

**“Si no me van a tener paciencia, me voy nomás a mi salita”:
trabajo mixto cualitativo-cuantitativo sobre el recorrido de las personas
con tuberculosis atendidas en el CeSAC n° 20 - Barrio P. Ricciardelli,
CABA en el 2023-2024**

Autoras:

Davagnino, Roberta. Médica Especialista en Medicina General y/o de Familia.

Mouriño, Micaela. Médica Residente de Cuarto año de Medicina General y/o de Familia.

Muñoz, Aldana. Médica Residente de Segundo año de Medicina General y/o de Familia.

Perez Epinal, Maria J. Médica Residente de Tercer año de Medicina General y/o de Familia.

Filiación: Residencia Medicina general y Familiar- CeSAC 20 - Charrúa 2330 CP 1437- CABA

Fecha de presentación: 26/10/2025

Trabajo inédito

Tutor Temático y Metodológico: Davagnino Roberta

Año: 2025

Tema: Recorrido de pacientes con TBC del área programática del CeSAC 20 en el periodo 2023 y 2024

Categoría temática: Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Autoría

Esta investigación se lleva a cabo por las residentes de segundo a cuarto año de la residencia de medicina general y familiar, basado en el curso de investigación de GCBA 2024, acompañadas por una médica de planta especialista en medicina general y familiar y coordinadora local de la residencia. La residencia se desarrolla en el CeSAC 20 inserto en el Barrio Padre Ricciarelli, ex villa 1-11-14, ubicado en la comuna 7, zona sur de la CABA. Las autoras agradecen al equipo de salud por su colaboración y la ayuda en la articulación de las entrevistas con los pacientes así como a las personas que participaron de este trabajo compartiendo sus historias de vida.

| |
|---|
| <p align="center">“SI NO ME VAN A TENER PACIENCIA, ME VOY NOMÁS A MI SALITA”: TRABAJO MIXTO CUANTITATIVO- CUALITATIVO SOBRE EL RECORRIDO DE LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS ATENDIDAS EN EL CESAC N°20 EN EL 2023-2024</p> |
| <p>Autoras: Davagnino, Roberta, Mouriño Micaela, Muñoz, Aldana y Pérez Epinal, Maria.J</p> |
| <p>Lugar de realización: Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 20 (CeSAC 20), Charrúa 2330 CP 1437, CABA.</p> |
| <p>Trabajo de investigación con enfoque Mixto (cualitativo- cuantitativo)</p> |
| <p>Trabajo inédito</p> |
| <p>Proceso de Salud-Enfermedad-Atención y Cuidado (PSEAC)</p> |
| <p>La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública fuertemente determinado por condiciones sociales, especialmente en territorios vulnerables. El CeSAC N°20, ubicado en el B° Ricciardelli, cumple un rol central en el diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de personas con tuberculosis.</p> <p>El objetivo fue analizar los circuitos del PSEAC de las personas con tuberculosis atendidas en el Cesac 20 durante 2023-2024, identificando los factores facilitadores y obstáculos en la adherencia al tratamiento, así como las percepciones de los pacientes sobre su recorrido asistencial.</p> <p>Se aplicó un diseño mixto a partir de base de datos institucionales y revisión de historia clínica por un lado y entrevistas semiestructuradas a referentes del equipo y personas en tratamiento por el otro.</p> <p>Se observó un aumento de las tasas de abandono y mayores demoras en el inicio de tratamiento en personas con antecedentes de tratamientos previos de tuberculosis. Se registraron tres muertes. Se identificaron facilitadores y obstaculizadores, entre ellos emergieron sentimientos de culpa y vergüenza que condicionan el recorrido asistencial y desconocimiento sobre la temática del personal de salud, mientras que contar con red fue el principal facilitador, constituyendo ese rol las mujeres y en los casos en los no hubiere, el equipo de tuberculosis.</p> <p>Como conclusión, los circuitos de atención presentan fragmentación y barreras estructurales y simbólicas. Se evidencia la necesidad de fortalecer el compromiso de los efectores de salud, para garantizar acompañamiento continuo y promover estrategias comunitarias para mejorar la adherencia y reducir la carga de la tuberculosis en las personas.</p> |

Palabras clave: Tuberculosis, Primer Nivel de Atención, Facilitadores y barreras, Determinantes sociales de la salud, Barrios populares, Percepciones del paciente, Proceso Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado (PSEAC).

Índice

| | |
|--|-----------|
| Carátula | 0 |
| Índice | 3 |
| Glosario | 3 |
| Introducción | 4 |
| Estado del arte | 6 |
| Marco Teórico..... | 7 |
| Modelos de atención: | 10 |
| Objetivos | 11 |
| Metodología | 11 |
| Aspectos Éticos | 12 |
| Resultados y análisis | 13 |
| Discusión | 20 |
| Recomendaciones | 22 |
| Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva | 22 |
| Referencias bibliográficas | 23 |
| Anexos | 25 |

Glosario

APS: Atención Primaria de la salud

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CESAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria

HGAPP: Hospital general de agudos Parmenio Piñero

PNA: Primer nivel de atención

PPD: Prueba de tuberculina

PSEAC: Proceso de Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado

SIGEHOS: Sistema de Gestión Hospitalaria

TBC: Tuberculosis

Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa prevenible y curable, pero continúa siendo un problema prioritario de salud pública a nivel mundial y nacional, profundamente atravesada por desigualdades sociales y económicas. Su distribución se caracteriza por encontrarse en poblaciones empobrecidas y hacinadas, lo que la posiciona como una enfermedad ligada a los determinantes de la salud.

En Argentina, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presenta una de las tasas de incidencia más altas del país (42,9 en comparación con el 29,8 nacional). (Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y TBC, 2024). Dentro de la ciudad, en la comuna 7 de la CABA, donde se ubica el Centro de Salud y Acción comunitaria N° 20 (CeSAC 20) y dicha investigación, posee la tasa de incidencia más alta de la ciudad (39.8 vs 18.8 en el general de CABA) (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2018).

El CeSAC 20 se encuentra inserto en una de las áreas con mayor vulnerabilidad social, según los datos provenientes del Censo 2010, se registraron 324.179 personas viviendo en el área programática del Hospital de Agudos Parmenio Piñero (AP-HGAPP), con un porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas de 10,4% (superior al valor promedio de CABA de 7%)(Gerencia Operativa de Epidemiología, 2018). El centro de salud desempeña un rol crucial en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las y los pacientes con TBC. Sin embargo, la adherencia al tratamiento continúa siendo un desafío, influenciada por múltiples factores vinculados a las condiciones de vida, las representaciones sociales sobre la enfermedad, las experiencias con el sistema de salud y la organización de los circuitos asistenciales.

Analizando desde el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado (de ahora en más, PSEAC), la TBC no puede comprenderse únicamente como una afección biológica, sino como un fenómeno social y culturalmente construido, atravesado por relaciones de poder, prácticas institucionales y percepciones subjetivas (Menéndez, 1994). En este sentido, el concepto de accesibilidad en salud, abordado desde una perspectiva relacional (Stolkiner, 2000), implica reconocer que el acceso no depende solo de la oferta de servicios, sino también de las condiciones, trayectorias y significados que construyen los sujetos en su interacción con el sistema.

La presente investigación surge de la necesidad de comprender cómo son los circuitos de abordaje del PSEAC de la población que realizó tratamiento de TBC en el

CeSAC 20 durante el período 2023-2024, indagando en los distintos recorridos y estrategias implementadas en dicho contexto. Asimismo, busca analizar cuáles son los factores que intervienen en el inicio y en la adherencia al tratamiento de TBC en las personas atendidas en esta institución, considerando sus percepciones, barreras y facilitadores que inciden tanto en el comienzo oportuno del tratamiento como en su continuidad. A partir de ello, el estudio pretende aportar evidencia situada que contribuya a fortalecer el rol del primer nivel de atención, promover estrategias de cuidado integrales y favorecer mejores tasas de tratamiento completo.

Este estudio se justifica por la alta incidencia de TBC en la población atendida por el CESAC 20 y ante la urgencia de generar conocimiento situado que permita mejorar las estrategias de intervención, fortalecer el acompañamiento y disminuir la incidencia y el abandono de tratamiento.

Se parte de la hipótesis de que los circuitos de abordaje de la población que realizó el tratamiento en el CeSAC 20 están caracterizados por obstáculos específicos, como el acceso limitado a servicios de salud, factores socioeconómicos desfavorables, creencias y representaciones sociales que generan temor o negación, así como barreras administrativas y simbólicas que retrasan el inicio del tratamiento o favorecen su abandono. Asimismo, se considera que existen facilitadores, entre los que se destacan el apoyo familiar, la calidad de la atención recibida, el acompañamiento y la educación proporcionada por el personal de salud. Comprender esto proporciona una visión integral que permite la implementación de estrategias de atención más efectivas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y a reducir la incidencia de la enfermedad en la comunidad.

Estado del arte

Se realizó una búsqueda detallada en Google Académico, en donde se usaron palabras claves como TBC y población vulnerable, de esta se destacaron:

Percepciones sobre la TBC en la población del área del CeSAC 24 y sus circuitos de atención (Residencia de Medicina General, CeSAC 24, 2019). Se propuso describir y analizar la relación de la población del área programática con el PSEAC de las personas con TBC, con el fin de mejorar las estrategias de atención, prevención y promoción a través de una metodología cualitativa. Entre los principales hallazgos se destacan la

persistencia de estigmatización y la falta de información adecuada, junto con la relevancia de promover un enfoque integral y humanizado en la atención de las personas con TBC.

Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: TBC en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires (Alejandro Goldberg, 2014): investigó la relación entre la vulnerabilidad social y la TBC en inmigrantes bolivianos/as en talleres textiles clandestinos. El estudio reveló condiciones laborales precarias y falta de acceso a servicios de salud, lo que exacerbaba la incidencia de la TBC en esta población. La investigación remarca la necesidad de intervenciones específicas y políticas que aborden estas condiciones de vulnerabilidad.

El impacto del proceso salud enfermedad atención cuidado de las personas con padecimiento mental y TBC en el acceso al empleo (Malena Angelica Giampietro): examinó la co-ocurrencia de TBC y el acceso al empleo. Los hallazgos indicaron que las barreras en el acceso y adherencia al tratamiento impactan en la salud de los pacientes y en su capacidad para obtener y mantener un empleo. Este estudio resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la TBC.

TBC y lógicas de cuidado en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires, Argentina (María Victoria Castilla, 2015): exploró las lógicas de cuidado en barrios marginales, enfocándose en cómo las prácticas comunitarias influyen en el manejo de la TBC. El estudio destacó la resiliencia y las estrategias comunitarias de cuidado, así como las limitaciones impuestas por la falta de recursos y apoyo institucional. Los hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer las redes comunitarias y mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

Marco Teórico

En 2023, 1,25 millones de personas murieron de TBC (entre ellas, 161.000 personas con VIH). La TBC vuelve a ser la primera enfermedad infecciosa más mortífera, tras tres años en los que lo fue COVID-19, por delante del VIH y el sida. En 2023 enfermaron de TBC 10.8 millones de personas en todo el mundo y es una enfermedad que se puede curar y prevenir (OMS, 2025).

En Argentina la TBC es una enfermedad de alta prevalencia que se encuentra en aumento, según los últimos boletines epidemiológicos de TBC y lepra, la tasa en 2024 fue de un 8,3% más alta que la del 2023.

Tabla comparativa de boletines epidemiológicos (Gerencia operativa de Epidemiología [GOE], 2024), ver en anexos.

Al analizar los boletines epidemiológicos, se observa que en el año 2024 la notificación de casos de TBC presentó un aumento del 8,3% en la tasa de incidencia y del 9,2% en el número total de casos reportados con respecto al año 2023. La TBC pulmonar continúa siendo la forma clínica predominante. En cuanto al perfil demográfico, se mantiene la distribución etaria, con mayor prevalencia en personas en edad productiva (15 a 64 años), destacándose el grupo de 20 a 29 años. Asimismo, persiste una mayor proporción de casos en varones en comparación con las mujeres.

Blumenfeld (2018) realizó un análisis de la situación de la TBC en el AP-HGAPP correspondiente al año 2017, utilizando como referencia los datos del Censo Nacional 2010, que registró 324.176 personas residentes en dicho territorio. En ese análisis se notificaron 342 casos de TBC entre los residentes del área programática, lo que representa una tasa de incidencia de 105,5 casos cada 100.000 habitantes, más del doble de la tasa registrada en la CABA (46 casos cada 100.000 habitantes) durante el mismo período.

En los tableros de Atención Primaria de la Salud se informa, en la sección de datos poblacionales, que el CeSAC 20 presenta 11.324 personas empadronadas¹ en su área de referencia, y que del total, 7.025 son personas activas², 5.127 son personas activas en el primer nivel de atención³ y 4.023 son personas que consultan con frecuencia al primer nivel de atención. También en el mismo tablero, en la sección problemas de salud, se informa que hubo 53 evoluciones⁴ con la etiqueta de TBC, 46 con la etiqueta de TBC pulmonar y 171 con la de contacto con TBC, en el periodo 2024, en el área programática del CeSAC 20. (Ministerio de Salud de la CABA , 2024).

¹ Empadronadas en HIS del SiGeHos recuperado en <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/355ab4cc-e871-4978-8ffa-50f3b0aad7e9>, recuperado en 16 de abril del 2025.

² Registro de alguna consulta no ausente en cualquier efector en los 2 años previos a la fecha de actualización.

³ Registro de alguna consulta no ausente en cualquier efector del primer nivel de atención (CeSAC, CEMAR, CMB) en los 2 años previos a la fecha de actualización.

⁴ cantidad de evoluciones asociadas a la etiqueta de Tuberculosis.

El diagnóstico de TBC confirma la identificación del agente causal, para ello se solicitan métodos bacteriológicos en primera instancia (Baciloscopia, Cultivo) y estudios complementarios como laboratorio con serología para HIV y radiografía de tórax, siendo esta última un elemento complementario de mucha importancia pero es poco específica. La prueba de tuberculina no es diagnóstica, ya que solo evidencia contacto con el bacilo pero se utiliza en el catastro de la enfermedad. (Jiménez. S y Nuñez. M, 2019)

Accesibilidad:

La accesibilidad hace referencia a la capacidad de los servicios de salud para acercarse efectivamente a la población, eliminando las barreras que puedan dificultar su utilización (Comes, 2007). Tradicionalmente, este concepto fue entendido como un problema de oferta, centrado en la disponibilidad de los servicios. Sin embargo, siguiendo a Stolkiner y otros (2000), la accesibilidad debe concebirse como una relación dinámica entre los servicios de salud y los sujetos que los utilizan, tanto las instituciones como las personas cumplen un rol activo en su construcción. Por lo tanto, los servicios no solo deben estar disponibles en términos físicos, geográficos y económicos, sino también ser culturalmente apropiados, es decir, adaptados a las prácticas, valores y representaciones de la población a la que se dirigen. Estas barreras incluyen: *geográficas*: como obstáculos naturales o contruidos por el hombre que dificultan el acceso físico a los servicios de salud; *económicas*: como las limitaciones financieras que impiden a las personas acceder a los servicios de salud, ya sea por costos directos de los servicios o costos indirectos como el transporte; *administrativas*: restricciones impuestas por la organización de los servicios de salud, como horarios de atención y procedimientos burocráticos; *culturales*: diferencias culturales entre el personal de salud y la población que pueden dificultar la comunicación y el entendimiento. (Comes, 2007).

Primer nivel de atención:

Según Mario Testa (1996), la atención primaria constituye “el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica”. En este sentido, dicho nivel debe funcionar de manera eficiente, garantizando la resolución adecuada de los problemas de salud más frecuentes y disminuyendo el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos.

De acuerdo con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud propuesta en la Conferencia de Alma-Ata (URSS, 1978), el sistema de salud debe estar al alcance de todos los individuos y de la comunidad, asegurando la equidad en el acceso y la cobertura universal. Aunque dicho documento refleja un ideal formulado hace más de cuatro décadas, sus principios mantienen plena vigencia y pueden articularse con la noción de accesibilidad desarrollada en el apartado anterior, entendida como una condición esencial para la efectividad del primer nivel de atención.

El CeSAC 20, como centro de primer nivel de atención, constituye la puerta de entrada al sistema de salud y el punto estratégico para la detección y el abordaje temprano de la TBC. Su ubicación territorial y su modalidad de atención interdisciplinaria buscan garantizar la accesibilidad, la proximidad y la continuidad del cuidado, promoviendo una mirada integral que contempla a la persona en su contexto social. En este centro, el abordaje de la TBC adquiere relevancia central, ya que permite identificar síntomas respiratorios, realizar estudios diagnósticos, iniciar el tratamiento de manera oportuna y asegurar la entrega de la medicación. Además, el CeSAC se configura como un espacio de acompañamiento y construcción de cuidado, donde el seguimiento longitudinal favorece la adherencia terapéutica y donde se articulan distintos modelos de atención —biomédico, comunitario y social— que enriquecen las prácticas y permiten abordar los determinantes sociales que atraviesan el PSEAC.

Modelos de atención:

Según el autor Menéndez (2003), los modelos de atención son todas aquellas actividades tanto del campo de la medicina como también de las ciencias sociales, que se relacionan con la prevención, detección temprana de enfermedades y el tratamiento de las mismas. Las personas atraviesan los diferentes modelos de atención, recorriendo lo que el autor menciona como *camino del enfermo* reflejándose esto en el PSEAC de la TBC. Para este trabajo se piensa al sujeto como articulador de cuidados, entendiendo que la autoatención implica además a los diferentes grupos sociales, familiares, etc (Menéndez 2003).

Objetivos

Objetivo general: Analizar el circuito y percepción del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de la población que realizó tratamiento por tuberculosis en el CeSAC 20 en el periodo 2023-2024.

Objetivos específicos:

- Conocer el circuito que recorren las personas para su atención de tuberculosis en el área de influencia del CeSAC 20.
- Describir los circuitos de atención de la población con tuberculosis en el CeSAC 20 en el periodo 2023-2024
- Analizar características sociodemográficas de la población que realizó tratamiento por tuberculosis en el CeSAC 20 en el periodo 2023-2024
- Identificar los obstaculizadores y facilitadores de la adherencia al tratamiento en los discursos de personas con tuberculosis.

Metodología

Para este trabajo se eligió un enfoque mixto del tipo explicativo secuencial, que combina enfoques cualitativos y cuantitativos, utilizando datos de fuentes de información primaria obtenidos a partir de entrevistas semi estructuradas y datos obtenidos en revisión de historias clínicas y base de datos de pacientes del CeSAC 20. Es secuencial porque se recopilaban datos cuantitativos para obtener una visión general del fenómeno y poder posteriormente realizar un análisis cualitativo con el que explicar en profundidad los resultados. Para el diagnóstico de situación se realizaron entrevistas a referentes claves del equipo de salud invirtiendo el diseño secuencial, con entrevistas cualitativas que permiten definir cuáles serían las variables cuantitativas a recolectar luego. Con un alcance descriptivo porque buscó caracterizar los circuitos de abordaje del PSEAC en la población con TBC, así como identificar los factores facilitadores y obstaculizadores presentes en el tratamiento. En cuanto a su dimensión temporal, la investigación se clasificó como transversal, al relevar los datos en un único momento del tiempo.

La unidad de análisis en la investigación es el individuo, este se entiende como sujeto social dentro del PSEAC (Sautú, 2005), específicamente personas que realizaron tratamiento por TBC en el CeSAC 20 durante el periodo 2023-2024. Se incluyeron todos

los individuos que iniciaron tratamiento en el centro durante ese período, excluyendo aquellos que realizaron quimioprofilaxis o cuyo tratamiento se llevó a cabo en otra institución.

Para el componente cuantitativo, se realizó una revisión de historias clínicas y base de datos institucionales, a partir de las cuales se construyeron indicadores posteriormente mencionados, y para el componente cualitativo consistió en entrevistas semiestructuradas a personas en tratamiento y a referentes del equipo de salud del CeSAC. Se aplicó el criterio de saturación teórica, respetando un mínimo de cinco entrevistas. Para asegurar que la participación fuera voluntaria y anónima, se proporcionó a cada participante, antes de realizar las entrevistas, un consentimiento informado junto con una hoja informativa. Estos documentos explican claramente el propósito y el desarrollo del estudio. (*ver anexos*). El análisis cuantitativo se realizó mediante estadística descriptiva para comparar los años 2023 y 2024, mientras que el análisis cualitativo se llevó a cabo a través de la codificación abierta, la agrupación por categorías emergentes, el análisis del discurso y la triangulación de datos, lo que permitió complementar y contextualizar los hallazgos numéricos.

Operacionalización de variables ver en anexos

Aspectos Éticos

La investigación se clasifica de riesgo menor, ya que se basa en la revisión de datos clínicos, entrevistas semiestructuradas y observación del proceso de atención, sin realizar intervenciones invasivas ni procedimientos que presenten daño físico, psicológico o social para los participantes. El estudio se desarrolla conforme a la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales, garantizando el consentimiento informado, el resguardo de la confidencialidad y el anonimato. La investigación aporta un nuevo conocimiento que no puede obtenerse sin la participación de personas que hayan transitado el tratamiento de TBC. La inclusión de seres humanos se justifica éticamente por su contribución directa a la mejora de los circuitos de atención.

Previo a cada entrevista se entregó una hoja informativa donde se explicó el propósito del estudio, sus objetivos, beneficios esperados y posibles efectos. Cada participante firmó un consentimiento informado, reconociendo su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias sobre su atención en salud. Se

aseguró el anonimato mediante la asignación de un código ID, evitando cualquier posibilidad de identificación personal. Los datos se resguardaron de forma segura y se utilizaron exclusivamente para fines científicos. Además, se reconoció que el proceso de investigación implicó la interacción entre investigadoras y participantes, lo cual requiere una postura ética reflexiva. La escucha activa de experiencias vinculadas a la enfermedad, el estigma o la vulnerabilidad social pueden movilizar emociones, por lo que se garantizó una actitud de respeto, contención y cuidado durante las entrevistas. Se consideró que el vínculo investigador-participante es parte constitutiva del proceso de producción de conocimiento y se abordó con responsabilidad ética, reconociendo la dimensión simbólica que el acto de narrar puede tener para los sujetos involucrados.

La investigación cuenta con la autorización institucional del CeSAC 20 y fue presentada ante el Comité de Ética del HGAPP correspondiente para su evaluación y aprobación.⁵

Resultados y análisis

Se realizaron tres entrevistas a referentes de la tuberculosis en el centro de salud y a partir de ellas se construyó una caracterización de los circuitos de atención a las personas con tuberculosis del CeSAC 20. La TBC es una de las líneas priorizadas del centro de salud por lo que existen equipos interdisciplinarios (medicina general, pediatría, promotoras, enfermería, trabajo social, farmacia y residencias) donde se acompaña el PSEAC de los y las pacientes y familias con TBC. La población a tratar puede retirar la medicación de este establecimiento.

La forma que se ofrece para acceder a la atención a pacientes con síntomas compatibles con TBC en el CeSAC es a través de una consulta en demanda espontánea, realizando fila ese mismo día a la madrugada para sacar turno por orden de llegada. Al día de la fecha la demanda es cinco veces por semana y se asignan entre 8-10 turnos. Algunas personas también ingresan por el espacio de enfermería sea por encontrarse en mal estado general o por ser personas en especiales contextos de vulnerabilidad, como situación de calle y consumo, quienes no suelen poder respetar los circuitos

⁵ Durante los años en los que se llevó a cabo la investigación el CEI del Htal. Piñero se encontraba fuera de funcionamiento y se tuvo que subrogar el proyecto a otro CEI, sin embargo, en el transcurso de la corrección del proyecto se certificó al CEI del Htal. Piñero y volvió a esa institución, motivo por el cual, persiste pendiente de ser aprobado.

administrativos de obtención de turnos. Al ser un centro de salud con una perspectiva de *puertas abiertas* y con un vínculo histórico con la población muchas personas ingresan también a través de referencias previas con trabajo social, pediatría, etc. Otro dispositivo de acceso son los equipos territoriales en donde equipos interdisciplinarios con población georeferenciada a cargo suelen realizar actividades promo-preventivas que permiten pesquisar sintomáticos respiratorios o habilitar la consulta *de pasillo* con personal con quien tengan vínculo previo. Por último también es una vía de acceso el vínculo intersectorial con otras instituciones como escuelas, centros de primera infancia, comedores, etc. ya sea por conocer a alguien con síntomas o por la necesidad de realizar catastros. En el CeSAC ante la sospecha de TBC se solicitan estudios complementarios, según la valoración clínica, como radiografía de tórax, prueba de esputo, PPD y laboratorio. Con los resultados se entrega un turno protegido con alguno de los equipos de TBC donde, en caso de confirmarse el diagnóstico, se iniciará inmediatamente el tratamiento con entrega de medicación además del catastro de contactos estrechos.

Por otro lado, se analizó la base de datos de población atendida en el centro de salud y se realizaron 5 entrevistas a 5 mujeres, de entre 25 y 46 años: todas son madres; viven en el área de influencia del CeSAC, una es peruana y el resto son de nacionalidad argentina; en todos los casos era la primera vez que realizaban tratamiento y ninguna lo abandonó.

Caracterización de población entrevistada

S. Mujer cis de 25 años, pertenece al área programática, transcurre el embarazo de su primer hijo durante el tratamiento, con trabajo fijo semanal, quien tuvo apoyo de su familiares, nacionalidad argentina. TBC pleural, pericarditis, múltiples episodios de diarrea por clostridium, previo al inicio de tratamiento fallece su hermano y finalizando fallece su padre (no asociado a TBC).

M. Mujer cis de 42 años, pertenece al área programática, tiene 2 hijos, que acompaña el tratamiento de su marido, quien no pudo acceder a la entrevista por su trabajo, nacionalidad argentina.

E. Mujer cis de 35 años, que pertenece al área programática, tiene 5 hijos, no trabaja, nacionalidad peruana.

K. Mujer cis de 46 años, que pertenece al área programática, tiene 3 hijos, una de ellas con hipoacusia, que estuvo acompañando tres tratamientos de TBC (hermano, yerno y pareja). Actualmente se encuentra realizando el tratamiento sin acompañamiento familiar. Nacionalidad argentina

A. Mujer cis de 31 años, que pertenece al área programática, tiene 3 hijos, no trabaja. Se contagia porque su pareja no realiza correctamente el tratamiento. Nacionalidad argentina.

Tabla n° 3 de producción propia.

El proceso de llevar adelante las entrevistas fue largo debido a que hubo dificultades en lograr que las personas concurren a las mismas. Se intentaron diversas estrategias siendo la más exitosa llevarlas a cabo el mismo día y horario de la atención del equipo de TBC. Hubo distinta predisposición a la entrevista, algunas personas como (S., de 25 años) mostraron mucho entusiasmo y ganas de participar, otras personas primero tuvieron vergüenza y decidieron no hacerla para finalmente en otra ocasión decidieron participar (A., de 31 años).

En cuanto a la base de datos, en el CeSAC 20, durante 2023 se registraron 29 casos de TBC. La mayoría fueron mujeres (62.1%) con un promedio de edad de 27 años concentrado principalmente en el grupo de 15 a 45 años. Esto es coincidente con las personas entrevistadas, pero es probable que no sea únicamente por una cuestión de prevalencia que las entrevistadas sean mujeres, sino que, como emergió en las entrevistas, son las principales encargadas de llevar adelante el tratamiento y controles de su grupo familiar. En comparación, en el 2024, sólo se reportaron 15 nuevos casos de TBC siendo la mayoría varones (75%) con un promedio de edad de 32 años, mismo grupo etáreo. Esto no sigue la tendencia nacional donde hubo un aumento de los casos de TBC (Boletín Nacional de TBC N° 8, 2025), aún para una población de 11.324 personas continúa siendo una tasa muy alta de tuberculosis.

La localización principal fue la pulmonar 65.5% en 2023 (19 personas) y 68.8% en 2024 (11 personas) de los casos siendo menor que el 83% reportado a nivel nacional (Boletín Nacional de TBC N° 7, 2023). La forma pulmonar se vincula con una mayor transmisión de la enfermedad y síntomas respiratorios. La alta prevalencia de TBC extra pulmonar así como multirresistente en el área programática del HGAPP viene siendo motivo de debate en diferentes jornadas hospitalarias y de la coordinación de TBC de la ciudad pudiendo interpretarse a la TBC multirresistente como indicador de vulnerabilidad socioeconómica. La aparición de presentaciones extrapulmonares de extrema infrecuencia en el área conllevan un análisis que excede a este trabajo⁶.

⁶ Durante las jornadas hospitalarias 2025 se presentó un caso de TBC pancreática en una adolescente de 15 años atendida en el Hospital Piñero, que reside en el área. Este tipo de presentación tiene reportados unos 100 casos en todo el mundo.

En cuanto al circuito de atención, se observó en la base de datos que la mayoría de los pacientes ingresaron al sistema de salud a través de consultas por demanda espontánea o por enfermería del PNA, mientras otra proporción recurrió inicialmente a servicios de guardia en distintos hospitales (Hospital Piñero, Álvarez, Muñiz y Penna). Esto concuerda con los relatos de las entrevistadas sobre los diversos recursos que se dan las personas para acceder a la atención, pudiendo también correlacionarse con la demora que se evidencia entre el inicio de síntomas y el diagnóstico/tratamiento. Por ejemplo, una paciente para agilizar los tiempos de demora consultó por la guardia de ginecología; también relataron malas experiencias en los hospitales “Si no me van a tener paciencia, me voy nomás a mi salita”(E., de 35 años). También refieren haber consultado a la guardia del HGAPP en adultos y ginecología, la del Hospital de Infecciosas “Francisco Javier Muñiz”, del Hospital Durand y la del Hospital Penna (todos hospitales de la CABA). En todas las entrevistas mencionaron haber recibido diferentes diagnósticos previos. En uno de los casos, K., de 46 años relata que su pareja consultó en múltiples ocasiones por síntomas respiratorios recibiendo tratamiento para neumonía; al consultar por hemoptisis le dijeron que no contaba con los síntomas característicos de TBC pero que encontraban una imagen en la radiografía. Le recomiendan concurrir a un hospital especializado como el Htal. Muñiz por ellos no ser especialistas. Es ahí donde finalmente se realiza el diagnóstico de TBC y lo internan para inicio de tratamiento. Al alta lo continuó en el CeSAC 20.

Los registros indican que los motivos de consulta predominantes fueron tos con expectoración, fiebre, pérdida de peso, astenia y sudoración nocturna, también se evidenció tanto 2023 y 2024 que casi la mitad de los pacientes que consultaron se diagnosticaron a partir de catastros por estar en contacto con personas con TBC.

En cuanto a las demoras entre el inicio de los síntomas y el comienzo del tratamiento fueron mayores en personas con antecedentes de TBC previa. En el 2023 sólo dos pacientes tuvieron una demora de más de tres años en iniciar esta última instancia de tratamiento; mientras que en el 2024 sólo un paciente tuvo esta demora; en ambos casos coincidieron con antecedentes de tratamientos previos con abandono o pérdida de seguimiento. Esto evidencia que los circuitos interrumpidos impactan negativamente en la adherencia al tratamiento. Se encontró una tendencia estacional en los meses de inicio de síntomas: en 2023, el mayor número de inicio de casos

fueron los meses de diciembre a febrero (n=8) y marzo a junio (n=7), coincidiendo con el período de transición entre verano y otoño, momento en el que aumentan las infecciones respiratorias, esta tendencia se reitera en el 2024. Esta distribución podría explicar por qué los síntomas iniciales de la TBC, especialmente la tos, la astenia y la fiebre, son frecuentemente confundidos con patologías respiratorias prevalentes en otoño e invierno, como relatan en las entrevistas que mencionan haber recibido tratamientos con antibiótico antes de obtener el diagnóstico correcto: “Cuando ya me fui al penna me dijo que tengo neumonía. Me sacó una radiografía y dijo que estoy muy bien” (E., 35 años). Sobre el diagnóstico se identificó que un número relevante de pacientes no completó los estudios mínimos requeridos (2023: 6 casos; 2024:5 casos), lo cual refleja barreras en la accesibilidad y en la adherencia al circuito, este hallazgo coincide con los relatos de los pacientes entrevistados, quienes mencionan dificultades para el acceso a turnos, falta de información clara sobre los pasos a seguir y experiencias de desestimación de sus síntomas en distintas instituciones. Se observó que aquellos pacientes que inician el tratamiento por primera vez tuvieron una tasa de finalización del tratamiento del 65% en 2023 y 56% en 2024; mientras que aquellos que reinician el tratamiento tienden a tener más tasas de abandono (2023: de 7 casos que reiniciaron el tratamiento 6 abandonaron, 2024: de 2 casos, abandono 1). En comparación al 2023, en el 2024 hubo un aumento en la tasa de abandono del tratamiento siendo un 33.3% (para una previa de 24%). Luego del análisis de las entrevistas se pudo identificar que el abandono de tratamiento no es, únicamente producto de decisiones individuales, sino que está influenciado por múltiples factores estructurales como, dificultades para asistir al CeSAC por estigma, factores laborales, falta de red de apoyo o experiencias negativas previas en el sistema de salud, “No, dije, acá (en el CeSAC) no quería porque nos conocemos todos y me da un poco de vergüenza” (E., 35 años).

En cuanto a nacionalidad, el 60% fueron de Argentina y el restante de países limítrofes como Bolivia, Paraguay y Perú. Se reportaron dos fallecidos en el 2023 y uno en el 2024, siendo el motivo a causa de la TBC. Ambas personas fallecidas son hombres mayores de 45 años, una de ellas con varios abandonos del tratamiento. De las personas atendidas durante el 2023 el 75% pertenecen al área de influencia del CeSAC;

en el 2024, el 50%. En ambos años la mitad de las personas no tenía enfermedades preexistentes.

En cuanto a facilitadores, en las entrevistas se identificaron diferentes temáticas recurrentes como ser el acompañamiento del centro de salud, la interdisciplina, el acompañamiento familiar, la agilidad en la entrega de resultados. La totalidad de las entrevistadas mencionó a la cercanía del CeSAC a sus hogares como facilitadores para retirar la medicación. También se mencionó como facilitador tener un vínculo previo con el centro de salud, especialmente quien ya conocía que en el mismo se realiza tratamiento de TBC: “Mi pareja ya tenía TBC , cuando yo me enteré la bebé tenía 20 días. Lo primero que hice fue acudir a V (trabajadora social del CeSAC), hablar con S (Pediatra del CeSAC)” (A., de 31 años, se contagió de su pareja)

Como obstaculizadores las entrevistadas señalaron efectos adversos de las medicaciones y las dificultades para sostener hábitos adecuados “yo tenía una mala alimentación(...) yo tomaba todas las pastillas juntas, me hizo pelota el hígado” (S., de 25 años). También mencionaron presiones laborales “me jodía que tenía que volver” (S., de 25 años) y dificultades para realizar estudios diagnósticos “cuando voy a hacer el esputo no me salía todavía la muestra, no podía escupir”(S., 25 años) donde aparecen los resultados parciales negativos que hacen dudar del diagnóstico. Emergió el desconocimiento de la enfermedad por parte del personal de salud y así como la falta de difusión: “No sé, no veo muchas campañas de la TBC, la persona conoce de la enfermedad cuando ya está enferma” (K., 46 años). Se realizaron diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados en hospitales, por la falta de sospecha diagnóstica de TBC “le hicieron una placa, y le dijeron que tenía una pequeña infección en el pulmón y le dieron antibiótico” (M., de 42 años), “le dijeron que no tenía nada, que saque un turno con el neumólogo, pero que ese turno iba a demorar porque no había en ese momento.” (K., de 46 años). Otro obstaculizador que apareció fue respecto a la búsqueda de culpables del contagio, una de las mujeres relata frases de su pareja cual también nos lleva a pensar en si habrá por detrás situaciones de violencia de género⁷ “¿Dónde te fuiste a meter? ¿Con quién?¿con quiénes? ¿Con qué clase de gente te vas a juntar? No tienes que salir a la calle, vas a ir contagiando, tienes que quedarte aquí,

⁷ Esta situación se abordó por fuera de la entrevista en conjunto con equipo interdisciplinario para mejor valoración.

él me ha prohibido salir. 'Porque hay gente más débiles que vos'"(E., de 35 años). Otra persona, refirió decidir aislarse para cuidar a su familia (S., de 25 años). El desconocimiento sobre la enfermedad también generó temor frente a herramientas diagnósticas como la PPD: "Hasta tenía el temor de que me los pinchen [a los hijos] y que ese tumor les de la enfermedad" (E., de 35 años). Se observaron confusiones respecto a las formas de contagio y a las etapas asintomáticas, como expresó otra entrevistada "puede ser que él [refiriéndose al marido] se haya contagiado allí, porque comparten agua, jugo, cuchara, todo comparten en el trabajo" (K., de 46 años).

En cuanto a los efectos adversos del tratamiento, una de las entrevistadas,(S., de 25 años), refiere que tuvo hepatotoxicidad; mientras que otra de las entrevistadas (E., de 35 años), refirió alergias cutáneas y náuseas que luego cedieron "se ve que mi organismo lo aceptó de a poco". En todas las entrevistas aparece la importancia de realizar el tratamiento completo para evitar volver a enfermarse o contagiar a alguien cercano "mi pareja, él hizo el tratamiento a medias (...) y ahí la perjudicada fui yo. Porque yo pienso que si abandonas o no tomás como tenés que tomar es todo en vano" (A., de 31 años). En cuanto al análisis de la base de datos, no hay registros sobre efectos adversos de la medicación ni resistencia antibiótica.

El análisis de las entrevistas muestra que el diagnóstico de TBC trasciende lo biológico y se vive como un proceso profundamente atravesado por las emociones como culpa, miedo, temor a contagiar a sus familiares o a ser discriminada en su entorno, lo que llevó incluso a ocultar el diagnóstico o evitar asistir al centro de salud. "no quise acabar [en el CeSAC] por el tema de que hay mucha gente conocida, tenía miedo como te digo, que me discriminen o me vea alguien o escuche" (E., 35 años), "en el trabajo simplemente él dijo que tenía neumonía y que bueno que se estaba agravando la neumonía y que tenía que estar internado"(K., de 46 años). Estas percepciones están asociadas al desconocimiento de la enfermedad y refuerzan las barreras subjetivas en el acceso y adherencia al tratamiento. En contraposición, la red de apoyo, especialmente el equipo de TBC del CeSAC, emergió como un factor protector central. Las entrevistadas destacaron el acompañamiento, la coordinación de turnos y la contención emocional: "En todo momento nos acompañaron, estuvieron pendientes, también nos llamaban, mandaban mensajes, los turnos, todas las cosas nos consiguieron rápido" (A., 31 años). Algunas también recibieron apoyo familiar para

facilitar el acceso a turnos y la adherencia al tratamiento, “me decían suerte, no te olvides la pastilla” (S., 25 años), evidenciando el rol determinante de los vínculos en el recorrido terapéutico.

El análisis de las entrevistas permite observar la influencia de los roles de géneros y las pautas de autocuidado. En varios casos, las mujeres asumieron simultáneamente el rol de pacientes y cuidadoras como relata K., 46 años quien acompañó el tratamiento de tres familiares antes de enfermarse ella misma, destacando la sobrecarga que implica esta función: “ahora soy yo la que me olvido de tomar el medicamento”. Las estrategias de autocuidado que relataron fueron diversas e incluyen el uso de barbijo, alcohol en gel, alarmas para recordar la medicación y búsqueda de información mediante tecnologías. La autopercepción corporal también fue relevante “me costaba el respirar, me dolía el pecho (...) dije algo me pasa no creo que sea normal.” (E., de 35 años), mientras otras asociaron los síntomas a causas ajenas a la enfermedad como el clima o estrés familiar (S., de 25 años). Se evidencia además un conocimiento heterogéneo sobre los mecanismos de contagio y prevención. Algunas entrevistas expresaron dudas “¿no hay vacunación o algo para que se pueda evitar la enfermedad?” (K., de 46 años), mientras otras lograron identificar el contagio por contacto directo con una persona con TBC (A., 31 años). En varias entrevistas la TBC impactó en la dinámica familiar y en la vida cotidiana, obligando a interrumpir actividades laborales o de cuidado, reforzando la carga diferencial que recae sobre las mujeres en estos procesos.

Discusión

Este trabajo parte de la necesidad de generar conocimiento situado que permita mejorar las estrategias de intervención, fortalecer el acompañamiento y disminuir la incidencia y el abandono de tratamiento bajo la hipótesis de que la población del CeSAC 20 tiene obstáculos y facilitadores específicos.

De acuerdo a la metodología propuesta se pudieron describir y analizar factores intervinientes en la continuidad del tratamiento coincidentes con lo propuesto inicialmente a partir de las percepciones de la población. No se pudieron evidenciar representaciones que favorezcan el abandono del tratamiento pero no pudieron entrevistarse a personas que efectivamente hayan hecho un segundo tratamiento o

hayan abandonado el mismo. En la hipótesis se pensaron a las estrategias de comunicación y educación en salud como favorecedoras del tratamiento, sin embargo en las entrevistas se dejó en evidencia un alto grado de desconocimiento de la enfermedad por parte de los y las trabajadoras de salud y una percepción de la población de falta de información sobre la temática, coincidente con trabajos realizados previamente (Crivelli, 2019).

Continuando con la perspectiva de trabajo propuesta, la instancia de vinculación entrevistadora-entrevistada fue una intervención en sí misma. En ese contexto surgieron dudas, mitos y pedidos que fueron conversados en el transcurso de la entrevista, así como relatos que despertaron cierta alarma y requirieron pensar estrategias de abordaje posterior (como en la situación de sospecha de violencia de género).

En cuanto a la accesibilidad, elemento definitorio del PSEAC, y entendida según la definición de Comes (2007) y Stolkiner (2000), identificamos barreras especialmente administrativas y culturales así como una que podríamos denominar de *compromiso* en la cual los efectores de salud depositan toda la responsabilidad sobre la articulación de su trayectoria de salud en la persona consultante, respondiendo a lógicas de hiper especialización que contribuyen a la segmentación; en contraposición proponemos como alternativa el compromiso con la población consultante a través de las herramientas ya conocidas del primer nivel de atención: la longitudinalidad, el territorio, la interdisciplina y sabiéndonos en el nivel en el que se “resuelven los problemas de *menor dificultad técnica*” pero de mayor complejidad social. Sin embargo, cabe mencionar que la cercanía a la población, en casos de enfermedades con alta carga de estigma puede representar una desventaja por la pérdida del anonimato que consultar en un centro especializado provee.

Por otro lado, analizando los circuitos que las personas construyen para sortear los obstáculos que el sistema de salud provee se evidencia el *camino del enfermo* que Menendez enuncia (2003) así como a las familias como verdaderas articuladoras de sus PSEAC. La metodología elegida encontró limitaciones al describir los circuitos de las personas dado que no pudimos llevar adelante más entrevistas, especialmente de aquellas personas que hubieran abandonado el tratamiento para conocer sus experiencias (y obviamente no contamos con datos de quienes no llegan a

realizar el tratamiento). A su vez, en cuanto a la construcción de la base de datos a partir de revisiones de historias clínicas, no todos los efectores tienen la historia clínica centralizada de la CABA para evolucionar, por lo que no se pueden reconstruir los datos de todas las consultas que haya hecho, así como tampoco de circuitos por fuera del subsistema público de salud.

Por último, el análisis del discurso de las personas realizando tratamiento por TBC, entendiendo a la misma como una problemática compleja y fuertemente atravesada por los múltiples determinantes sociales de la salud, nos permite *dar vuelta la lupa* como propone An Millet (2020) en cuanto al cissexismo en salud. Esto permite poner el foco en el sistema de salud para pensar cómo construir arreglos organizacionales que faciliten los PSEAC de las personas, en lugar de poner el foco en los pacientes pensados como *complejos* y con *falta de adherencia*.

Recomendaciones

Este trabajo insta a promover la implicación de los equipos en los PSEAC de las personas, el compromiso con sus trayectorias de salud y la reflexión a para así poder instalar prácticas que brinden accesibilidad y mayor y mejor salud para toda la población. A su vez, es propuesta continuar construyendo datos locales, desde las voces de quienes más conocen las fallas del sistema de salud. Sin embargo, es necesario luego dar lugar a cambios en las prácticas y los arreglos organizacionales a partir de esta nueva información. Queda pendiente como posible línea de investigación indagar mejor sobre las experiencias de quienes abandonan el tratamiento.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva

La relevancia de esta investigación radica en su potencial para mejorar la efectividad de los circuitos de atención y acompañamiento de las personas con TBC en una de las áreas más vulneradas de la CABA . Proporciona un análisis detallado de los circuitos de atención y las percepciones de los pacientes, y además, la identificación de barreras y facilitadores del mismo. Esto nos permite optimizar el uso de recursos y mejorar la calidad de atención.

Está anclado en una población específica con una de las tasas más altas de TBC de la ciudad, sin embargo, muchos de los factores obstaculizadores y facilitadores pueden ser analizados en otros contextos siendo que refuerzan la importancia de la

atención interdisciplinaria, basada en territorio con articulación intersectorial y dejan en evidencia los problemas de la fragmentación y segmentación del sistema de salud.

Esta investigación también contribuye al conocimiento académico, aporta material tanto para futuras investigaciones como para la formulación de políticas de salud. En específico en el CeSAC 20 se cuenta con un equipo de trabajo permeable a la modificación de los modos de trabajo por lo que será objetivo próximo trabajar sobre los resultados de esta investigación con el resto del equipo. Por último, contribuye al vínculo que se desarrolla con la comunidad al generar estructuras de demora en las que poder observar, reflexionar y transformar nuestras prácticas.

Referencias bibliográficas

- Blumenfeld, A. (2018), *Análisis de situación de tuberculosis en área programática del hospital general agudos "Parmenio Piñero"*, año 2017.
- *Boletín epidemiológico número 100*, Gerencia Operativa de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Castilla, M. V., & Ferrari Mango, C. (2015). *Tuberculosis y lógicas de cuidado en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires, Argentina. Revista Pilquen, 18(3)*, 36-49.
- Comes, Y. (2007), El concepto de la accesibilidad. La perspectiva relacional entre población y servicios.
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978.
- Crivelli, F., Davagnino, R., Gayoso, M., Peralta, M., Rodriguez, C., & Solazzi, R. (2019) *Yo no lo sé porque yo no lo sentí. Percepciones sobre la tuberculosis en la población del área en el CeSAC 24 y sus circuitos de atención.*
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. (2024). *Boletín N° 7: Tuberculosis y lepra en la Argentina. Año VII - Marzo 2024*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. (2025). *Boletín N° 8: Tuberculosis y lepra en la Argentina. Año VIII - Marzo 2025*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Gerencia Operativa de Epidemiología. (2018). *Boletín Epidemiológico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. N.º 100*. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

- Giampietro, M. A. (2021). *El impacto del proceso salud enfermedad atención cuidado de las personas con padecimiento mental y tuberculosis en el acceso al empleo*. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, 103, 1-6.
- Goldberg, A. (2014), *Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires*. pp 91. Cuadernillo de Antropología social.
- Jiménez, S., & Núñez, M. (2019). *Guía Práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con tuberculosis en el primer nivel de atención*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Martínez-Salgado, C. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias*. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619.
- Mejía-Castillo, H. J. (2017). *La metodología de investigación evaluativa es una alternativa para la valoración de proyectos*. *Rev. iberoam. bioecon. cambio climático.inve*, 3(5), 734-744.
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.
- Millet, A.(2020). *Cisexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Puntos suspensivos ediciones.
- Ministerio de Salud. (2018), *Boletín epidemiológico semanal N° 100*.
- Ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Tableros de indicadores desglosados por AP, Efector y Equipo territorial*. Recuperado el 14 de mayo del 2025. <https://lookerstudio.google.com/s/h6m0FmMPVgo> .
- Organización Mundial de salud. Recuperado 10 julio del 2024 de <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis> .
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO.
- Stolkiner y otros. (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- Testa, M. (1996), *Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud*. Revista Pensar en Salud.

Anexos**Tabla comparativa de boletines epidemiológicos (Gerencia operativa de Epidemiología [GOE], 2024)**

| Indicador | 2023 | 2024 |
|--|----------------|----------------|
| Casos totales notificados | 14.914 | 16.647 |
| Casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) | 13.905 | 15.611 |
| Casos antes tratados (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros) | 1.009 | 1.036 |
| Casos pulmonares | 12.456 (83.5%) | 13.307 (85.5%) |
| Casos extrapulmonar | 1.647 (11%) | 1.937 (11.6%) |
| Localización anatómica registrada | 811 (5.4%) | 471 (2.8%) |
| Notificación de casos según sexo: Varones | 8.869 (59,4%) | 10.115 (60.8%) |
| Edad productiva (15-64 años) | 10.243 | 13.119 |
| Grupo etario de mayor riesgo | 20 a 29 años | 20 a 29 años |

1. *Tabla de producción propia a partir de los datos del GOE.*

Variables

| Variables | Descripción | Indicadores | Fuente | Valores | Variable |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------|--|--------------|
| Características demográficas | descripción de población usuaria en, cantidad, edad, género, lugar donde viven, antecedentes de salud. | Cantidad de personas que acceden | Base de datos/ Sigehos | número | Cuantitativa |
| | | Edad | Base de datos/ Sigehos | Edad mínima a 15 años De 15-45 años Mayores de 45 años | |

| | | | | | |
|---------------|--|---------------------------------|---------------------------|--|--------------|
| | | Género | Base de datos/ Sigehos | Femenino Masculino Otro | Cuantitativa |
| | | Domicilio | Base de datos/ Sigehos | Dentro del área programática del CeSAC 20 Por fuera del área programática | Cuantitativa |
| | | Antecedentes personales | Base de datos/ Sigehos | Con antecedentes de salud previos Sin antecedentes de salud | Cuantitativa |
| | | Escolaridad/ Tipo de trabajo | Base de datos/ Sigehos | Nivel educativo alcanzado Situación laboral Tipo de trabajo | Cualitativa |
| Acceso | Requisitos para ser incluidos en el seguimientos | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------|--|-------------|
| Características del circuito | Trabajadores del centro de salud que ocupan un horario y tiempo para realizar | Recurso Humano | Registro interno | Cantidad de trabajadores Profesión Género Horario de trabajo Registro interno | Cualitativa |
| | Historia de tratamiento de Tb | Antecedente de tuberculosis previa. | Base de datos/ Sigehos | Registro médico Pacientes nuevos Pacientes tratados previamente por abandono o pérdida de seguimiento Fracaso del tratamiento Traslados otros | Cualitativa |
| | Síntomas por los cuales consulta el paciente. | Motivo de consulta | Base de datos/ Sigehos | Sintomático respiratorio Otro síntoma Contacto epidemiológico | Cualitativa |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|--|-------------|
| | | | | o | |
| | Diagnóstico de TBC | Confirmación de caso | Sigehos | Bacteriológicamente confirmado Clínicamente confirmado | Cualitativa |
| | | Tiempo transcurrido desde la aparición de síntomas hasta el diagnóstico | Base de datos/ Sigehos | | Cualitativa |
| | Tratamiento de TBC | Mes en el año en el cual se diagnosticaron Cantidad de muertes por TBC Cantidad de recaídas | Base de datos/ Sigehos | diciembre-febrero marzo-junio junio-agosto septiembre-diciembre. | Cualitativa |
| | | Resultados del tratamiento | | Tratamiento completo Fracaso de tratamiento Fallecido Pérdida de seguimiento No evaluado (no volvió a buscar resultados) Continua en el tratamiento | Cualitativa |
| | Estudios complementarios solicitados | Seguimiento | Mínimos estudios a realizar Máximos estudios a realizar Instituciones recorridas en total | Mínimos estudios a realizar Máximos estudios a realizar | Cualitativa |

Tabla 2 de producción propia.

Consentimiento informado para los/las participantes de la investigación 2025

La presente investigación es conducida por el Centro de salud y acción comunitaria (CeSAC) número 20. El objetivo es analizar el circuito y percepción del proceso de Salud, enfermedad, atención y cuidado (PSEAC) de la población con tuberculosis en el CESAC 20 en el periodo 2023-2024.

Si usted accede a formar parte de este estudio, se le pedirá participar de entrevista donde se le preguntará sobre su percepción del PSEAC y cualquier barrera o facilitador que haya encontrado durante el tratamiento. Esto tomará aproximadamente entre 15 y 20 minutos. Lo que se converse durante la entrevista se grabará, para analizarlo en un segundo momento.

Toda la información recopilada será confidencial y anónima. Los datos serán almacenados de manera segura y solo el equipo de investigación tendrá acceso. Su identidad no será revelada en ninguna publicación o presentación de los resultados del estudio. Su participación en este estudio es completamente voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión en la atención médica que recibe en el centro de salud. Esta información será utilizada para ayudar a mejorar la calidad de atención para futuras personas con tuberculosis.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer las preguntas en cualquier momento durante su entrevista. Puede conocer los resultados finales de la misma y puede retirarse o negarse a responder cualquier pregunta que usted considere omitir respuesta o que lo afecte emocionalmente. Agradecemos su participación.

 Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado(a) sobre el objetivo de este estudio.

Me han explicado que debo responder algunas preguntas y que tengo la libertad de retirarme de la investigación o negarme a responder en cualquier momento que considere necesario. También se me ha informado sobre la duración de mi participación en la entrevista.

Reconozco que la información que proporcione será estrictamente confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que no sea este estudio o futuras investigaciones. Se me ha indicado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento sin que esto me cause ningún perjuicio.

Entiendo que puedo solicitar información sobre los resultados de esta investigación una vez que haya concluido.

Consentimiento del Participante:

Nombre del Participante: _____

Firma de Madre, Padre o tutor, si corresponde: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Contacto para Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactar a Micaela Mouriño.

Contacto del CEI del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero: Dra Marcela Chapov presidenta ,

Trabajo de investigación 2025
Hoja de Información para Participantes

1. Título de la Investigación: Análisis del Circuito y Percepción del Proceso de Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado (PSEAC) de la Población con Tuberculosis en el CeSAC 20 durante el año 2023

Institución de Realización: CeSAC 20

Investigador/a Responsable: Mouriño Micaela

2. Justificación, Objetivos y Procedimientos de la Investigación: Este estudio busca comprender y mejorar el proceso de atención y cuidado de los pacientes con tuberculosis en nuestra comunidad. Con el objetivo de analizar el circuito y la percepción del PSEAC de la población con tuberculosis en el CeSAC 20 en el periodo 2023. La investigación consiste en realizar entrevistas a pacientes que recibieron tratamiento de tuberculosis en el CeSAC 20 durante el año 2023. La duración de cada entrevista será aproximadamente de 15 a 30 minutos.

3. Características de la Investigación: La investigación se diferencia de la práctica asistencial en que su propósito es obtener datos para analizar y mejorar los procesos de atención y cuidado. No se realizará ninguna intervención médica durante el estudio.

4. Derechos del Participante: Usted tiene derecho a no participar en este estudio, puede negarse a participar o retirar su consentimiento en cualquier momento sin sufrir, responsabilidad ni perjuicio alguno.

5. Beneficios Esperados: Para el paciente no hay beneficios directos. Sin embargo, su participación contribuirá a mejorar los servicios de salud para futuros pacientes con tuberculosis, para ayudar a optimizar el tratamiento y la atención de la tuberculosis en la comunidad.

6. Fuente de Financiación: Esta investigación no se encuentra financiada.

7. Gratuidad: La participación en esta investigación es completamente gratuita y no implicará ningún costo para usted.

8. Protección de Privacidad y Confidencialidad: Garantizamos la protección de su privacidad y la confidencialidad de sus datos personales. Los datos serán anonimizados y almacenados de manera segura. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información proporcionada.

9. Acceso a Información: Tendrá acceso a toda la nueva información relevante durante el estudio, incluyendo una síntesis de los resultados finales. La persona responsable de proporcionarle esta información es Micaela Mouriño.