De este modo, también se propuso una adecuación del requisito para el cobro de la transferencia formal durante el periodo en que los centros de salud funcionaban con días y

horarios acotados. Presentamos al área de Tesorería un listado de pacientes que realizaban el tratamiento a los fines de que pudieran acceder al derecho sin presentar la copia de la planilla de TDO firmada en original, como se solicitaba antes de la pandemia. Esta iniciativa permitió que se agilizaran los pagos y a la vez, que se mantuvieran vinculaciones estrechas entre el primer nivel de atención y el nivel central desde donde se coordina el programa. Así se logró instalar que la información sobre los tratamientos esté permanentemente actualizada.

Propuestas para pensar(nos)

Luego del análisis de los datos que realizamos, es interesante pensar la intervención desde una mirada más amplia, apuntando a dos espacios posibles. Por un lado, a la problematización de las políticas públicas, sugiriendo de este modo introducir una modificación a la ley provincial que apunte a la universalidad de la política, es decir, la posibilidad de que accedan a este derecho aquellas personas que por su diagnóstico deban realizar tratamiento. Lo que proponemos es que la idea central de la transferencia formal no sea solo cortar con la cadena de transmisión, sino que además tenga como finalidad acompañar el proceso de salud - enfermedad- atención, brindando un apoyo económico que permita, solo en parte y por un período acotado de tiempo, amortizar el impacto en la vida de las personas.

De este modo, se estarían incluyendo no solo a los casos de personas con tuberculosis extrapulmonar (no incluidos en la actual legislación) sino también a los casos de niños que realizan profilaxis como tratamiento preventivo para no desarrollar la enfermedad. Además, permitiría cubrir la carencia de políticas en relación al refuerzo alimentario que hace referencia la misma ley, ya que salvo en casos puntuales, las personas no cuentan con programas alimentarios y los datos que analizamos revelan que:

De las personas entrevistadas, el 67,2% se encuentra bajo la línea de indigencia, mientras que el 30,9% está entre esta franja y bajo la línea de pobreza. Lo que nos deja un porcentaje abrumador de que casi el 100% de las personas contempladas por la ley, no puede acceder a una canasta básica total. (Lerda y Vera, 2022, s/p)

Debido a que el cupo disponible de transferencias formales rara vez alcanza el límite, la Comisión Sanitaria puede realizar excepciones y contemplar situaciones de grave vulneración aun con localización extrapulmonar de la enfermedad. Esta excepción permite que varias personas que se encuentran en delicado estado de salud por múltiples diagnósticos, personas en grave situación nutricional, en situación de calle, unidades domésticas donde varias personas se encuentran bajo tratamiento (preventivo o por diagnóstico confirmado), casos de tuberculosis pediátrica, etc., accedan a la transferencia formal. Sin embargo y en función de lo expresado en el párrafo anterior, es necesario plasmar políticas públicas que den cuenta de la realidad socioeconómica que está atravesando la población objetivo y que permitan mejorar la calidad de vida de las personas.

Siguiendo a Fraser (1991) en la construcción de las políticas de las necesidades, en la segunda instancia, se trabaja sobre la interpretación de la necesidad, su definición y los satisfactores posibles para luego dar lugar a la lucha por el recurso específico. En este caso, esta política ya tiene asignado un presupuesto específico y es el que permitió el trabajo desde hace dieciocho años. Entonces nos surge la pregunta sobre ¿cómo se traduce el contexto socioeconómico tan cambiante en casi dos décadas a esta política pública? ¿A qué salud pública apuntamos? ¿Cuál es el aporte que podemos hacer lxs trabajadorxs sociales en este campo?. Frente a un curso económico acotado a un periodo de tiempo, ¿qué estrategias proponemos para adaptar la política pública a la dinámica de la realidad de las personas que acceden a ella?

En un segundo punto y en conjunto con lo anteriormente desarrollado, sostenemos que es un gran desafío de la salud pública en general y del campo profesional en particular crear y recrear herramientas que estén a la altura de las necesidades de las poblaciones con las que trabajamos y que nuestra marca profesional, “las redes”, requieren continuar profundizándose en cada territorio, habitando la cuestión social que nos atañe desde la complejidad. Que las redes sean las sostenedoras de los procesos por los que atraviesan las poblaciones destinatarias de las políticas y que su análisis nos permita la crítica y autocrítica de los diseños de intervención y de los marcos teóricos de los que partimos para desarrollarnos de manera profesional.

En una enfermedad donde el tratamiento es considerablemente prolongado (entre seis y doce meses o quizás más) la vida cotidiana de las personas es atravesada por diversas situaciones en el campo de lo social, donde hay ideas preconcebidas de lo que significa transitar la tuberculosis sumado a las urgencias, situaciones económicas agravadas por la enfermedad, situaciones habitacionales no adecuadas, relacionales, etc. y de significancia de la situación que van atravesando. Esto implica que la enfermedad en muchos casos surge como un componente más, opacado por otras necesidades o situaciones concretas que tienen mayor prioridad en la vida de las personas. Frente a esto, la posibilidad de que como equipos de salud, principalmente quienes se desarrollan en Atención Primaria de la Salud (APS), tengamos un acercamiento diario nos da la oportunidad de conocer y abordar diferentes problemáticas, lo que muchas veces es necesario para acompañar el tratamiento médico, pero que reside en la perspectiva de salud integral y no solo como una ausencia de enfermedad-dolencia.

¿Qué pasa cuando una persona tiene el diagnóstico pero también transita una situación de consumo problemático? ¿Cuándo hay varios núcleos familiares en una misma vivienda? ¿Cuándo median situaciones de violencia de género o la sobrecarga de tareas de la crianza de lxs hijxs dejan sin tiempo para los controles necesarios? ¿Qué pasa cuando la unidad doméstica cuenta con el dinero de la transferencia formal de la ley provincial pero son diez personas compartiendo gastos? Estos y otros interrogantes no tienen como objetivo caer en la sobrecarga hacia los equipos territoriales, sino por el contrario, nos parece la oportunidad - frente a la necesidad- de incorporar otras instituciones, organizaciones y espacios al proceso de salud-enfermedad-atención.

Las experiencias de entramado de redes llevadas a cabo por colegas en diferentes espacios, frente a situaciones de los más variadas y con todos los componentes de la realidad al que hicimos referencia, nos dan algunas pautas de la importancia de brindarnos el tiempo para ir tejiendo las aristas que hacen

a la complejidad del “campo de intervención de lo social” en cada situación particular. Najmanovich (2007) nos invita a pensar la potencialidad de las mismas al proponer que “La red no tiene recorridos ni opciones predefinidas (aunque desde luego pueden definirse y también congelarse). Las redes dinámicas son fluidas, pueden crecer, transformarse, reconfigurarse. Son ensambles autoorganizados que se hacen “al andar”. Atraviesan fronteras, crean nuevos dominios de experiencia, perforan los estratos, proveen múltiples itinerarios, tejiendo una trama vital en continuo devenir.” (p. 72). En este sentido venimos trabajando en conjunto con los equipos locales en el fortalecimiento de las articulaciones con otras áreas estatales como lo educativo, los espacios de protección de derechos de la niñez, adolescencia y la familia, de atención de consumo problemático, municipios y comunas y espacios organizativos de base como comedores o copas de leche entre otras. Apostando a que desde las redes, la creatividad en la construcción de las estrategias es un pilar fundamental que nos congrega a todxs lxs implicadxs para mejorar la calidad de vida, y proponer otros dispositivos en un contexto crítico, social y económico durante una pandemia que afecta la salud de las poblaciones y nuestro quehacer profesional dentro de la salud pública.

Conclusiones

Desde el Trabajo Social hay mucho para aportar en la intervención en enfermedades de tratamiento prolongado que implica la tarea compartida con otras disciplinas, pero además hay mucho para decir en cuestiones que hacen a la vida cotidiana de las personas que transitan por diagnósticos que no solo afectan a los cuerpos físicos, sino además y fundamentalmente, a las experiencias que afrontan en el andar. Esta pandemia vino a golpear muy fuerte en las personas con diagnóstico de tuberculosis, pero también en lxs profesionales de la salud de todos los niveles, desde quienes que estuvieron en las “trincheras” con poca información respecto al virus y mucha incertidumbre; quienes desde los hospitales de segundo y tercer nivel buscaban adecuarse a la nueva forma de atención priorizando la urgencia, de igual modo quienes desde los lugares centrales de coordinación intentábamos unificar criterios para continuar la tarea con una mirada más centrada en la generación de redes. Lo cierto es que sin recetas mágicas, echamos mano al trabajo en equipo, a la consulta de otras experiencias, a la lectura de material teórico, a la búsqueda de respuestas, a reuniones para puestas en común, a la apertura de los espacios para la participación, a la escucha y a la formulación de propuestas; en síntesis, a la adaptación a los cambios y a la supervivencia frente a la incertidumbre, única constante en este tiempo de protagonismo de covid-19.

Que cada experiencia sea una posibilidad de mirar y mirarnos, de ponernos en cuestión, de tensionar nuestras intervenciones y de continuar en la búsqueda de acciones que acerquen más y más nuestro quehacer como profesionales al goce de los derechos por parte de lxs sujetxs junto a quienes trabajamos.

Lista de referencias

- Breilh, J. (1991). La salud-enfermedad como hecho social. En Betancourt, Breilh, Campaña y Granda, Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras. México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Cano, V. (22 de Marzo de 2020). Cuando la frase “Quédate en casa” no es igual para todos los sectores sociales. El ciudadano y la región, Rosario. Recuperado de: <https://www.elciudadanoweb.com/cuando-la-frase-quedate-en-casa-no-es-igual-para-todos-los-sectores-sociales/>
- Foro de Rectores Córdoba (2021). Impacto de la Pandemia en el trabajo y la pobreza: Los desafíos de la inclusión social pos covid-19 en la provincia de Córdoba. Observatorio de Políticas Sociales. Recuperado de: https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/OPS_Documento-Final-Proyecto-2021.pdf
- Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. Revista *Debate Feminista*. Trad. Martas Lamas
- INDEC *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 conglomerados urbanos. Primer semestre de 2020*. Recuperado de: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_21324DD61468.pdf
- Lerda, L. y Vera, V. Informe anual del Programa de Control de Tuberculosis de la provincia de Córdoba (2022) Inédito.
- Ley Provincial 9185/04 Información Legislativa (infoleg) Legislación Provincial. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina. Sancionada: 29-09-2004 Recuperado de: http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/a4426e9d4192_f399032572340065821e
Fecha de consulta: 13- 01- 22.
- Ministerio de Salud (2013) Normas técnicas del Programa Nacional de Tuberculosis, pág 48. Recuperado en <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2018-10/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>
- Najmanovich, D. (2007) El desafío de la complejidad: redes, cartografías dinámicas y mundos implicados. Utopía y Praxis Latinoamericana / Año 12. Nº 38 (julio-septiembre, 2007, pp. 71 - 82 *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*.
- OMS (2021). Reporte global de tuberculosis recuperado de: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021>.
- (2021) Las muertes por tuberculosis aumentan por primera vez en más de una década por efecto de la covid-19. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-10-14/las-muertes-por-tuberculosis-aumentan-por-primera-vez-en-mas-de-una-decada-por-efecto-de-la-covid-19.html>
- OTES (2021) *Infografías. Reflexiones sobre la pobreza y el desempleo en la provincia de Córdoba*. Recuperado de: <https://otescba.com/wp-content/uploads/2020/06/INFOGRAFIAS-REFLEXIONES-SOBRE-LA-POBREZA-Y-EL-DESEMPLEO-EN-LA-PROVINCIA-DE-CORDOBA-2-8.pdf>

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6 (3), 275-293.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>

Vera, V (2019) El proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis: aportes desde el trabajo social.

Conciencia Social. Vol. 3, Nro. 5. Pp. 270- 284. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26142>. ISSN 2591-5339

Cita recomendada

Lerda, L. y Vera, V. R. (2022). La otra cara del Estado: desigualdades frente al derecho. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 6 (11). 140-152. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/39217> 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 las autoras

Lucía Lerda

Argentina. Licenciada en Trabajo Social (UNC). Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Programa Provincial de Tuberculosis. Correo electrónico: luulerda@gmail.com

Valeria R. Vera

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). 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

