

“Yo no lo sé, porque yo no lo sentí”

Trabajo de investigación:

“Percepciones sobre la Tuberculosis en la población del área del CeSAC 24 y sus circuitos de atención”

Residencia de Medicina General

CeSAC 24- Hospital Piñero

Autores

Crivelli, Francisco - Médico (Residencia de Medicina General)

Davagnino, Roberta - Médica (Residencia de Medicina General)

Gayoso, M Milagros - Médica (Residencia de Medicina General)

Peralta, Manuela - Médica (Residencia de Medicina General)

Rodriguez, Constanza - Médica (Residencia de Medicina General)

Solazzi, Romina - Médica (Residencia de Medicina General)

Lugar de realización:

CeSAC N° 24, Pasaje L y Laguna, Villa Soldati, CABA, Argentina

Tel: 4637-2002

Mail: rmgp.cesac24@gmail.com;

Año: 2018-2019

Tipo de trabajo de investigación: descriptivo, transversal con enfoque cualitativo

Categoría: Clínica ampliada

Trabajo inédito

“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”

CRIVELLI, Francisco; DAVAGNINO, Roberta; GAYOSO, Milagros; PERALTA, Manuela; RODRIGUEZ, Constanza, SOLAZZI, Romina

Centro de Salud y Acción Comunitaria Nro 24.
Pasaje L y Laguna, CABA, c/p 14074637-2002. Mail: rmgp.cesac24@gmail.com

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo

Clínica ampliada

El equipo investigador está conformado por residentes de Medicina General del CeSAC N° 24 (Villa Soldati, CABA). Partimos de la pregunta problema “¿Cuál es la relación del área de influencia del CeSAC 24 con el PSEAC (proceso salud-enfermedad-atención-cuidados) de la tuberculosis?” con el propósito de aportar a la mejora de las estrategias de promoción, educación para la salud y prevención de la tuberculosis en nuestra área de influencia, así como facilitar el acceso a la atención de los problemas vinculados a esta infección. Como objetivo general se propuso describir y analizar la relación de la población del área del CeSAC 24 con el PSEAC de la tuberculosis para mejorar estrategias de atención, prevención y promoción.

Metodología: Se eligió el enfoque cualitativo mediante la realización de dos Grupos Focales como técnica de recolección de la información. Se analizaron los datos mediante de análisis clásico de contenido, microanálisis, palabra clave en contexto y análisis de discurso. Se utilizaron para el análisis los ejes: saberes, mitos y prejuicios, abordaje desde el CeSAC, propuestas y dinámica grupal.

Discusión y Conclusiones: Circuló un gran caudal de saberes sobre tuberculosis, el cual no fue identificado como conocimiento válido. También emergió, de forma evidente, la estigmatización social y el impacto en la subjetividad de las personas con tuberculosis y sus vínculos. Este trabajo aportó conocimiento sobre las representaciones y permitió dilucidar algunas barreras de acceso al centro de salud. Así se podrán redireccionar las estrategias de intervención y adecuarse a la situación local.

Tuberculosis, percepciones, grupo focal, estigmatización, sentires.

Soporte técnico: proyector, computadora, microfono, sonido.

Índice

Consideraciones sobre el lenguaje	3
Introducción	3
Definición de problema	4
Objetivos	4
Objetivo general:	4
Objetivos específicos:	4
Propósito	4
Estado del arte	5
Justificación	7
Situación a nivel del Área Programática del Hospital Piñero y contexto de estudio	9
Acerca de los/as autores/as	10
Marco Teórico	11
Accesibilidad	11
Perspectiva de Derechos	11
Promoción y educación para la salud	12
Participación comunitaria	12
Percepción del Proceso Salud -Enfermedad- Atención- Cuidado	12
Clínica ampliada	13
Metodología	14
Características de los Grupos Focales	16
Consideraciones Éticas	17
Escuela de pensamiento	17
Resultados y Análisis	17
Saberes acerca de la tuberculosis	17
Mitos y prejuicios	22
Abordaje desde el CeSAC	24
Eje propuestas	25
Análisis del discurso en relación al Modelo Médico Hegemónico	26
Discusión	26
Importancia para MGyF y propuestas	29
Bibliografía	29
Anexos	32

Consideraciones sobre el lenguaje

El uso de un lenguaje que no marque diferencias discriminatorias entre géneros es una de las preocupaciones de quienes elaboraron este documento, por lo que este trabajo fue ideado y escrito desde una perspectiva de género. Esta perspectiva visibiliza que los cuerpos se inscriben en una red de relaciones que los significan y sujetan a partir de las diferencias asignadas social, histórica y culturalmente a “lo masculino” y a “lo femenino”, configurando modos de ser, de pensar y de actuar diversos. Nos esforzamos activamente por ver y mostrar los mecanismos a través de los cuales tales diferencias se traducen en desigualdades e inequidades con su correlato en el proceso salud- enfermedad- atención- cuidado (PSEAC), para así desnaturalizarlas y deconstruirlas. Es imprescindible esta perspectiva para continuar trabajando en garantizar los derechos a todas las personas, independientemente de su identidad de género o sexual, y es necesario para ello partir de enfoques no binarios ni heteronormativos, con énfasis en la noción de diversidad (Dirección de Capacitación y Desarrollo, 2003).

En esta redacción se optó por utilizar términos que no distingan género y, cuando esto no sea posible, se decidió nombrar los géneros femenino y masculino. En el clima de época actual donde los debates sociales empujan a cuestionar nuestra cultura y, entre ella, el lenguaje, resulta imprescindible seguir buscando acuerdos, e incorporar las nuevas formas de comunicarnos que no reproducen las opresiones de género de nuestra sociedad y que visibilizan todas las identidades.

Introducción

La tuberculosis (de ahora en más TBC) es una infección que afecta a nuestro país en toda su extensión. En la Ciudad de Buenos Aires tiene principal relevancia en la zona sur, donde se sitúa esta investigación.

El Hospital Piñero y su área programática (incluido el Centro de salud y Acción Comunitaria 24 - CeSAC-) llevan adelante estrategias en red para dar respuesta a esta problemática.

Según las estadísticas que veremos luego, los número de casos nuevos se encuentran en alzas a nivel país, pero éstos no se reflejan en las consultas en el centro de salud.

Se entiende que las posibles barreras de acceso son diversas y que el abordaje de esta problemática implica mayores complejidades que la información brindada en una guía de práctica clínica.

Asumiendo este conjunto de variables y que la tuberculosis sigue constituyendo un estigma social, este trabajo se propone analizar cuáles son las percepciones de la población en cuanto a la temática para adecuar las acciones llevadas a cabo por centro de salud a esta situación.

Definición de problema

¿Cuál es la relación de la población del área de influencia del CeSAC 24 con el Proceso Salud-Enfermedad- Atención-Cuidado (de ahora en más PSEAC) de la tuberculosis?

Objetivos

Objetivo general:

Describir y analizar la relación de la población del área del CeSAC 24 con el PSEAC de la TBC para mejorar estrategias de atención, prevención y promoción.

Objetivos específicos:

- Indagar conocimientos que tiene la población del área del CeSAC 24 en relación a la TBC.
- Conocer la percepción de la población del área de influencia del CeSAC 24 sobre la TBC.
- Identificar barreras de accesibilidad respecto a la TBC en la población del área de influencia del CeSAC 24.
- Construir propuestas para mejorar el acceso y abordaje del PSEAC con respecto a la TBC.

Propósito

Aportar a la mejora de las estrategias de promoción, educación para la salud y prevención de la TBC en el área de responsabilidad del CeSAC 24.

Facilitar el acceso a la atención de los problemas relacionados a la TBC en el CeSAC 24.

Estado del arte

Se utilizaron las plataformas de búsqueda de Pubmed, Google Académico y Lilacs. Se encontraron cinco estudios relacionados:

1) Tisoc Uria, J (2015). “Nivel de conocimiento en pacientes afectados de tuberculosis en el Centro de Salud María Teresa de Calcuta. Enero - Junio 2015” Universidad de Medicina Ricardo Palma (Perú). Objetivo: Determinar Nivel de conocimiento en pacientes afectados con TBC del Centro de Salud María Teresa de Calcuta en Enero a Junio del 2015. Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección de datos prospectiva en 76 pacientes con TBC en tratamiento del Centro de Salud para medir las variables se usó una encuesta validada. Resultados: 66% de los encuestados son del género masculino. El nivel de conocimiento de TBC es medio alto, el grado de instrucción si influye en el nivel de conocimientos sobre la tuberculosis.

2) Linet Delgado Gómez, L et al (2012). “Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en pacientes del Consultorio 12 del Policlínico Belkis Sotomayor Alvarez”. en el período comprendido de enero a diciembre 2009. Objetivo:determinar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis. pulmonar. Metodología: se aplicó una encuesta sobre el tema antes y después de la intervención educativa. De 1008 pacientes se obtuvo una muestra de 100 de ellos, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: se aumentó considerablemente el nivel de conocimiento después de la intervención en cuanto a grupos de riesgo, formas de recolección de la muestra de esputo, vías de transmisión, síntomas y signos de la enfermedad. Se recomienda aplicar el programa de intervención educativa a todos los consultorios para lograr un mejor cuidado a la población de esta área por parte del personal de la atención primaria de salud.

3) Tiña Paz, L. (2017) “Relación entre el conocimiento y actitud sobre la prevención de la tuberculosis pulmonar en alumnos de 5to años de la secundario I.E. Basadre Grohmann 2017”. Universidad Privada J C Mariategui. Facultad de Ciencias de salud. Escuela profesional de enfermería (Perú). Objetivo: Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud sobre la prevención de la tuberculosis pulmonar en esta población. Metodología: se utilizó una encuesta validada para la variable independiente y una escala modificada para la dependiente; estudio, prospectivo,, de corte transversal porque se mide la variable en una sola oportunidad. Diseño de investigación de tipo relacional porque se pretende. medir la relación entre dos variables. Población: 117 alumnos (65 mujeres y 52 varones). Para la

organización y sistematización de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 23. Resultados: se obtuvo en el nivel alto 53.33 %, regular con un 31.43% y 15.24% obtuvieron un nivel bajo de conocimientos; 52.38% presentaron actitud positiva frente a las medidas de prevención de la tuberculosis; Estadísticamente evidenciamos una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los estudiantes. no existe relación entre nivel de conocimiento y la edad del alumno.

4) Martínez Hernández, Y et al (2014). Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar (México). Objetivo: identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar nro 33 de Reynosa, Tamaulipas. México. Se incluyó al total de pacientes con diagnóstico de de primera vez seleccionados mediante censo nominal. Resultados: miento; 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico. De los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar.

Se observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar.

5) Laurente, J et al (2009). Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (Perú).. Objetivos: Describir el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente, compararlo por sexo, grado de instrucción y especificar las fuentes principales de información acerca de la tuberculosis. Materiales y métodos: estudio observacional, transversal. Población: 70 pacientes con diagnóstico de TBMDR en tratamiento durante el año 2009, pertenecientes a cinco centros de salud de la DISA V, Lima. Las variables fueron Se utilizó una encuesta para recolectar la información necesaria. Resultados: el 82.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la tuberculosis, el 51.4% obtuvo un conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una actitud adecuada con respecto a su enfermedad. Se explicitó una infravaloración de este conocimiento. En contraparte, encontramos una sobrevaloración del conocimiento sobre las medidas preventivas y aproximadamente sólo la mitad de los pacientes presentó un nivel adecuado de este conocimiento. No se encontró diferencia

significativa del nivel de conocimiento y actitudes de los pacientes por sexo y grado de instrucción. La principal fuente de información fue el centro de salud local. La distribución por sexo y grado de instrucción no fue significativa en ninguna de las categorías de conocimiento y actitudes ($p>0.05$).

Justificación

La tuberculosis es un problema de salud significativo tanto a nivel mundial como nacional, y en específico en el área en la que este equipo desarrolla su tarea. Fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 como una emergencia mundial en salud pública y es la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo, después del VIH. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

En la Argentina, se evidencia un aumento consecutivo de casos en los últimos años en todas las jurisdicciones, principalmente en aquéllas con situaciones socioeconómicas más desfavorables y/o zonas altamente urbanizadas, como la Ciudad de Buenos Aires.

En el 2017, se notificaron 11.695 casos, correspondiente a una tasa de 26,5 por 100.000 habitantes. El 90% fue clasificado como casos nuevos, recaídas y casos sin información de tratamiento previo; y el resto tenía registrado algún antecedente de tratamiento distinto a la recaída (pérdida de seguimiento, fracaso, traslado y otros). Ambos resultados marcan el comportamiento epidemiológico de esta infección tanto por su transmisión como por implicancias en la resistencia antibiótica. Se ha observado incremento en grupos jóvenes. Las muertes por TBC fueron 706. (Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC, 2019)

La Ciudad de Buenos Aires representa la segunda jurisdicción que más casos aportó al total del país en el 2018 (11,1% de los casos, con una tasa de 27.8/100.000) y, paralelamente, la de mayor pérdida de datos, registrando sólo el 21,1% de los casos (Gerencia Operativa de Epidemiología- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2019)

Por estos motivos, se dieron inicio a distintas estrategias mundiales y nacionales. A nivel local en el año 2013, el ex-Ministerio de Salud de la Nación fundó las normas técnicas del Programa de Tuberculosis para adecuar objetivos en cuanto al diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Un año después, la OMS aprobó la Estrategia Fin de la

Tuberculosis¹ como parte de los objetivos para garantizar una vida sana y promover el bienestar para el 2030.

Es de especial relevancia que esta enfermedad tiene un diagnóstico sencillo y un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos. Los factores demográficos, socioeconómicos y la epidemia causada por el VIH, han complicado el control de la enfermedad. La fuerte asociación con necesidades básicas insatisfechas podría influenciar en dificultades en el acceso a servicios de salud. (Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC, 2018)

En la actualidad, la tuberculosis continúa siendo una enfermedad envuelta en tabúes, creencias y mitos que generan un gran estigma social. Si bien esta situación varía en las diferentes culturas y comunidades, se ha observado que es frecuente el ocultamiento de la enfermedad, lo que incide en el diagnóstico y tratamiento (Souza, Silva y Meirelles, 2010).

Entendiendo a la accesibilidad como un vínculo entre las personas y los sistemas de salud, las complejidades de una enfermedad *tabú* en a poblaciones vulneradas, requieren de mayor análisis para poder acercarse a su comprensión. Este equipo parte de la premisa que los sistemas de salud deben conocer las representaciones sociales de los problemas de salud complejos, para así poder delinear estrategias ajustadas a las realidades de los territorios.

Situación a nivel del Área Programática del Hospital Piñero y contexto de estudio

El Hospital Piñero y el CeSAC 24 se encuentran ubicados geográficamente en las comunas 7 y 8 (respectivamente) de CABA. Estas comunas se caracterizan por presentar los peores indicadores socioambientales, económicos, demográficos y sanitarios con respecto al resto de la ciudad. La alta densidad poblacional, el déficit habitacional, la falta de acceso a servicios de salud, la carencia de vacantes en la escuela pública y los problemas vinculados al trabajo son las principales características del área de influencia. Paralelamente, ambas comunas son las más afectadas por la TBC, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1: Casos notificados y tasas x 100.000 habitantes de TBC según Comuna. Residentes de la CABA. Años 2017 (n=1188) y 2018 (n=1245).

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	157	62,0	143	56,2	-14
2	19	12,7	6	4,0	-13
3	70	36,3	79	40,9	9
4	137	57,4	155	64,8	18
5	43	23,0	44	23,5	1
6	26	14,1	21	11,3	-5
7	249	103,5	229	95,0	-20

¹ <https://>

Fuente: Boletín epidemiológico Semanal Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, febrero, 2019.

El Hospital Piñero y su área programática cuentan con un grupo colaborativo de profesionales de distintas disciplinas (medicina, enfermería, trabajo social, bioquímica, farmacia y psicología) abocadas específicamente a la temática de tuberculosis, en los distintos niveles de atención. El trabajo en red posibilita compartir objetivos comunes, intercambiar recursos, información y experiencias de trabajo, con la finalidad de articular el proceso de atención y cuidado de las personas con tuberculosis y sus contactos familiares e institucionales.

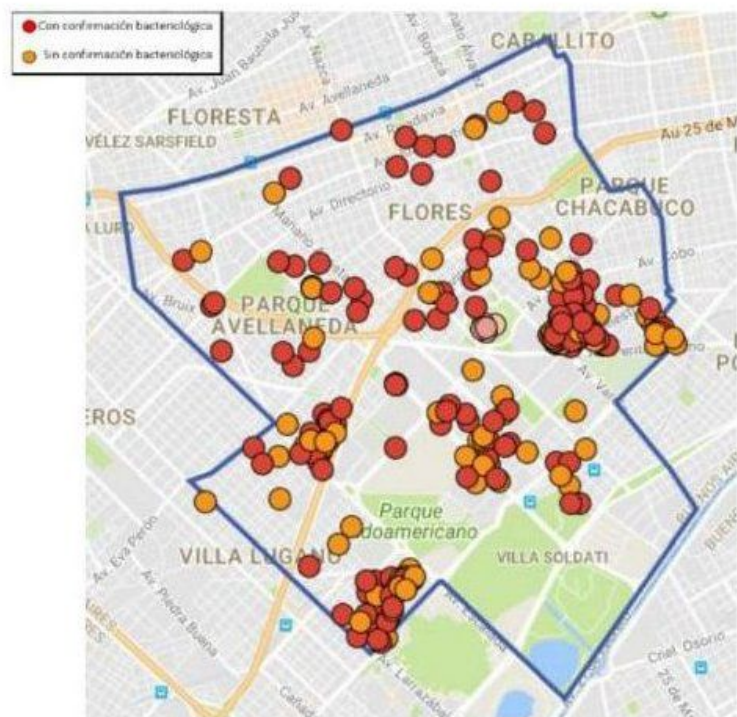
Según el boletín epidemiológico en el período del 1/1/2017 al 8/7/2017 fueron notificados por el Hospital Piñero y sus CeSAC, 120 casos de tuberculosis, de los cuales diez fueron notificados desde el Cesac 24 (Gerencia Operativa de Epidemiología- GCBA, 2018). Al momento de la fecha no se hallaron datos más actualizados.

El CeSAC 24 cuenta con un consultorio especializado en TBC, con atención sin turno, una vez a la semana. Es atendido de forma conjunta por una médica generalista y una trabajadora social. Durante el 2018, en el área de influencia del CeSAC 24, trece personas realizaron tratamiento, de las cuales 5 se acompañaron en este centro de salud. De estos últimos, se registró un abandono. La edad media de los casos notificados por el Hospital y del área programática fue de 32 años (DE:18 años).

El análisis de la distribución geográfica de los casos permitió identificar cuatro sectores del área programática con mayor incidencia de TBC: Villa 1-11-14, Villa 20, Barrios Carrillo y Fátima, y Villa Cildañez.

Se observa que el hospital notifica mayor número de casos que los centros de primer nivel, hecho que podría deberse a una tendencia histórica a la consulta hospitalaria.

Gráfico 1: Casos de TBC en AP-HGAPP, CeSAC u otros. Año 2017



Fuente: elaborado por AP-HGAPP en base a SNVS-TBC

Acerca de los/as autores/as

Este trabajo de investigación se enmarca bajo la formación de la Residencia de Medicina General del Cesac 24. Como parte del programa formativo de la sede, el equipo de residentes de 2do a 4to año cuentan con un espacio de investigación que se desarrolla durante media jornada laboral, una vez a la semana. Se cree importante aclarar que no se cuenta con formación específica en investigación, pero la propia experiencia año a año, el acceso a bibliografía y el apoyo de referentes de planta, permite profundizar el aprendizaje en esta competencia. En este sentido, en el centro de salud se cuenta con el acompañamiento de una médica generalista y epidemióloga durante el proceso de investigación en las distintas etapas.

Particularmente, este trabajo representó un desafío puesto que ninguno de quienes forman parte de este equipo había participado de grupos focales ni contaba con experiencia en el análisis cualitativo.

Marco Teórico

1. Accesibilidad

A los fines de este trabajo, se recuperaron las palabras de Mario Testa (1996) que entiende a la accesibilidad como *el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad*. Para que la población se acerque a los servicios de salud, Yamila Comes (2007) propone la eliminación de barreras geográficas, económicas, administrativas y simbólicas. Estas últimas son las que se constituyen entre el imaginario social y las representaciones que la población construye en torno a los servicios de salud. Por lo tanto, la accesibilidad puede ser comprendida como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios a partir de una combinatoria entre las *condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos* (Stolkiner y Otros, 2000). Estas relaciones, a su vez, se ven atravesadas por experiencias previas, contextos sociales y por factores de clase, de género y de interculturalidad, que aportan a este encuentro.

2. Perspectiva de Derechos

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es

decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. Para que este ejercicio sea real, necesariamente deben ser cumplidos también el derecho a la libertad de elección, a la identidad cultural, a la participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas, a la vivienda, entre otros. Esta visión de integralidad estuvo presente durante todo el proceso en el que se redactó y aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. En 1993 con la Declaración de Viena se afirmó la igualdad de los mismo declarandolos *universales, indivisibles e interdependientes*. (Ase y Buriyovich, 2009).

3. Promoción y educación para la salud

La promoción de la salud es una estrategia que se dirige a promover la vida en sus múltiples dimensiones haciendo eje en el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para transformar las condiciones de vida y de trabajo que subyacen a los problemas de salud (Czeresnia, 2003). Para este equipo, es entendida como una acción socio-política que involucra más actores que el sector salud, y que debe adecuar las prácticas a los contextos.

La educación para la salud busca recuperar los saberes de la población, y siguiendo a Menéndez (1988) “no implica sólo saber más sobre prevención específica, sino que supone sobre todo una estrategia de saber que conduzca a un proceso creciente de autonomía sobre los procesos de salud enfermedad” .

4. Participación comunitaria

Se entiende a la participación comunitaria como productora de acciones socializadoras y concientizadoras, que permita compartir e intercambiar conocimientos, intereses, objetivos, vivencias, involucrando los sujetos, alterando las relaciones de poder instituidas y promoviendo cambios en las condiciones materiales y subjetivas de existencia. Transformaciones sustentables, perdurables e incorporadas por los distintos actores, democratizando el sentido de pertenencia (Rodríguez, Cortázar, Haberkorn, 2005)

5. Percepción del Proceso Salud -Enfermedad- Atención- Cuidado

Es necesario recuperar las percepciones de las personas en lo que respecta a sus condiciones y formas de vida, a su estado de salud y a los distintos modos en que se organizan al interior de los barrios. Este es un aspecto de gran importancia para dar cuenta

de la complejidad del PSEAC, pues coloca el foco de atención en la subjetividad. La misma se constituye a partir de las redes familiares y sociales, las posibilidades educativas, la inserción ocupacional, el lugar donde vivimos, como así también por los deseos, los temores, las formas de pensar y de sentir (Climent, 2012) . Todo esto se enmarca en un determinado momento socio-histórico que atraviesa y modela las formas en que las personas existimos. Este “*modo de estar en el mundo*” habla de cómo satisface las necesidades, las formas en que se percibe nuestra salud. La forma en la que se actúa (o no) frente a dichas percepciones no escapa a estas circunstancias y al modo en que la subjetividad se configura (Abramzón et al, 2006). Estos modos de percibir, de sentir, son inherentemente *situados*, es decir, inscriptos en espacios determinados, conferidos al territorio: un lugar, espacio, una cartografía o coordenada donde algo es contado, narrado, vivido. Cada uno tendrá lo que Bourdieu denominó “*efectos del lugar*”, un concepto que Auyero y Swistun (2007, 2008) rescatan para enfatizar las problemáticas que afectan de modo diferencial según el nivel socioeconómico de las personas. Se cita a los mismos autores recuperando el concepto de “sufrimiento social”:

Qué efectos tiene, sobre la vida de los destituidos, vivir en el medio de la basura y el veneno y las maneras en que sienten, piensan y construyen un sentido colectivo sobre la vida contaminada [...], el hábitat miserable en el que viven los pobres urbanos es una preocupación más bien marginal, sino ausente (Auyero y Swistun, 2007: 140).

El territorio en tanto construye a los sujetos, invita desde *un pensar situado*, donde las coordenadas que marcan su cartografía son socioculturales y espaciales, pero también hablan de ritualidad, significaciones y vida cotidiana del colectivo y de cada individuo en particular (Carballeda, 2015). Este trabajo apunta a vincular las percepciones de las personas sobre el PSEAC de la TBC en relación a vivir en estos barrios y las maneras en que éstas sienten, piensan y construyen un sentido (individual y colectivo) sobre sus condiciones de vida.

6. Clínica ampliada

Souza Campos (1966-1997) elabora una crítica a la clínica centrada en la enfermedad, a la mirada reducida en lo técnico. Propone ampliar el horizonte y priorizar a la persona, al *sujeto* que sufre. Resalta que, al ignorar la singularidad de cada uno y su

contexto, la clínica se empobrece perdiendo, inclusive, la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos. Aún así, es menester tener en cuenta la relación que el sujeto tiene con su enfermedad:

“ Es importante buscar una nueva dialéctica entre el Sujeto y la enfermedad. Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad al descartarse cualquier responsabilidad por la historia de los Sujetos, ni la revolución, en el otro extremo: la dolencia entre paréntesis, como si no existiera, cuando en verdad, ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo, anulando el silencio de los órganos.” (Souza Campos, 1997, pág 3)

La clínica del Sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo. Las producciones de conocimiento deben estar pensadas desde esta perspectiva para así poder ser funcionales a prácticas contextualizadas y situadas en los sujetos complejos.

Metodología

Dadas las características del problema a investigar, se eligió el enfoque cualitativo mediante la realización de Grupos Focales como técnica de recolección de la información.

La investigación se llevó a cabo en el período comprendido desde Enero a Agosto del 2019.

Se realizaron dos grupos focales (el primero con fecha el 27 de marzo de 2019 - llamaremos GF 1- y el segundo, el 10 de abril de 2019- GF 2-). Se estableció un mínimo de cinco participantes por grupo, alcanzando una participación con la mínima en el primer encuentro, y con 6 participantes en el segundo.

Como criterios de inclusión se establecieron que las personas tengan la mayoría de edad, que sean residentes del área de responsabilidad del CeSAC 24 y que no tengan diagnóstico actual o pasado de TBC. En todos los casos se cumplieron los requisitos.

Para la conformación de los grupos se convocó distintas organizaciones y/o instituciones barriales y dispositivos del centro de salud, para ambas fechas. Se logró de forma espontánea una composición variada en cuanto a las características de cada participante, siendo en su mayoría mujeres.

Para garantizar la voluntariedad en la participación de forma anónima, se entregó, previo a la realización de los grupos focales, un consentimiento informado y una hoja de información para cada participante, explicando el desarrollo y finalidad del mismo.

Los grupos focales se llevaron a cabo en el estar de la Residencia de Medicina General del centro de salud.

La metodología se desarrolló según lo propuesto por Escobar y Bonilla¹: el grupo investigador distribuyó roles, contando con una coordinadora central del grupo, una moderadora (para la garantizar la circulación de la palabra y alinear las intervenciones) y dos observadoras quienes registraron el lenguaje no verbal y citas en contexto. El equipo así conformado junto a los/as participantes, se dispusieron en ronda alrededor de la mesa. A su vez, se realizó grabación de audio de ambos encuentros.

Para cumplir con los objetivos de la investigación, la intervención del grupo se basó en tres ejes temáticos: saberes acerca de la tuberculosis, barreras de accesibilidad y circuitos de atención, y propuestas. Para el abordaje de los mismos se establecieron preguntas abiertas de elaboración propia (ver anexos “herramienta metodológica”), con tiempo cronometrado entre las mismas con el fin de evitar sesgos. Aún así, es importante mencionar que este objetivo no pudo ser cumplido, por lo que en algunos ejes se logró profundizar más que en otros. También se debe mencionar que en el segundo grupo focal no se alcanzó abordar todos los interrogantes debido al factor tiempo. Por último, cabe mencionar que un participante del GF 1 decidió abandonar el encuentro durante el desarrollo del primer eje (ver luego en “observaciones de la dinámica grupal”).

Una vez realizados ambos encuentros, como primera medida, se desgrabaron ambos encuentros y luego se utilizaron distintos instrumentos para el análisis, como así también. A continuación se describen las herramientas utilizadas:

- Análisis clásico de contenido
- Palabras clave en contexto
- Análisis del discurso
- Microanálisis: entre pregunta y participante: consenso/disenso/neutro; declaración sustanciosa

En relación al primer ítem mencionado, se asignaron los siguientes códigos: tratamiento, información, prevención, vergüenza y otros sentires, causas, atención y problema de salud.

Durante el desarrollo de los grupos focales se realizaron observaciones del lenguaje no verbal; sin embargo no se realizó un análisis de esta herramienta.

Características de los Grupos Focales

-Grupo Focal 1 (GF 1): participaron cinco personas con rango etario entre 30 y 66 años, tres mujeres y dos varones. Entre sus ocupaciones se encontraban: dos promotoras y un promotor de salud, una promotora de género territorial (militante de espacio político relacionado a consumo problemático de sustancias) y un participante del dispositivo de Adultos Mayores del CeSAC.

-Grupo Focal 2 (GF 2): participaron seis personas de entre 18 y 77 años, de las cuales cinco fueron mujeres, y uno varón. Entre las ocupaciones: un participante del dispositivo de diabetes en el centro de salud, y cuatro usuarias del centro de salud; una de ellas también participa en un grupo de pares para el acompañamiento de personas en consumo problemático de sustancias.

	Género	Edad	Relación con el CeSAC	Identificación
Grupo Focal 1	Mujer	51	Promotora de salud	P1
	Mujer	66	Promotora de salud	P2
	Mujer	30	Promotora de género de institución barrial	P3
	Varón	56	Participante de un grupo de pares del Cesac	P4
	Varón	52	Promotor de salud	P5
Grupo Focal 2	Mujer	18	Usuaría del CeSAC	P1
	Mujer	45	Usuaría del CeSAC	P2
	Mujer	23	Participante de grupo de pares de institución barrial	P3
	Mujer	35	Participante de grupo de pares de institución barrial	P4
	Mujer	77	Participante de un grupo de pares	P5
	Varón	45	Promotor de salud	P6

Consideraciones Éticas

El protocolo de este trabajo fue presentado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero a inicios de año 2019, según las normas establecidas y requisitos correspondientes.

Escuela de pensamiento

Para este trabajo se adhirió a un marco epistemológico con enfoque interpretativo. El mismo implica que su objeto de estudio son los conceptos que ayuden a comprender los fenómenos sociales en los medios naturales, dando la importancia a las intenciones, experiencias y opiniones de todos y todas los/las participantes. Adhiere al sistema hermenéutico ya que contempla que la realidad no es algo ya “dado”, sino que se (de)construye la(s) forma(s) en la que se concibe el conocimiento.

Resultados y Análisis

A continuación se desarrollará el análisis según los ejes temáticos descritos en la metodología.

1. Saberes acerca de la tuberculosis

En ambos grupos afirmaron haber escuchado alguna vez acerca de la tuberculosis, salvo una participante en el GF 2 (P1, mujer, 18 años).

Los/as participantes que son promotores/as de salud, mayoritarios en el primer grupo focal (GF 1, P2, P4 y P1 66, 51, 52 años; y P6 en GF 2, 45 años), atribuyeron su conocimiento a su formación: “sí, nosotros estudiamos también eso, en el curso de promotores hay un bloque, una parte que hablamos, estudiamos sobre tuberculosis. Y conozco personas que tienen” (GF 1, P5, varón, 52 años).

Cabe destacar que dos participantes en el GF 1 y tres en el GF 2 recurrieron a experiencias personales como fuente de conocimiento, relacionadas, en su mayoría, a casos o contacto con tuberculosis en sus familias y otros vínculos cercanos.

En los relatos se evidencia confusiones entre los términos “infección”, “enfermedad” y “profilaxis”. Una participante hablando de su hijo, quien recibió tratamiento profiláctico por un caso escolar, comentó: “yo tuve el caso de mi hijo el año pasado en el

colegio se detectó TBC, después de una charla le mandaron a hacer todos los estudios. Le pusieron el reactor acá, viste para ver, le dió positivo, osea que tuvo un tratamiento de 6 meses, no solo a él sino a varios compañeritos del colegio. Después de 6 meses, le hicieron placa, le mandaron a hacer estudios, y estaba bien.”(GF 2, P2, mujer, 45 años).

Ante la pregunta “¿qué saben sobre la tuberculosis?” surgieron comentarios acerca de la etiología (“el bichito” o “el virus”), causas medioambientales y orgánicas (defensas bajas, consumo de sustancias, bajos recursos, alimentación inadecuada, situación de calle).

Durante el desarrollo del primer grupo se resaltó la responsabilidad individual sobre los cuidados de la salud: “si yo estoy bien alimentada y trato de lavarme las manos antes de comer, tener alguna higiene, ya sea por mas rápida, no me puedo contagiar ”(GF 1, P1, mujer, 66 años).

En ambos grupos se destaca el encierro de los ambientes, el hacinamiento y la falta de ventilación como condiciones predisponentes para el contagio. Una participante hace referencia a los talleres de costura y las condiciones laborales: “ahí [refiriéndose a talleres de costura] es un hacinamiento donde no hay higiene no hay nada.” (GF 1, P1, mujer, 66 años,).

Se reforzó el tiempo prolongado de exposición como factor causal: “es cuando estamos en contacto por cuatro horas en un lugar muy cerrado”(GF 1, P1, mujer, 66 años); “claro, en un viaje largo se puede contraer; o por ejemplo si viajamos en un subte o un colectivo, no.” (GF 1, P2, mujer, 51 años); y se mencionó en varias ocasiones el miedo al contagio en espacios comunes, específicamente en instituciones barriales relacionadas a consumo problemático de sustancias. Una participante de estos espacios, comparte: “donde nosotros hacemos el tratamiento, lamentablemente, vos ves a los pibes, de repente se te cruzan un montón de cosas por la cabeza, decís bueno...viene recién... se te cruza puede tener HIV, un montón de cosas puede tener” (GF 2, P4, mujer, 35 años).

Un participante asoció específicamente la posibilidad de padecer la enfermedad con la condición de migrante, haciendo especial hincapié en personas provenientes de países limítrofes y su posible falta de vacunación. Agrega además que “la tuberculosis está allá (...), no en mí” (GF 1, P5, varón, 52 años, señalando afuera del centro de salud). Este relato denota un distanciamiento de su persona en relación al resto de la comunidad; si bien quedan interrogantes sobre el por qué de esta postura, impresiona estar atravesada por condiciones de clase, etnia y género.

Ambos grupos mencionaron que la tuberculosis afecta los pulmones y que la infección se desarrolla en etapas; se describieron síntomas y formas de transmisión. Se afirmó que la infección se distribuye de forma universal y que se presenta de forma latente en todas las personas: “el bichito está dormido en todos”. (GF 2, P6, varón, 45 años). Una persona destaca al hospital como un espacio de mayor concentración del agente.

En varias oportunidades, los/as participantes entendieron la prueba de tuberculina como una forma de “test” diagnóstico que determina de forma categórica la presencia o ausencia de enfermedad.

Acerca del tratamiento

En cuanto al tratamiento, se mencionó la posibilidad de curación, habiendo consenso en ambos grupos: “pero haciendo tratamiento, se cura” (GF 1, P4, varón, 56 años); “y tampoco es para decir ‘no, no, mi familia se metió en drogas’. Se va a curar, pero se tiene hacer como corresponde” (GF 1, P2, mujer, 66 años). En relación a esto, se enfatiza que el tratamiento es prolongado y riguroso; una promotora de salud asocia el tratamiento incompleto con la posibilidad de resistencia posterior. También surgen discursos sobre la juventud como factor que facilita la curación: “porque es una criatura, es joven. En mi caso, en mi pensar en una persona mayor, ahí ya no... vería que va a ayudar el tratamiento, pero no sé si tendría cura” (GF 2, P4, mujer, 35 años). Es interesante el discurso de una de las participantes del GF 1 quien enfatiza en la gratuidad de la medicación y el seguimiento, evidenciando esto, tanto como facilitador en el acceso, como responsabilizando a las propias personas de completarlo. Se identifica tanto al CeSAC y al hospital como instituciones factibles para realizar el tratamiento.

Resulta interesante que un participante afirmó que no puede saber sobre la tuberculosis, o en sus palabras “saber a fondo o total”, porque ‘no la sintió’, realizando una valoración del conocimiento sobre esta enfermedad a raíz de la vivencia en primera persona, y agrega: “yo lo único que sé es que no es cosa buena, es cosa mala” (GF 1, P4, varón, 56 años).

Ambos grupos consideraron que circula poca información sobre tuberculosis y explicitaron la necesidad de difusión de la temática en la comunidad e instituciones.

Los/las participantes expresaron que la información permite generar empoderamiento y así evitar temores y consecuencias (físicas y sociales) asociadas a la

enfermedad, como se mencionará luego. Se nombró al centro de salud como un lugar de referencia para acceder a la misma.

Los/as participantes interpretaron al grupo focal como “un taller informativo”.

Acerca de sentires

Ante la pregunta “¿qué piensan qué le pasa a una persona que tiene tuberculosis?” surgieron, en primera instancia, respuestas vinculadas a emociones, y en un segundo momento, a los síntomas físicos y efectos adversos del tratamiento.

Muchos/as participantes comparten que las personas que tienen tuberculosis podrían experimentar sentimientos con connotación negativa: “se desanimaba... viste como cuando te baja toda la autoestima, se sentía débil, no se podía levantar de la cama, nada. Yo sentía que pasaba eso, pero nunca decía nada”; “No tenían fuerza para hacer nada” (GF 2, P3, mujer, 23 años, hablando de su madre); “desanimado” (GF 2, P6, varón, 45 años); “era como que estaba deprimida”(GF 2 ,P4, mujer, 35 años); “el momento de angustia que estábamos pasando todos, estábamos todos muy asustados” (GF 1, P3, mujer, 30 años).

Aparecieron muchos comentarios en relación a la discriminación, la burla y el ocultamiento: “como que te aislan (...) como un extraterrestre, andá allá que vos no pertenecés acá”; “después no lo quiere decir, no lo quieren compartir, porque las otras personas lo están apuntando con un dedo” (GF 2, P4, mujer, 35 años); “cuando nos medicaron a nosotros, y yo iba al colegio y bueno sí, vos sos la que tomas la pastilla y me burlaban, entendés (...) existía esa burla” (GF 2, P3, mujer, 23 años).

En el GF 1 se menciona que muchas personas con tuberculosis podrían sentir miedo debido a la falta de información: “si no está bien informada le da miedo, inclusive a la familia” (GF 1, P2, mujer, 66 años).

En el GF 1, ante la pregunta “¿alguna vez escucharon hablar de la tuberculosis?”, aparece la vergüenza como impedimento para el acceso a la consulta, y se presume que, las personas con tuberculosis, sienten pudor al ser posibles transmisores de la enfermedad: “piensan que van a contagiar al resto y por vergüenza no vienen a hacerse tratar” (GF 1, P2, mujer, 66 años).

Con respecto a las manifestaciones físicas, se describieron algunos síntomas típicos: “igual perdés el apetito, bajás de peso” (GF 2 ,P5, mujer, 77 años); “no dormís de noche dicen de la tos” (GF 2, P6, varón, 45 años). Se caracterizó a la hemoptisis como síntoma de

gravedad, relacionándolo con la postergación de la consulta: “eso ya era un caso extremo” (GF 2, P2, mujer, 45 años), “eso ya es lo último” (GF 2, P4, mujer, 35 años), “no es nada normal que la persona esté tosiendo y escupiendo sangre” (GF 1, P5, varón 52 años).

Una participante sostuvo que la aparición de los síntomas típicos es una expresión de enfermedad avanzada e hizo hincapié en la importancia de la consulta temprana para evitarlos: “para no llegar a ese punto, ponele que es el límite, uno tiene las posibilidades de hacerse los estudios para detectar y ahí tomar lo que te den, para no llegar al punto de decir bueno, ya estoy” (GF 2, P4, mujer, 35 años).

En relación a la consulta oportuna, en el GF 1, se enumeraron los síntomas típicos como tos crónica, fiebre, pérdida de peso y decaimiento. Se mencionó como un problema cuando las personas ‘no quieren consultar’ así como también, se señaló la automedicación, como una forma de postergar la consulta. También se mencionó el ‘chequeo médico’ con el fin de evitar la aparición de la enfermedad, colocando una responsabilidad individual en el cuidado de la salud.

Al indagar acerca de la posibilidad de cura, una participante contó: “yo soy de Perú y ahí sólo la gente que tiene dinero se cura de la tuberculosis. La gente que tiene dinero la llevan a una ciudad donde están todos los tuberculosos y ahí hay especialistas y todo, pero cuesta fortuna (...) allá como la medicina cuesta mucho hacemos como bolsas [refiriéndose a colectas de dinero], para que esa persona pueda restablecer su salud; y siempre pensando en que, por decir, que mañana más tarde, nos puede estar pasando lo mismo, y nos vendría bien una ayuda, siempre hacemos eso” (GF 1, P2, mujer, 66 años). En este relato se identificó al aislamiento y al encierro como componentes del tratamiento: “así como aislaban a la gente de la lepra, también de la tuberculosis”; luego hablando de las personas que no acceden: “directamente se mueren las personas porque no los aíslan, no tienen lugar a dónde ir, no hay medicación, no hay información”; (GF 1, P1, mujer, 66 años); “por lo que tengo entendido el tratamiento es en un hospital, encerrados” (GF 1, P3, mujer, 30 años) “osea, que el hospital lo hacía apartar de la familia en una casa aparte” (GF 1, P4, varón, 56 años).

En el GF 2, se explicitan efectos adversos del tratamiento farmacológico como vómitos, náuseas, dolor abdominal y pigmentación de la piel. Algunos relatos provinieron de experiencias cercanas: “a raíz de los remedios, depende como es la reacción que tiene el cuerpo (...) a mi me dan ganas de devolver, me duele el estómago.” (GF 2, P4, mujer, 35

años, hablando de quimioprofilaxis); “no pueden estar al sol mucho tiempo prolongado porque se le hacen manchas blancas en la piel” (GF 2, P2, mujer, 45 años). Se hace referencia a la carga burocrática que conlleva el tratamiento y se entiende que esto puede interferir o dificultar la adherencia, “venir todos los meses al Piñero (...) tener que esperar ahí dos horas que te den la medicación porque te tienen que buscar en la carpeta” (GF 2, P2, mujer, 45 años).

En relación a los contactos², una participante hace referencia al desconocimiento que estas personas podrían tener en cuanto a su riesgo de contraer la infección. Menciona la importancia de sugerirles que realicen una consulta: “quizás no lo detecta tampoco (...), capaz necesita a alguien que le esté diciendo” (GF 1, P3, mujer, 30 años).

2. Mitos y prejuicios

Se compartieron tres relatos³ ficticios, intentando habilitar posibles ideas estigmatizantes en cuanto a la tuberculosis.

Al introducir una pregunta acerca de formas de prevención, la misma se entendió automáticamente como prevención primaria: “de evitarla, [la tuberculosis] no [se puede]” (GF 2, P4, mujer, 35 años). Si bien se sostuvo en forma generalizada que no es necesario realizar limpiezas profundas ante casos cercanos de TBC, se enfatiza que la limpieza general de las casas no debería estar supeditada únicamente a esta condición. Aún así, algunas participantes sostuvieron que esta medida junto a la ventilación de los hogares, el lavado de manos y el uso de alcohol en gel previenen el contagio de infecciones. En disenso con estas ideas, algunos/as participantes consideraron estas medidas como insuficientes: “por más que limpie toda la casa con lavandina...la vereda, la casa, todo está en todos lados, está en el colectivo, en el premetro... donde vos vayas está [la tuberculosis]” (GF 2, P4, mujer, 35 años).

En base a una experiencia personal, una de las participantes enumeró medidas instauradas en pos de evitar la diseminación del agente: “desde que pasó lo de la tuberculosis empezamos a poner alcohol en gel para que los chicos cada dos por tres vayan a limpiarse (...), reforzamos la limpieza de los cubiertos, de los vasos, de lo que sea” (GF 1, P3,

² Contacto: personas que comparten temporalmente un espacio común con un paciente con TBC. Según el tiempo de exposición se clasifican en: 1 Contactos íntimos: personas que pernoctan bajo el mismo techo de un enfermo con TBC o contacto diario igual o mayor de 6 horas. 2. Contactos frecuentes: contacto diario menor de 6 horas. 3. Contactos esporádicos u ocasionales: no en forma diaria. (Tuberculosis, guía para el equipo de salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2015)

³ Ver en anexos “Herramienta metodológica- Eje “Mitos y prejuicios”

mujer, 30 años). En disenso, P2 (GF 1, mujer, 66 años) contestó: “pueden comer de un mismo plato y no nos íbamos a contagiar.”

Dos mujeres de ambos grupos destacan que el cuidado propio de las personas con diagnóstico de tuberculosis involucra necesariamente cuidar a otros/as de su entorno: “pero el tema es no aceptarlo... saber y no admitirlo, y no querer aceptar lo que uno tiene porque no sólo es de aceptar uno, sino es, creo yo, de cuidar al otro” (GF 2, P4, mujer, 35 años); “tenemos un montón de gente detrás que si me contagio yo, contagio a muchas personas también, pero para cuidarnos entre todas y sepamos que es por cuidarnos todas; porque no le vamos a cerrar la puerta a nadie pero la realidad es que también queremos cuidarnos por esto,” (GF 1, P3, 30 años).

Al introducir un relato acerca de las condiciones y derechos laborales, se discute sobre condiciones de trabajo inadecuadas como el hacinamiento y la falta de ventilación de los espacios físicos (hablando específicamente de los talleres clandestinos). En el GF 1 sólo una participante sostuvo en primera instancia, la importancia de cuidar la fuente de trabajo de las personas, evitar los despidos y propone opciones como la licencia médica. En el GF 2 hubo consenso mayoritario en que echar a un trabajador por tener TBC es una medida injusta: “está mal, pobre, se quedó sin trabajo, sin motivo ni razón” (GF 2, P2, mujer, 45 años). Se menciona el lugar de la responsabilidad individual en el tratamiento desde una perspectiva meritocrática “es algo injusto porque él sí estaba haciendo el tratamiento como corresponde” (GF 2, P4, mujer, 35 años).

En ambos grupos focales, se deja entrever la complejidad que implica el tratamiento y se enfatiza de forma consensuada sobre la importancia del acompañamiento a estas personas tanto desde el sector salud como de la red vincular: “más que nada un acompañamiento y creo que aconsejar a la otra persona” (GF 2, P4, mujer, 66 años).

En relación a otros factores socioeconómicos, en el GF 1 se hizo énfasis en que no hay correlación entre el contagio y la edad, país de origen, estrato social, características físicas o viajes recientes. Se evidenció una desaprobación uniforme a los discursos xenofóbicos: “para mí que es muy prejuicioso, muy discriminatorio”(GF 1, P2, mujer, 66 años). Aún así, es menester resaltar que estas relaciones de poder y discursos discriminatorios se explicitaron en otras instancias sin que se problematicen.

Nota: en el GF 2 no se pudo comentar el relato ya que la mayor parte de los/as participantes debían retirarse y se decidió priorizar otro de los ejes.

3. Abordaje desde el CeSAC

Al indagar acerca de la capacidad de atención desde el centro de salud y la dimensión de esta problemática, en el GF 1 se afirmó que hay pocos casos y que por lo tanto “no es un problema”(GF 1, P1, mujer, 51 años); “no es un problema visible, pero existe” (GF 1, P3, mujer, 30 años). Se vinculó una mayor incidencia en instituciones relacionadas al consumo de sustancias. Aún así en ambos grupos se reforzó la necesidad de difusión sobre la temática.

No fue uniforme el nivel de conocimiento en cuanto a los recursos disponibles en el centro de salud. Sin embargo algunas/os participantes reconocieron días y horarios de atención del consultorio específico de TBC.

El GF 1 rescató las actividades llevadas a cabo por promotores/as de salud como una línea de acción desde el cesac, en contraposición al otro grupo donde no se perciben actividades llevadas a cabo desde la institución.

En cuanto a las percepciones de la capacidad del CeSAC para abordar esta problemática, hubo consenso sobre su factibilidad, pero remarcaron limitaciones materiales: medicación, equipamiento, demanda y posibilidad de realizar radiografías: “en cuanto a médicos sí, a medicina no sabría.” (GF 1, P2, mujer, 66 años); “Si se arma algo en serio, sí podría” (GF 2, J, varón, 45 años); “supongo que sí por los pocos casos que hay. Si hubieran cincuenta personas, cien personas, esto no da abasto. Pero si vienen cuatro o cinco personas.... Tenemos los médicos que están dispuestos a dar la medicación” (GF 1, P1, mujer, 51 años). Retomando una experiencia cercana, una de las participantes calificó positivamente la atención brindada en este CeSAC y compartió su satisfacción por haber recibido información y contención: “la verdad nos atendieron re bien, nos super informaron, le dijeron que una vez que si daba positivo, nos hacían el test a toda la familia; la verdad una atención super, para el momento de angustia que estábamos pasando todos, estabamos todos muy asustados y a mi mamá la verdad que la atendieron re bien acá en la salita.” (GF 1, P3, mujer, 30 años).

Nota: este eje se abordó parcialmente en el GF 2.

4. Eje propuestas

En líneas generales surgieron propuestas de índole colectivas, con énfasis en la promoción de la salud. Específicamente en el GF 1 se remarcó sobre la importancia del

vínculo del CeSAC con instituciones barriales y planificación acorde a las necesidades de las mismas; en ese mismo momento, entre las propias participantes se propuso una articulación para trabajar la temática.

Como otra estrategia posible se mencionó la difusión (folletería, cartelera), pero en el GF 2 hubo disenso ya que uno de los participantes afirmó que los folletos ‘no funcionan’.

Quienes son promotores/as de salud insistieron en la importancia de las postas de salud⁴ como estrategia territorial para detección de casos, difusión y conocimiento de la población; “lo que hace este centro de salud es muy importante, hace postas, cuando el individuo, la persona, o el vecino no viene, el centro sale a hacer posta y así vos podés prevenir tuberculosis” (GF 1, P5, varón, 52 años). Remarcaron que éstas deberían realizarse con mayor frecuencia. Estos mismos participantes relacionaron la responsabilidad del Estado para con la comunidad en más de una oportunidad: “yo creo que el Estado tiene que salir a buscarlos” (GF 1, P5, varón, 52 años).

5. Análisis del discurso en relación a la Salud Pública y al Modelo Médico Hegemónico

De manera transversal al desarrollo de ambos grupos focales circuló un discurso, en cuanto al saber y a las prácticas en salud, congruente con algunos de los rasgos principales del Modelo Médico Hegemónico (de ahora en más, MMH) como lo describe Menéndez (1988). De esta forma, al abordar las medidas de prevención, se mencionó como fundamental “el chequeo médico”; así como cuestiones relacionadas al estilo de vida: “si yo estoy bien alimentada y trato de lavarme las manos antes de comer, tener alguna higiene, ya sea por mas rápida, no me puedo contagiar ”(GF 1, P1, mujer, 66). Así se reforzó una noción individualista respecto a la responsabilidad de cuidados.

En diversas ocasiones los/as participantes legitimaron sus opiniones o comentarios alegando que provenían de algún/a profesional de salud: “eso es lo que nos dijeron los médicos”(GF2, Ve, mujer, 45 años). Esto puede estar asociado a la asimetría en la relación médico-paciente, la subordinación y exclusión del saber de los/as pacientes, propias del MMH.

⁴ Posta de salud: es un dispositivo que consiste en definir un lugar, limitado y visible que permita generar un espacio donde se lleven a cabo actividades específicas, tanto asistenciales como de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud. (RIEPS, 2013, p.33).

A su vez, algunas voces validaron prácticas que pueden estar comprendidas en procesos de autoatención en tanto a representaciones y actividades que las personas utilizan para diagnosticar y atravesar problemas de salud, sin la intervención central del sector salud (Menéndez, 2003): “pienso yo que el cuerpo avisa” (GF2, E, mujer 75 años), “el cuerpo es consciente de sí mismo y avisa cuando algo está fuera de lugar” (GF2, J, varón, 45 años).

Al analizar el discurso detrás de frases como: “la tuberculosis está allá [afuera del CeSAC]”, “cuando la persona no viene, el centro sale a hacer postas de salud”, “el Estado tiene que salir a buscarlos”, recuerdan discursos vinculados a los modelos de salud pública de comienzos del siglo XX. En ese contexto histórico, este paradigma intentaba dar respuesta a la eliminación de vectores (Modelo epidemiológico vectorial), cuya organización se basaba en la influencia militar. Se utilizaban conceptos como *campana de carácter territorial, control, ejército sanitario*, quedando asociada la Salud Pública con la ‘guerra’ (Rovere, 2012).

En palabras de Carrillo: "la defensa de la Salud Pública debe ser una defensa organizada, porque las enfermedades son ejércitos formados por enemigos invisibles; porque los microbios se organizan muy bien....Entendemos que los médicos debemos familiarizarnos con el ejército." "Los colegas médicos que me escuchan deberán comprender que en este nuevo planteo peronista de la medicina hay una manera de pensar militar, en la que se exigen las condiciones que deben exigirse a un soldado" (Rovere, 2004).

Si bien algunas de estas representaciones fueron superadas, muchas de éstas aún continúan vigentes en la actualidad.

Discusión

En primera instancia, resulta importante resaltar que los discursos de las personas de los GF pueden haber estado influenciados por el hecho mismo de haber propuesto desde el equipo investigador abordar esta temática. Aún así, los/as participantes demostraron tener un registro de la importancia del tema y manifestaron preocupación por la falta de información.

Es interesante rescatar, como se describió en el análisis, que en ambos grupos focales circuló un gran caudal de saberes sobre tuberculosis, el cual no fue identificado como conocimiento válido. Se mencionaron algunos conceptos técnicos correctamente aplicados, sobre todo lo referente a contactos de TBC o a los factores de riesgo para contraerla; otros,

sin embargo, parecían menos delimitados, especialmente relacionados al diagnóstico, a la profilaxis y el tratamiento.

En cuanto a las emociones negativas que pueden atravesar las personas con tuberculosis, cabe remarcar que, por un lado, emergió la estigmatización social y el impacto en la subjetividad de estas personas y sus vínculos, de forma evidente. Esto implicó un hallazgo para el equipo investigador, ya que se partía de suponer que estos factores estarían más naturalizados. A pesar de la relevancia que se le dió a dichos sentires, no hubo un correlato con las propuestas enumeradas por los/las participantes para abordar la problemática.

Resulta importante resaltar que estos relatos surgieron a raíz de la pregunta “¿qué creen que le pasa a una persona que tiene tuberculosis?”, la cual apuntaba a indagar acerca del conocimiento sobre la sintomatología de la enfermedad. La distancia entre las respuestas emergidas y las esperadas, expone el atravesamiento de este equipo por el modelo médico hegemónico y el reduccionismo biologicista que se intenta cuestionar.

Como se desarrolló previamente, en varias ocasiones se asoció un peso de carga individual sobre la prevención, consulta temprana y realización del tratamiento, con un discurso responsabilizador. Hasta se proponen miradas meritocráticas sobre la forma en que las personas abordan su PSEAC. Se trasluce, al mismo tiempo la propuesta del ‘acompañamiento’ a las personas con TBC, de tipo solidario pero sin alcanzar una propuesta colectiva (Merken, 2005).

Observaciones de la dinámica grupal

Se formuló una pregunta con el objetivo de habilitar pensamientos estigmatizantes, sin obtener respuestas con esta connotación. Sin embargo se observa que éstos efectivamente circularon de forma indirecta, ante otras preguntas menos dirigidas. Si bien se puede inferir que esta situación estuvo condicionada por la corrección política, los discursos solapan las cuestiones de clase y etnia.

En cuanto las dinámicas de género resultó disruptiva la participación de uno de los integrantes varones en el primer grupo focal. El mismo monopolizaba la palabra, subestimaba la opinión del resto de los/as participantes, y se mostraba desafiante para con el equipo coordinador. En el transcurso del encuentro, una de las participantes se mostró incómoda ante esta situación, verbalizando su malestar. En consecuencia, este participante

decide retirarse del espacio. El equipo coordinador intentó contener este inconveniente recordando la finalidad de aquella convocatoria, aún así decidió retirarse. Resultó llamativo que sólo luego de su salida, el otro participante varón comenzó a tomar la palabra. Esto denota la violencia simbólica, naturalizada y por lo tanto invisibilizada, que aparece en las dinámicas vinculares; se deja en evidencia cómo éstas están atravesadas por las relaciones de poder entre los géneros y la incomodidad que provocan cuando son interpeladas.

Importancia para MGyF y propuestas

Este trabajo aportó conocimiento sobre las representaciones que tienen las personas relacionadas con la tuberculosis. Permitió dilucidar algunas barreras de acceso al centro de salud, y sus posibles orígenes. Resta construir indicadores de salud que permitan mensurar estas cuestiones.

Esto denota que las estrategias deberían adecuarse a la situación local. Por lo tanto, implica redireccionar la intervención desde la mera difusión de información específica sobre TBC y apuntar a trabajar sobre el estigma y el impacto subjetivo negativo de la enfermedad.

Desde los/as participantes de ambos grupos, surgió de forma espontánea la importancia de generar espacios de articulación entre el centro de salud y las instituciones barriales; así como también, el aumento de la frecuencia de las postas de salud. Estas propuestas pueden interpretarse como una necesidad de mayor intervención comunitaria acerca de la problemática desde el primer nivel de atención. Esto es una oportunidad para jerarquizar el rol de los/as promotores de salud para delinear y motorizar dichas estrategias.

Es posible que la lógica de organización por programas que incluye al dispositivo específico de TBC en el CeSAC, tenga limitaciones para lograr abarcar la complejidad que implica esta problemática en el contexto de un territorio con múltiples vulneraciones. Retomando el concepto de Ferrandini (2011), continúa el desafío de trascender los abordajes simples. Para esto es fundamental seguir produciendo conocimiento junto con la comunidad y cuestionar las prácticas del equipo de salud.

Bibliografía

1. Abramzón, M., Findling, L., López, E. (2006). Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva*, 2 (1), 61-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120106>

2. Ase, I., Buriyovich J. (2009). "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?" en Salud Colectiva, Buenos Aires.
3. Auyero, J. y Swistun, D. (2007). Expuestos y confundidos. Un relato etnográfico sobre sufrimiento ambiental. Iconos. Revista de Ciencias Sociales, 28, 137-152. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4823220.pdf>
4. Auyero, J. y Swistun, D. (2008). Inflamable: estudio del sufrimiento ambiental. Buenos Aires: Paidós.
5. Carballada, A. (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. Revista Trabajo Social Nro 76.
6. Climent, G. (2012). El malestar de las mujeres madres adolescentes y jóvenes pobres. En A.L. Kornblit, A.C
7. Comes, Y. (2007). El concepto de la accesibilidad. La perspectiva relacional entre población y servicios. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019
8. Czeresnia D. (2003). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. Buenos Aires.
9. Escobar y Bonilla. (2011). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología.
10. Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Recuperado en <https://es.scribd.com/document/360872438/Ferrandini-Algunos-Problemas-Complejos-de-Salud>
11. Gerencia Operativa de Epidemiología -Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2015). Boletín semanal epidemiológico hasta semana nro 43.
12. Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria
13. Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas
14. Merken, D. (2005). Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática.
15. Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Normas Técnicas, 4ª Edición. Recuperado en

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

16. Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Guía para el equipo de salud.
17. Ministerio de Salud de la Nación. (2018). Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC. Boletín sobre tuberculosis, N 18. Recuperado en
18. Rodríguez, A.; Haberkorn, P. y Cortázar, M. (2005). La Participación Comunitaria: entre discursos y prácticas. Desafíos actuales.
19. Rovere, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/rovere__m__2011__la_salud_en_arg__alianzas_y_confl_construcion_sist_injusto_2014.-2011-%20La%20salud%20en%20arg.%20%20Alianzas%20y%20confl%20construcion%20sist.injusto%202014.pdf
20. Rovere, M. (2012) Atención Primaria de la Salud en debate. Revista Saúde em Debate, v. 36, n. 94, p. 327-342. Rio de Janeiro
21. Souza Campos. (1966-1997). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada
22. Stolkner 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.
23. Souza, Sabrina da Silva de, Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da, & Meirelles, Betina Hömer Schlindwein. (2010). Representações sociais sobre a tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 23-28. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100004>
24. Testa, M. (1996), Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud. Revista Pensar en Salud.

Anexos

1- Herramienta metodología para la recolección de datos

Dimensiones/ejes/temas	Preguntas potenciales
CONOCIMIENTO	-¿Escucharon alguna vez hablar de la tuberculosis? -¿Qué saben de la tuberculosis? -¿Qué piensa que le pasa a una persona que tiene TBC? -¿Cuándo creen que hay que consultar? -¿Creen que se curan? ¿Cómo?
MITOS Y PREJUICIOS	<i>Relato 1:</i> “María vive en soldati y escuchó que en su barrio hay personas que tienen Tuberculosis. A partir de ese momento limpia toda su casa y baldea la vereda con lavandina, para prevenir el contagio.” <i>Relato 2:</i> “Francisco tiene tuberculosis y está haciendo tratamiento hace 2 meses. Lo despidieron del trabajo en el taller de costura porque le dijeron que no podía volver a trabajar durante todos los meses que durará el tratamiento, ya que puede contagiar a sus compañeros de trabajo.” <i>Relato 3:</i> “Doña Juana tiene tos y cansancio desde hace más de un mes. Su vecino Pedro le recomendó que vaya al centro de salud porque esos podrían ser síntomas de Tuberculosis. Ella le respondió que no puede tener esa enfermedad ya que siempre vivió en Buenos Aires y nunca viajó al norte Argentino, a Bolivia ni a Perú.” <i>Preguntas</i> ¿Qué piensan de estas situaciones? ¿Alguna vez les paso una situación parecida?

	<p>¿Hubiesen cambiado algo estas situaciones? ¿Les parece que hay algo de los relatos que está errado/ mal?</p>
<p>ABORDAJE DESDE EL CENTRO DE SALUD</p>	<p>¿Creen que la Tuberculosis es un problema en el barrio en el que viven? ¿Qué actividades crees que realiza el centro de salud sobre este tema? ¿Alguna vez recibieron información sobre el tema en el centro de salud? ¿Les parece que el Centro está preparado para atender la tuberculosis? ¿Conocen alguna experiencia de alguna persona del barrio que se haya atendido en el Centro? En caso que conozcan, ¿saben cómo fue su experiencia? En este centro de salud, ¿les parece que existen dificultades para la atención de la tuberculosis? En tal caso, ¿Cuál/es?</p>
<p>PROPUESTAS</p>	<p>¿Cuáles creen que deben ser las medidas que se deben tomar para prevenir la tuberculosis? ¿Qué otras acciones se podrían llevar a cabo desde otras instituciones de la comunidad, ejemplo, escuela, centros recreativos, organizaciones sociales, etc?</p>

2- Consentimiento informado del GF

**Centro de Salud y acción comunitaria Número 24 “Eva Duarte de Perón”
Villa Soldati- CABA**

**Consentimiento informado para los/las participantes en la investigación
2019**

La presente investigación es conducida por el Centro de salud y acción comunitaria (CeSAC) número 24 . El objetivo de este estudio es describir relación de la población del área del CeSAC 24 con el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de la tuberculosis.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar de un grupo focal. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante la sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Lo conversado será estrictamente confidencial, es decir, será una información solo conocida por parte de los/las investigadores. En cualquier momento podrán retirarse, si así lo desean. La participación o la no participación no afectará la atención en el centro de salud.

La información será codificada usando un número de identificación y por lo tanto no llevará su nombre. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán. Esta información será utilizada para trabajos de investigación, que ayuden a mejorar la calidad de atención en el centro de salud.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él; igualmente podrá conocer los resultados finales del mismo y podrá retirarse o negarse a responder cualquier pregunta que usted considere prudente omitir la respuesta o lo afecte emocionalmente.

Agradecemos su participación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de la meta de este estudio.

Me han indicado también, que debo responder unas preguntas y que puedo retirarme de la investigación o negarme a responder cuando yo lo considere necesario. He sido informado además del tiempo de mi participación en la entrevista.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta o futuras investigaciones. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha: _____

3- Hoja de información para participantes del GF

CeSAC 24 “Eva Duarte de Perón”

Trabajo de Investigación 2019

Grupo focal

Hoja de información para los/las participantes

Desde, la Residencia de Medicina General del Centro de Salud y Acción comunitaria (CeSAC) número 24, estamos haciendo un trabajo de investigación sobre la información que las personas de este área tienen sobre la tuberculosis.

La comuna 8, donde nos encontramos, es la segunda comuna con más personas con tuberculosis de toda la Ciudad de Buenos Aires. Compartiremos las cosas que saben, sus opiniones y creencias sobre esta enfermedad.

La idea del trabajo es, con esta información, poder mejorar la atención desde el centro de salud y pensar prácticas comunitarias para una mejor intervención en esta enfermedad.

Será una charla grupal donde todos y todas participen, intentando no interrumpirse, para que todos/as podamos escucharnos.

No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas; todas son igualmente importantes. No es obligatorio que respondan todas las preguntas.

Queremos que sepan que este encuentro durará aproximadamente 1 hs y vamos a grabar para luego poder analizar cosas que hayan dicho ustedes. Queremos también aclarar que la participación de este grupo focal es voluntaria y se pueden retirar en cualquier momento si así lo desean. La información será confidencial y anónima, es decir que en ningún lado estarán sus nombres.