

Artículos seleccionados

Tuberculosis en el marco de la Pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Riesgos y Vulnerabilidades.

**Andrés Pereira^a, Rocío Nahir Barrios^b, Adriana Koufios^c,
Adriana Marcuzzo^d y María Jimena Aranda^e**

Fecha de recepción: 27 de septiembre de 2020
Fecha de aceptación: 20 de noviembre de 2020
Correspondencia a: Andrés Pereira
Correo electrónico: andres.m.pereira@gmail.com

- a. Profesor en Ciencias Antropológicas. Residente de la Posbásica de Investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- b. Médica Clínica y Especialista en Epidemiología. Médica de planta del servicio de Promoción y Protección de la Salud del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
- c. Lic. en Trabajo Social. Jefa de Sección de Servicio Social, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
- d. Lic. en Trabajo Social. Jefa de División de Servicio Social, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
- e. Médica Infectóloga. Suplente de guardia, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.

Resumen:

El presente artículo se propone utilizar los conceptos de riesgo y vulnerabilidad como herramientas conceptuales para el análisis de la tuberculosis (TB) como problemática de salud pública en contextos urbanos en el marco del Aislamiento Social Obligatorio Preventivo (ASPO).

La TB, a pesar de contar con un tratamiento, continúa siendo uno de las enfermedades infecciosas más importantes a nivel global. Los contextos urbanos, como la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA), atravesados por fuertes migraciones y procesos de fragmentación permiten observar un patrón de conformación histórico urbano que produce desigualdades socio-espaciales que se evidencian en el acceso a los servicios de salud.

En primer lugar, discutiremos el concepto de riesgo, central en el desarrollo de la Salud Pública, ha sido enriquecido desde desarrollos conceptuales de las Ciencias Sociales que han identificado componentes (Natenzon, 2015) y otras perspectivas de análisis (Beck, 2000). En segundo lugar, nos detendremos en la vulnerabilidad como herramienta conceptual que ha permitido trascender aquellas miradas sobre la pobreza que producen miradas fragmentadas sobre la complejidad del fenómeno. Los desarrollos conceptuales en esta dirección permiten repensar los modelos de atención de la TB en contextos urbanos en el contexto de ASPO.

Finalmente, recuperando los aportes del Trabajo Social como disciplina, identificaremos intervenciones en el marco de la pandemia de COVID-19 que puedan permitirnos repensar el abordaje de la TB. En este punto se identifican lecciones aprendidas que permitan señalar oportunidades de implementar estrategias de intervención y de políticas públicas en el escenario presente de la RMBA.

Palabras clave: Tuberculosis - Vulnerabilidad - Riesgo .

Summary

This article aims to use the concepts of risk and vulnerability as conceptual tools for the analysis of tuberculosis (TB) as a public health problem in urban contexts within the framework of Obligatory Preventive Social Isolation (ASPO).

TB, despite having a treatment, continues to be one of the most important infectious diseases globally. Urban contexts, such as the Metropolitan Region of Buenos Aires (RMBA), traversed by strong migrations and fragmentation processes allow us to observe a pattern of urban historical conformation that produces socio-spatial inequalities that are evidenced in access to health services.

In the first place, we will discuss the concept of risk, central in the development of Public Health, it has been enriched from conceptual developments in the Social Sciences that have identified components (Natenzon, 2015) and other analysis perspectives (Beck, 2000). Second, we will focus on vulnerability as a conceptual tool that has allowed us to transcend those views on poverty that produce fragmented views on the complexity of the phenomenon. Conceptual developments in this direction allow us to rethink TB care models in urban contexts in the context of ASPO.

Finally, recovering the contributions of Social Work as a discipline, we will identify interventions in the framework of the COVID-19 pandemic that may allow us to rethink the approach to TB. At this point, lessons learned are identified that allow us to identify opportunities to implement intervention strategies and public policies in the present scenario of the RMBA.

Key words: Tuberculosis; Vulnerability; Risk.

Introducción

El presente artículo pretende presentar una reflexión sobre la tuberculosis (TB) como problemática de salud pública y una revisión de las estrategias de abordaje del padecimiento desde un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires en contexto de las condiciones de ASPO. El mismo se enmarca en un proyecto de investigación más amplio que fue seleccionado a la convocatoria de “Salud Investiga” de la Dirección de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2019¹. De esta forma, este trabajo busca desarrollar herramientas conceptuales para problematizar la implementación del proyecto en el contexto de la pandemia de COVID-19. Nos proponemos realizar un aporte para una mirada interdisciplinaria que nos permita revisar desarrollos de la epidemiología, estrategias de intervención desde el trabajo social y aportes conceptuales de las ciencias sociales en salud.

En primer lugar, realizaremos una contextualización de la situación de la TB en Argentina considerando los datos oficiales de la vigilancia epidemiológica del evento. En esta dirección, se observará en distintas escalas espaciales, analizando la distribución del padecimiento en distintas jurisdicciones indicador de la existencia de inequidades en salud. Luego incorporaremos una mirada sobre la dimensión histórica del desarrollo del padecimiento en conjunto con el proceso de urbanización del Área Metropolitana de Buenos Aires. Estos procesos de conformación urbana, que se producen en las grandes urbes latinoamericanas, conllevan la conformación de un mosaico atravesado por la fragmentación y la distribución desigual de los recursos. En este contexto, la TB se inserta en esta dinámica inequitativa que dificulta la respuesta efectiva por parte del sector salud a la problemática.

En segundo lugar, problematizaremos el concepto de riesgo incorporando perspectivas de distintas disciplinas a propósito de la TB. Considerado al riesgo como categoría central de la epidemiología, nos detendremos en miradas que cuestionan los enfoques meramente probabilísticos (Almeida Filho et al. 2009) y que permiten incorporar miradas macro en el marco de modelos como el de la “Sociedad del Riesgo” (Beck, 2000). A

partir de estos aportes macro sociales, identificaremos componentes que permiten operativizar al riesgo: peligrosidad, exposición, incertidumbre y vulnerabilidad (Natenzon, 2015).

En tercer lugar, a partir de este punto, describiremos distintos desarrollos teóricos que han permitido complejizar la “vulnerabilidad” como concepto que permite trascender las miradas simplistas sobre la pobreza como carencia o falta de la población afectada por este padecimiento en la actualidad. Esta herramienta conceptual, con sus matices y discusiones en curso (Carmo & Guizardi, 2018), ha recibido sucesivos esfuerzos para construir miradas que permitan trascender aquellas caracterizaciones de la pobreza como mera carencia (González, 2009). Nos proponemos en esta dirección ordenar los desarrollos desde distintas escalas de observación para visibilizar a la TB como problemática de salud en el contexto de ASPO.

En cuarto lugar, considerando estos desarrollos conceptuales nos interrogaremos por las lecciones aprendidas que nos deja la pandemia para repensar las estrategias de intervención y abordaje de la TB. Poniendo el foco en las transformaciones que implica la pandemia de COVID-19 buscaremos puntos que nos permitan identificar interrogantes y aprendizajes para repensar las intervenciones. Asimismo, identificaremos obstáculos y posibles respuestas en los procesos de construcción de adherencia a los tratamientos antituberculosos y accesibilidad a los servicios de salud en el contexto de ASPO.

La tuberculosis en contextos urbanos

A pesar de la existencia de un tratamiento efectivo, en la actualidad la TB continúa siendo un problema de salud que impacta en millones de personas que enferman y mueren por esta causa. Es la primera causa de muerte por enfermedades infectocontagiosas a nivel global (WHO, 2018). A pesar de la existencia de tratamiento efectivo y de la curación como una posibilidad concreta, la TB se presenta como un fuerte desafío para los sistemas de salud ya que afecta a las poblaciones más vulnerables y con mayores dificultades económicas (Herrero et al, 2011). Argentina como país no es ajeno a esta realidad, en el año 2017 presentó una tasa de casos

1. a en Tuberculosis (TB): diagnóstico de situación de los casos notificados de TB y de su abordaje en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires.” <http://www.msal.gov.ar/dis/2019/06/25/nomina-de-proyectos-ganadores-convocatoria-2019-2020/>

notificados de TB de 26,47 por 100.000 personas con un total de 11.659 casos de los cuales fallecieron 706 según los datos oficiales (MSAL, 2019).

Una de las características de la distribución de los casos en este país es la heterogeneidad y la concentración en determinadas jurisdicciones de la mayor parte de estos. Esto refleja un escenario de fuertes desigualdades e inequidades sanitarias (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019). En respuesta a este escenario complejo, en la actualidad a nivel nacional está en desarrollo el "Plan estratégico para el control de la tuberculosis" (MSAL, 2019). Este último se presenta como una herramienta para la determinación de acciones prioritarias como componentes de la Estrategia "Fin de la TBC" en el 2035 propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006).

En la Ciudad de Buenos Aires (CABA), una de las jurisdicciones con más recursos de todo el país, se presenta un escenario para el año 2017 con una tasa de casos notificados de TB 39,85 por 100.000 personas. De esta forma, la CABA es la cuarta jurisdicción en relación a las tasas más altas de TB del país (MSAL, 2019). A su vez, dentro de la CABA también es posible desagregar la tasa e identificar fuertes desigualdades entre las comunas. Las comunas 1, 4, 7, 8 y 9 son las que marcan una tendencia geográfica en la distribución de los casos notificados (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019). Muchas de estas comunas son las que presentan los asentamientos y barrios más vulnerables de toda la CABA. Teniendo presente que las tasas de notificación representan solamente los eventos que son notificados en efectores de salud es posible reconocer que la presencia de la TB sea mayor teniendo en caso el posible subregistro. Sin embargo, independientemente que el proceso de atención y notificación es un proceso subjetivo que permite la construcción de datos cuantitativos, las tasas de casos notificados son elementos que permiten realizar comparaciones entre jurisdicciones y a lo largo del tiempo en las mismas jurisdicciones.

Específicamente la CABA y el Conurbano Bonaerense se identifican como espacios atravesados por procesos de fragmentación y superposición de jurisdicciones en el desarrollo histórico de conformación de un sistema de salud público considerado inequitativo (PNUD, 2011). Frente a este escenario la utilización de los servicios de

salud de la CABA, por parte de la población de los distintos municipios de la provincia, señala que la RMBA² se comporta como un territorio de flujos y de conformación de corredores sanitarios espontáneos (Rosen, 2011). En esta dinámica el área de influencia de un Hospital General de Agudos de la CABA, que se evidencia a partir de las trayectorias de las personas usuarias, atraviesa las porosas fronteras jurisdiccionales y se extiende a lo largo de la RMBA. Por otro lado, los efectos de los procesos de descentralización de los servicios de salud en niveles gubernamentales (nacionales, provinciales y municipales), y en sectores (público, privado y seguridad social) presenta grandes obstáculos para la articulación de las intervenciones en salud frente a problemas de salud poblacionales. La observación del entrecruzamiento de las "relaciones intergubernamentales" (Chiara, 2018) entre los distintos niveles y dependencias estatales de gobierno en salud, resulta un elemento iluminador en la comprensión de la conformación histórica de los servicios y políticas de salud.

Otro punto a subrayar es que la fragmentación de los equipos de salud ocurre al mismo tiempo y en el marco de patrones masivos de diferenciación poblacional que caracterizan los procesos históricos de urbanización. Estos patrones producen una amplia gama de condiciones socio-espaciales (Brenner y Schmid, 2016) que dificultan la integración. Los ambientes considerados urbanos, complejos y heterogéneos, involucran elementos que reproducen inequidades y factores asociados a la TB que se traducen en la formación de distribuciones espaciales con forma de archipiélagos. Estos conjuntos conformados por la población, afectada directa o indirectamente por la TB, forma un mapa de islas dispersas y fragmentadas que son parte de una dinámica de reproducción de la región urbana en términos generales:

"Puede llamarse ciudad-archipiélago a esta forma urbana, porque no es el mero resultado del crecimiento de la desigualdad y la miseria, sino de un conjunto de cambio sistémicos que ha generado una lógica urbana que ya no requiere de la integración (en el mercado o en el espacio público) como forma de reproducción eficiente..."

(Gorelik, 2015:62)

Los procesos de movilidad cotidiana y distribución de los grupos sociales en el espacio urbano en conjunto con la fragmentación del sector salud refuerzan las

2. La denominación "Región Metropolitana" fue utilizada por el INDEC en el Censo del año 2001 para el área compuesta por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires, también denominados en conjunto como conurbano.

condiciones de producción de desigualdades en salud. En este sentido es posible identificar a la TB como indicador de este proceso de reproducción de desigualdades socio-urbanas. Un interrogante que surge en el contexto actual es el comportamiento de la TB como evento en relación a la pandemia de COVID-19 ¿Cuál es el impacto? ¿Podemos esperar una amplificación de las desigualdades existentes previamente? En este punto un desafío es analizar los procesos no lineales de reproducción social y espacial como productores de facetas protectoras o destructivas para los grupos sociales (Rojas et al, 2008) en relación a su salud. Los conceptos de riesgo y vulnerabilidad pueden resultar en herramientas conceptuales útiles para repensar estrategias de abordaje de la TB desde los efectores de salud en el contexto de ASPO.

Del riesgo a la vulnerabilidad

En el ámbito de la salud el desarrollo de intervenciones preventivas y de protección de la salud se justifican a partir de varios elementos: uno de ellos es el del riesgo (Almeida Filho et al. 2009). Tradicionalmente definido, principalmente desde las ciencias naturales y médicas, como la probabilidad de ocurrencia de un evento pernicioso o de un daño en una población específica (Moreno, 2015). De esta forma el evento puede ser muy variable, desde un padecimiento infectocontagioso como la TB, hasta un desastre natural como una inundación. Sin embargo, frente a esta variabilidad, la aproximación probabilística y operacional del riesgo conlleva a una lógica pragmática que señala la necesidad de intervenciones y la evaluación de las mismas.

En el campo de la epidemiología y la salud pública, el riesgo como objeto de estudio ha dado lugar al desarrollo de pseudo predictores (Almeida Filho et al. 2009): los factores de riesgo. Estos actúan como sinónimos de la peligrosidad y tienen el efecto de provocar una homogenización de la particularidad de los procesos históricos que determinan la probabilidad de ocurrencia de un evento en una población y un espacio específico. En esta dirección la cuantificación y la construcción de indicadores es uno de los procedimientos técnicos más usuales en el control y vigilancia de los problemas de salud en las poblaciones. Un ejemplo concreto está en la construcción de tasas de eventos o padecimientos que implican necesariamente una representación del riesgo de una jurisdicción gubernamental y al mismo tiempo una homogenización de las características de las pobla-

ciones y los espacios. Realizar la construcción de tasas de prevalencia o incidencia de un evento en un espacio/población específica permite la comparación, pero invisibiliza otros elementos que caracterizan a los colectivos sociales y los espacios que estos ocupan.

Desde otro campo, desde las Ciencias Sociales, se ha identificado el proceso histórico de construcción social del riesgo y el análisis del mismo desde una escala más amplia y macro. En primer lugar, el riesgo se observa en conjunto con una serie de transformaciones sociales que caracterizan la llamada “sociedad del riesgo” (Beck, 2000). Se trata de una serie de cambios en las sociedades que conforman una *moralidad matematizada*. Este tipo de concepción probabilística, a partir del desarrollo de nuevos conocimientos técnico-científicos, permite cuantificar el riesgo como la potencialidad de que suceda algún evento o sus consecuencias perjudiciales en el futuro.

En paralelo a estas herramientas científico técnicas, que han alcanzado masividad en la actualidad, desde este marco conceptual también se analizan los eventos y no solo las herramientas de medición. Estos eventos, catástrofes, problemáticas de salud poblacional no son el resultado de una fatalidad sino más bien resultado de un modo de producción y distribución de riesgos. De esta forma es posible visibilizar una serie de elementos que los análisis del riesgo cuantitativos invisibilizan. Esta perspectiva macro complementa las perspectivas tradicionales del riesgo en tanto lo considera una “manufactura”: un objeto producido técnicamente y atravesado por los desarrollos científicos-técnicos que responden a las necesidades e intereses de actores sociales específicos (Ríos y Natenzon, 2016). No existe el riesgo como realidad separada de las definiciones y percepciones culturalmente consideradas aceptables. En este sentido la aceptabilidad del riesgo en un contexto específico da cuenta de la percepción de las condiciones potencialmente inseguras por parte de los actores sociales (Natenzon, 2015). El riesgo no está solo en las tasas de ocurrencia de los eventos o en el cálculo de las probabilidades, hay una serie de elementos supuestos en la (in)aceptabilidad del mismo. Independientemente de la cantidad de casos o de la tasa de notificación de un evento, no existe riesgo sin una percepción histórica-social-cultural del mismo como (in)tolerable. En el caso de los problemas de salud de las poblaciones, como la TB o el COVID-19, este marco nos permite interrogarnos: ¿Qué es lo que hace que se considere un problema urgente?

Como desarrollo de este marco conceptual, podemos identificar cuatro componentes que permiten una aproximación operativa al análisis del riesgo en el caso de la TB (Natenzon, 2015). Como primer punto la peligrosidad, considerada como un componente del riesgo, tiene que ver con los procesos causales desencadenantes del evento. Un ejemplo se desprende en la comparación de agentes patógenos que desencadenan eventos ¿Qué tan peligrosa es el *mycobacterium tuberculosis* frente a otros agentes patógenos como por ejemplo SARS-CoV-2? Estos elementos forman parte de los procesos causales que desencadenan el evento, pero no son los únicos.

Un segundo componente del riesgo es el de exposición (Natenzon, 2015). Este entrelaza los procesos físicos-naturales con las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran los conjuntos sociales. Tanto en el caso de la TB como del COVID-19, podemos pensar la exposición no solo como el tiempo compartido en un ambiente cerrado, sino también con las condiciones habitacionales o el medio ambiente laboral que predispone a que esa exposición tenga lugar con suma frecuencia y de forma prolongada. En ese diálogo entre la naturaleza biológica y vulnerabilidad social también podemos identificar un diálogo de escalas. La mirada sobre una persona en específico permite identificar una serie de elementos, pero la mirada sobre un barrio entero o una ciudad permite observar otro tipo de variables. En el campo de la salud este diálogo está bien representado en las diferencias que conlleva la mirada clínica sobre un padecimiento y la mirada poblacional o epidemiológica del mismo.

Un tercer componente del riesgo es la incertidumbre (Natenzon, 2015) que representa aspectos que surgen del desconocimiento sobre los otros tres componentes. Este componente ha sido caracterizado como lo contrario al riesgo, cuanto más información sobre el riesgo haya menos incertidumbre. Desde esta perspectiva teórica la caracterización del riesgo viene de la mano de un avance de los conocimientos socio-técnicos en el marco del desarrollo de una racionalidad cientificista que no solamente otorgan seguridad y certezas, sino también produce una incertidumbre manufacturada como un resultado más de todo este proceso (Ríos, 2015). El campo de la política y la construcción de consensos son escenarios de incertidumbre en donde no es posible la medición o cuantificación. En este sentido podemos identificar la incertidumbre técnica como las limitaciones en el conocimiento de los riesgos de un evento

como por ejemplo el COVID-19 en donde se cuenta con evidencia limitada y la incertidumbre institucional que da cuenta de los agentes que operan, regulan y conviven en ese escenario específico.

Finalmente podemos mencionar la vulnerabilidad como cuarto componente (Natenzon, 2015). Esta nos permite incorporar una perspectiva sobre las condiciones sociales y espaciales del riesgo. La producción social implica al mismo tiempo una producción del espacio en el cual pueden identificarse las características socioeconómicas como creación histórica de un modo de producción desigual.

“...deben analizarse las formas en que nuestras sociedades producen sus espacios en los contextos históricos asociados con cada modo de producción. En el capitalismo, esa producción de espacio se caracteriza por su desarrollo desigual, cuyo principio descansa en la división del trabajo y el acceso diferencial a los recursos generados por la sociedad. Precisamente, esas determinaciones son las que gestan las condiciones de vulnerabilidad diferenciales que existen entre los distintos grupos sociales.” (Ríos, 2015: 5)

La TB como problema de salud poblacional ha sido asociada históricamente con las condiciones de vida de los sectores más pobres y con los procesos de conformación de las grandes ciudades (Armus, 2007). En la actualidad esta tendencia es verificada en las grandes ciudades latinoamericanas por organismos internacionales (OPS, 2017). En común con el COVID-19 como evento de salud, se identifica un patrón marcadamente urbano, afectando principalmente a las grandes ciudades ¿En qué consiste la diferencia entre estos eventos? A pesar de que la pandemia y las condiciones de ASPO son medidas no focalizadas, cuyo objetivo es amortiguar el avance del COVID-19 también profundizan desigualdades preexistentes (Fernández, 2020).

En la descripción de estos escenarios urbanos se concibe a las grandes ciudades latinoamericanas y sus periferias, como espacios habitados por poblaciones en situación de pobreza extrema: entendida como la combinación de múltiples condiciones que facilitan la diseminación de la infección de la TB y su desarrollo. Los procesos históricos de conformación de las grandes ciudades latinoamericanas, como por ejemplo Buenos Aires y RMBA, suponen una producción de espacios, que de acuerdo a las características socioeconómicas de la población que los crea, se convierten en riesgosos. Ello se expresa de manera desigual; el riesgo que puede caracterizar

este tipo de escenarios urbanos es mayor para algunos grupos específicos que para otros. En el caso de la TB y del COVID-19, la distribución geográfica evidencia una superposición que señala la necesidad de la revisión de las estrategias de abordaje de la TB en las condiciones de ASPO. Una de las estrategias para el abordaje de la TB más difundidas es el Tratamiento Directamente Observado (Herrero et al, 2015). Independientemente de la evaluación de la efectividad de este tipo de estrategia, el contexto actual presenta serias restricciones en la movilidad urbana por las condiciones de ASPO. La interrelación entre el contexto de la pandemia y las condiciones de desigualdad socio-urbana preexistente puede encontrar en la TB un indicador interesante para visibilizar la necesidad de nuevas estrategias de intervención sanitaria.

Desarrollos conceptuales de la vulnerabilidad

La segunda herramienta conceptual que nos proponemos desarrollar es el concepto de vulnerabilidad, presentada anteriormente como uno de los componentes del riesgo. Este concepto presenta desarrollos que tienen discrepancias y puntos en común. En líneas generales, tienen en común el intento de superar aquellas miradas estrictamente biológicas e individualizantes de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. En el campo de la salud se propuso como elemento para superar las miradas centradas en los grupos y factores de riesgo (Carmo & Guizardi, 2018).

En esta línea de desarrollos un punto a rescatar es la consideración de la “vulnerabilidad social” (González, 2009). Concepto desarrollado en el contexto del crecimiento de las consecuencias no deseadas de la globalización y la desigualdad estructural, intentan repensar la pobreza en las sociedades del llamado tercer mundo. En contextos de fuerte deterioro del tejido social, crisis económica y reforma del Estado estos desarrollos conceptuales pretenden construir interpretaciones multidimensionales e integradoras de la pobreza en América Latina (González, 2009). Estas perspectivas conceptuales aportan elementos para repensar el abordaje de la problemática de la TB, en el contexto de ASPO, desde los equipos de salud en contextos urbanos.

Frente a aquellas interpretaciones que consideran a la vulnerabilidad social como fragilidad se ha señalado, en primer lugar, una tendencia a la individualización de

las fuentes de la desigualdad y, en segundo, una focalización en las intervenciones posibles (González, 2009). Este tipo de perspectivas producen miradas fragmentadas como efecto de la consideración de estos elementos como variables separadas una de la otra. Este efecto dificulta la incorporación de perspectivas que se propongan recuperar una mirada integral y que permita considerar la capacidad para soportar el impacto por parte de los grupos sociales y poblaciones (Rojas, 2004). Esta dimensión permite comprender el impacto en los diferentes grupos sociales expuestos a la TB y al COVID-19.

Un desarrollo relevante en esta línea es la perspectiva de los “activos sociales” (González, 2009) que centra la mirada en los recursos como eje explicativo de la reproducción de la pobreza. A partir de la consideración de diversos activos (vivienda, redes sociales, educación, situación laboral, etc.) y capacidades se conforma la “estructura de oportunidades”. Esta permite identificar como los hogares, las familias o los grupos sociales acceden a la posesión de recursos para el aprovechamiento de oportunidades que brinda el medio socio-económico por el que transitan. Este tipo de miradas subrayan la importancia de la comprensión de las condiciones de vida desde una escala micro, la agencia y la movilidad de las clases bajas o medias urbanas por sobre aquellos marcos que señalan a la pobreza como estado o condición estática. Las condiciones de ASPO impactan de manera diferencial y a lo largo del tiempo en los distintos sectores sociales de la RMBA. En esta dirección, dentro del mismo marco, el concepto de “configuraciones vulnerables” (González, 2009) permite observar la dinámica ascendente o descendente de la movilidad social de grupos sociales particulares desde una perspectiva compleja que rescata las especificidades de cada conjunto social. El centro de estas interpretaciones reside en identificar las particularidades de las estrategias en la búsqueda del bienestar social a partir del aprovechamiento de oportunidades que se presentan en el mercado, por el Estado y/o en la comunidad frente a las condiciones de ASPO en el marco de la actual pandemia.

Otras líneas de desarrollos, en una escala de observación más amplia, se centran en la “vulnerabilidad socio demográfica” (González, 2009) que identifica rasgos socio demográficos que podrían generar dificultades y reducir opciones para la adquisición y manejo de activos. Este tipo de desarrollos permiten una mirada geográficamente mayor a la de los hogares y permite correlacionar los componentes de las estructuras de oportunidades con procesos macro como la transición demográfica,

los procesos de urbanización, las migraciones y el envejecimiento poblacional. En esta línea se han desarrollado herramientas para la medición de la vulnerabilidad social utilizando datos demográficos y sanitarios. Este tipo de desarrollos permiten trabajar con muestras más grandes y utilizar herramientas estadísticas.

Sin embargo, es interesante visibilizar la integración de perspectivas que se desprenden de distintas escalas de observación. En esta dirección, otro desarrollo conceptual es el de la "vulnerabilidad global" (Rojas et al, 2008) que implica realizar una síntesis comprensiva de las múltiples dimensiones involucradas en las susceptibilidades de las poblaciones al daño a la salud y al cuidado. En este marco se identifican distintos elementos: la exposición a riesgos específicos, la caracterización de la fragilidad como incapacidad de enfrentarlos y la resiliencia como la capacidad de adaptación activa a la nueva situación por parte de los conjuntos sociales. Estos componentes aportan elementos para describir las particularidades de las estrategias de los conjuntos sociales frente a situaciones adversas como las que trae la pandemia. También permiten observar cómo se produce el cuidado que implica una persona infectada con TB y/o COVID-19 dentro del entorno significativo en interrelación con la dimensión estructural y macro socio-demográfica.

En líneas generales, a partir de estos desarrollos conceptuales, podemos considerar que las vulnerabilidades en plural no implican solamente la situación de pobreza como carencia de recursos materiales necesarios, sino también implica la falta de capacidad y organización necesaria para acceder a bienes y servicios básicos. De la misma forma, puede pensarse las vulnerabilidades como situaciones de vulneración de derechos y de construcción de demandas de distintos órdenes a partir de la participación popular.

Este gran enfoque conceptual, con sus grandes matices y contradicciones, se propone comprender la dimensión multifacética y los procesos causales que tienen lugar a partir de ciclos de cambio estructural de los eventos socioeconómicos traumáticos (Pizarro, 2001). La intensidad de los daños y la capacidad de recuperación de los conjuntos sociales son consecuencias de procesos económicos, demográficos y políticos que se traducen en estrategias y prácticas locales que pueden reconocerse desde los efectores de salud desde intervenciones locales. La mirada hacia la integralidad de los sujetos que se encuentran en situación de susceptibilidad a riesgos, sus

vivencias en contextos de desigualdad e injusticia social y de escaso acceso a derechos, es un aporte innegable de estos desarrollos conceptuales (Carmo & Guizardi, 2018).

El contexto de ASPO pone a prueba nuestras herramientas analíticas para el análisis y observación de padecimientos como la TB identificados históricamente como padecimientos de la pobreza (Armus, 2007). La combinación de los acelerados procesos de urbanización y crecimiento poblacional, como los efectos de los planes de ajuste económico estructural no son ajenos a la amplificación de la vulnerabilidad de determinados grupos sociales que cobran visibilidad en contextos de emergencia sanitaria.

El concepto de vulnerabilidad evidencia un esfuerzo de construcción conceptual que se encuentra en proceso de discusión y conformación, teniendo en cuenta la multiplicidad de factores y la integralidad de los sujetos que demandan desde distintos órdenes a partir de las vivencias en contextos de desigualdades e injusticia social (Carmo & Guizardi, 2018), que no está cerrado. Las distintas escalas en que observamos a las poblaciones y conjuntos sociales permiten identificar diferentes procesos poblacionales y locales en relación a las vulnerabilidades, la complementariedad de miradas es todo un desafío en tanto, así como una escala visibiliza algunos elementos, también oscurece otros. La importancia de ello reside en que las perspectivas que tengamos sobre la vulnerabilidad como proceso, condicionan las intervenciones que podamos desarrollar en territorio.

Estrategias y prácticas

Desde el desarrollo de un tratamiento efectivo a mediados del siglo XX, la mortalidad por la TB en la actualidad deja de ser considerada como un efecto del desarrollo de la enfermedad y pasa a ser un reflejo de la eficacia y efectividad de la implementación del tratamiento (Herrero y Carbonetti, 2013). En el contexto de ASPO se identifican una serie de obstáculos que ponen en jaque a algunas estrategias, como por ejemplo el tratamiento directamente observado ¿Cómo es posible realizar un diagnóstico temprano y el seguimiento de los casos en el contexto actual de ASPO? ¿Qué lecciones aprendidas nos deja la pandemia? Intentaremos discutir reflexivamente estos interrogantes a la luz de la experiencia de trabajo de un equipo de salud de un Hospital General de Agudos de la CABA.

La adherencia a los tratamientos antituberculosos ha sido problematizada, desde el Trabajo Social como disciplina, y se ha criticado aquellas definiciones que se limitan al objetivo de que el paciente siga simplemente las indicaciones médicas que recibe (Vera, 2019). En esta dirección se han desarrollado otras dimensiones importantes considerando la adherencia como la resultante de un proceso de construcción que involucra múltiples factores y al mismo tiempo implica la garantía del derecho a la salud. En esta línea se han identificado elementos que conforman el vínculo entre el equipo de salud y los grupos sociales afectados por la TB en el camino de llevar adelante un plan de cuidado, como un proceso dinámico atravesado por ajustes a lo largo del tiempo. El grado en que resulta posible adherir o no, por parte de las personas afectadas por la TB, se vincula con la forma en que adquiere el vínculo que se establece con el equipo de salud (Domínguez, 2012).

En el contexto de ASPO la construcción de adherencia se ha convertido en todo un desafío y campo de innovación en relación al aislamiento. El mantenimiento de los vínculos entre los equipos de salud y la población usuaria se encuentra obstaculizado ¿Qué efecto tiene en estos vínculos el uso de nuevas tecnologías de la comunicación e información? Un ejemplo que identificamos residen en las tareas de seguimiento activo y acompañamiento telefónico a personas que se encuentran en un contexto de aislamiento por la sospecha de COVID-19 que se han generalizado en los equipos de salud. ¿Es posible implementar esas herramientas de seguimiento activo para la TB u otros padecimientos? Un obstáculo en esta dirección es la llamada brecha digital. En este marco el acceso a internet puede leerse también como un elemento más de las condiciones de segregación urbana y falta de acceso a servicios de salud por parte de la población afectada por la TB. A pesar de ello muchas de las actividades presenciales se han virtualizado al menos en parte, y mucho de lo que se consideraba futurista se ha vuelto cotidiano en relación al uso de nuevas tecnologías de la comunicación en el sector salud.

Una de las funciones del Trabajo Social, como especialidad dentro del equipo de salud, ha sido considerada como la de favorecer la adherencia y la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las personas afectadas con TB (González y Angueira, 2017). El concepto de “accesibilidad” permite incorporar una mirada relacional sobre los vínculos entre los servicios de salud y la población usuaria de los mismos (Comes et al, 2006). Este concepto se define como las relaciones entre los

sujetos y los servicios de salud, vínculos que surgen de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de los sujetos. Los vínculos son históricamente situados y localmente construidos, en este sentido los equipos y efectores de salud presentan particularidades específicas que impactan en la atención y el cuidado a la salud. Las modalidades que toman estos vínculos se manifiestan en la forma particular que adquiere la utilización efectiva de los servicios de salud. Teniendo en cuenta esta vincularidad es posible comprender las trayectorias que realizan las personas en busca de servicios de salud. En esta dirección no es la proximidad geográfica la única dimensión a observar para definir la distancia entre servicios de salud y su población ¿Cómo pueden intervenir las nuevas tecnologías de comunicación en esa distancia? La actual pandemia ha colocado en primer plano la necesidad de acceso a internet y a los servicios de comunicación para garantizar el seguimiento de los casos. Se han conformado equipos para realizar este seguimiento y la producción de materiales para su circulación por redes sociales con pautas de cuidado y primeros síntomas en relación a la pandemia ¿Podría replicarse en relación otros padecimientos?

En el caso de la TB, los vínculos impactan directamente en el acceso al diagnóstico temprano teniendo presente la carga simbólica que conlleva el diagnóstico y que condiciona su aceptación por parte de las personas afectadas. Este último punto se identifica como obstáculo para la adherencia: el estigma que conlleva la TB. La estigmatización de las personas que padecen TB resulta una barrera para la aceptación del diagnóstico y por ende para la adherencia al tratamiento (González y Angueira, 2017). Las representaciones sociales de la llamada “enfermedad de la pobreza” también dificultan comunicar la situación a familiares, convivientes o personas del entorno significativo y realizar las acciones preventivas necesarias como los estudios de foco. En esta dirección el abordaje del entorno significativo como unidad del plan de cuidado resulta más efectivo que considerar a la persona afectada por la TB individualmente. En el contexto de la pandemia las acciones desarrolladas en el marco de la vigilancia epidemiológica han desarrollado rápidamente una capacidad en los equipos de salud para la determinación de necesidades de aislamiento preventivo. Un ejemplo de ello está en el abordaje, seguimiento y realización de los estudios de foco por teléfono de los casos de COVID-19 y sus contactos. En este punto la similitud con el catastro o control de foco de la TB es muy llamativa.

Otro punto que puede señalarse de la coyuntura que impuso la pandemia, reside en el hecho de que suponer la necesidad de un hotel para el aislamiento preventivo, significa al mismo tiempo el reconocimiento de la vivienda precaria o la existencia de condiciones de hacinamiento. Estas condiciones están directamente vinculadas a la TB como problema de salud, al igual que la condición laboral o la distancia desde la vivienda al efector de salud (Vera, 2019). En esta dirección, desde una perspectiva individualista sobre la TB, se corre el riesgo de culpabilizar a las personas enfermas por su situación y por la posibilidad de contagio a su entorno. Sin embargo, en el contexto actual de ASPO, resulta más difícil negar las condiciones sociales que determinan la infección de COVID-19. A partir de este punto, lo que cobra mayor visibilidad son las dificultades materiales para la adherencia a un tratamiento. Este punto ha sido un claro obstáculo para intervenciones exitosas en el caso del tratamiento directamente observado de la TB. El reconocimiento de los costos directos y "sociales" (Cusmano et al, 2009) permite repensar el proceso de construcción del plan de cuidado teniendo en cuenta el impacto económico directo e indirecto de la TB en los hogares ¿Cómo realizar el seguimiento de los casos evitando la generación de mayores costos? ¿Cuáles son las estrategias comunitarias exitosas para reducirlos? En este sentido la identificación de comedores u ollas populares permite identificar organizaciones en el territorio que posibiliten un seguimiento más estrecho de las personas que padecen la TB y que se encuentran en extrema vulnerabilidad.

En relación a la distancia y el transporte a los efectores de salud por parte de las personas afectadas podemos subrayar dos elementos. Por un lado, el costo del transporte: en tiempo y/o dinero. Este elemento es reconocido como un fuerte condicionante en términos de la accesibilidad geográfica (Comes *et al*, 2006). Algunas estrategias de abordaje consideran al subsidio o amparo económico como herramienta para favorecer la adherencia al tratamiento (Chirico et al, 2018), por ende, en la misma dirección podría pensarse un subsidio para el transporte como política pública. Facilitar el acceso al transporte puede resultar una estrategia que fortalezca la adherencia. Sin embargo, toda estrategia debe leerse desde una perspectiva situacional que incorpore elementos que conforman el territorio (Clemente, 2016). Frente a esta realidad una posible estrategia alternativa es la articulación con los efectores de salud más próximos a las viviendas de las personas afectadas. De esta forma el costo del transporte podría evitarse y la movi-

lidad reducirse, como de hecho ha sucedido en el contexto de ASPO. El despliegue de relaciones interinstitucionales e inter-jurisdiccionales a partir de la pandemia, que incluyan sobre todo al primer nivel de atención, se presenta como un eje para la construcción de referencialidad entre las personas afectadas y los equipos de salud. Los equipos de salud han logrado mayores niveles de articulación entre jurisdicciones y efectores de salud dentro de las mismas en el contexto actual ¿Cómo utilizar este tipo de articulaciones para el abordaje de la TB a nivel regional?

Sin embargo, un obstáculo a observar recuperando la idea de accesibilidad como vínculo de construcción de confianza y referencia, está en el por qué algunas personas prefieren trasladarse largas distancias para ser atendidas lejos de sus hogares. En esta dirección la derivación a otros efectores de salud más cercanos a las viviendas, lejos de ser una actividad meramente administrativa, debe ir acompañada de la construcción de esa referencia poniendo el foco en los vínculos con los pacientes y sus familias por parte de los equipos de salud. La construcción de vínculos entre equipos de salud es un paso previo a la derivación. Considerando el estigma que conlleva la TB y las vulnerabilidades en plural, este proceso es todo un desafío de armado y sostenimiento de redes de cuidado en el marco de las condiciones de ASPO. Además, una particularidad que complejiza esta dimensión en el caso de la TB, es la necesidad de realizar diferentes estudios (radiografías, de laboratorio, etc.) a las personas afectadas según criterio clínico. Este tipo de prestaciones no están disponibles en general en un primer nivel de atención (centro de salud) y, por ende, en paralelo al transporte como un costo indirecto, es necesario estrategias para la articulación entre equipos de salud hospitalarios y de primer nivel de atención. Esta particularidad no es distinta en el caso del COVID-19, en donde actualmente en el seguimiento de un caso intervienen distintos equipos en paralelo.

Finalmente, otro obstáculo que reconocemos en el tratamiento de la TB, tiene que ver con la identificación de la multirresistencia a algunas de las drogas de primera línea. La gestión de la medicación y el monitoreo de los efectos adversos (RAFAS) también se presentan como ejes problemáticos en relación a la construcción de la adherencia. La vigilancia epidemiológica de los casos de TB presenta diferencias importantes con la vigilancia de los tratamientos y el seguimiento activo de los mismos. El diseño de herramientas y vínculos que faciliten este seguimiento activo, que implican la notificación de los

eventos, el acceso a los resultados de los estudios diagnósticos en formato digital, el dialogo entre equipos de salud entre niveles de atención y jurisdicciones, la utilización de redes y organizaciones comunitarias para la difusión de prácticas de cuidado como el uso y fabricación de barbijos, pueden ser parte de las lecciones aprendidas que nos deja la pandemia. El abordaje de la TB como problema de salud colectiva no puede realizarse exclusivamente como una intervención farmacológica y exclusivamente médica. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población que la padece, resulta necesarias articulaciones que se propongan como horizonte el abordaje integral. El contexto actual se nos presenta como un fuerte desafío y al mismo tiempo como oportunidad para capitalizar las estrategias utilizadas para la pandemia de COVID-19 en el caso de la TB.

Reflexiones finales

El presente escrito se propuso realizar reflexiones teóricas sobre la problemática de la TB en el contexto de la pandemia de COVID-19. En este sentido visibilizar las inequidades sanitarias en el RNMA, nos permite identificar un área de influencia de un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, como un espacio que atraviesa límites jurisdiccionales porosos.

Partiendo de considerar a las personas afectadas como sujetos de derecho, y teniendo presente el rol del Estado en la garantía del derecho a la salud, nos propusimos revisar algunas herramientas conceptuales (riesgo y vulnerabilidad) que nos permitan repensar las estrategias de abordaje. A partir de la revisión de “riesgo” como herramienta conceptual nos propusimos recuperar ele-

mentos que nos permitieran complejizar nuestra mirada sobre la TB y el COVID-19 en grandes ciudades caracterizados por la reproducción de desigualdades socio-espaciales (Gorelik, 2015). Como paso siguiente abordamos algunos desarrollos de la categoría de “vulnerabilidad”, con sus matices y contrastes, recuperando distintas escalas en el análisis de la complejidad del fenómeno. En este sentido las definiciones adoptadas, condicionan la planificación de las intervenciones a realizar.

La TB se presenta como fuerte desafío para la construcción de estrategias de abordaje efectivas que permitan superar la mirada individualista sobre los padecimientos de los grupos sociales más vulnerables. El reconocimiento de obstáculos y barreras para el acceso a los servicios de salud puede ser un camino que permita alcanzar un horizonte de integralidad. Se presenta el desafío de la construcción de respuestas institucionales en pos de efectivizar la garantía del derecho a la salud, sin embargo, resultan necesarias políticas públicas que garanticen recursos más allá de los medicamentos e intervenciones médicas.

La pandemia de COVID-19 y las condiciones de ASPO han modificado fuertemente las condiciones de vida de la población y los modelos de atención de los servicios de salud. Al mismo tiempo resultan una oportunidad para identificar determinantes sociales como vivienda, transporte, trabajo, etc. Sin embargo, además del fuerte impacto de la pandemia, estamos frente a la oportunidad histórica de poder capitalizar lecciones aprendidas frente al COVID-19 que nos permitan dar respuesta a otros padecimientos como la TB e implementar políticas públicas que den respuesta a las inequidades sanitarias y sociales pre-existentes a la pandemia.

Bibliografía

- Almeida Filho, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R. (2009) "Riesgo: concepto básico de la epidemiología". Revista Salud Colectiva, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, p. 323-344.
- Armus, D. (2007) "La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950". Edhasa, Buenos Aires.
- Beck, U. (2000) "Retorno a la teoría de la "sociedad del riesgo". Boletín de la AGE N° 30, pág. 9-20.
- Brenner, N. y Schmid, C. (2016) "La "era urbana" en debate". EURE (Santiago), 42(127), 307-339. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612016000300013
- Butrón, M.B., Collado I. y Palma M. (2015) "Higienismo, prevención de la tuberculosis y surgimiento del Trabajo Social en Capital Federal (1920-1940)". Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 5 (10). Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/19_Butron.pdf
- Carmo, M E do; Guizardi, F L. (2018). *O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social*. Cader-nos de Saúde Pública, 34(3), e00101417. Epub March 26, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
- Chiara, M. (2018) "La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011". Ediciones UNGS. Los Polvorines. Buenos Aires.
- Chirico, C., Iannizzotto, A., Telles, H., Valiante, J., Roja, S. y Etchevarria, M. (2018) "El amparo económico para mejorar el tratamiento de la tuberculosis". Salud(i)Ciencia N° 23. p. 219-227. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/233/159135.pdf>
- Clemente, A. (2016) "La pobreza persistente como un fenómeno situado. Notas para un abordaje". Revista de Políticas Públicas. Año 6 N° 10 (En-Jun 2016). [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4461268/la-pobreza-persistente-como-un-fen%C3%B3meno-situado-notas-pa...>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkner, A. (2006) "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Anu. investig. [online], vol.14. p. 201-209. [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862007000100019&lng=es&nrm=iso
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005) "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales." Anuario de Investigaciones [Inter-net]. 2005;XII():137-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013>><http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/369139941013/a>
- Cusmano, L.G., Morua, S., Logran, M., Pereyra, A.L. y Palermo, D.J. (2009) "Estudio de los costos intangibles y de la participación del componente familiar en el costo social de la Tuberculosis". Revista Argentina de Salud Pública. Vol. 1- N°1.
- Domínguez, C. (2012) "Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis". Margen: Revista de trabajo social y ciencias sociales, N°. 67, 2012. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/319364>
- Fernández, L. (2020) "La ecología en el Gran Buenos Aires en tiempos de pandemia." En: La gestión de la crisis en el Conurbano Bonaerense. [Internet]. [citado 03 de Octubre de 2020]. SERIE ESPECIAL COVID-19. Observatorio del Conurbano. UNGS.
- Fundación Soberanía Sanitaria (2019) "La desigualdad de los casos de tuberculosis en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". [Internet]. [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://frenteciudadanoporlasalud.com/informe-fss-no-57-la-desigualdad-en-los-casos-detuberculosis-en-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires/>
- González, L. (2009) "Orientaciones de lectura sobre la vulnerabilidad social". En: Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad de Córdoba.
- González, N.E. y Angueira, L. (2017) "Tuberculosis en niños y adolescentes: estrategias para la intervención de los trabajadores sociales". Arch. argent. pediatr ; 115(6): 391-396. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1038396>
- Gorelik, A. (2015) "Ensayo introductorio. Terra incógnita. Para una comprensión del Gran Buenos Aires como Gran Buenos Aires". En Gabriel Kessler (dir.) Historia de la Provincia de Buenos Aires. El gran Buenos Aires. Tomo 6. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- Herrero, M.B., Greco, A., Ramos, S., Arrossi, S. (2011) "Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis". Revista Argentina de Salud Pública. Vol. 2 N° 8. p. 36-43.
- Herrero, M.B., Carbonetti, A. (2013). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.521-536.
- Herrero, M.B., Arrossi, S., Ramos, S., Ueleres Braga, J. (2011) "Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina". Revista de Saúde Pública, 49, 49. Epub August 07, 2015. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005391>

- Landini, F., Cowes, V.G., D, Amore, E. (2014) "*Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*". Cad. Saúde Pública [Internet]. Feb [05 de marzo de 2020] ; 30 (2): 231-244. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000200231&lng=es
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019) "*Boletín sobre tuberculosis en la Argentina*" [Internet]. Buenos Aires; 2019. Boletín No.: 2. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001436cnt-2019-03_boletinepidemiologico_tuberculosis.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. "*Plan Estratégico Nacional para el control de la Tuberculosis en la Argentina. 2018-2021*". [Internet]. [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001434cnt-201903-28_plan-estrategico-control-tuberculosis.pdf
- Moreno, L. (2015). "*Riesgo y políticas públicas: disputas en el proceso de urbanización de una 'villa de emergencia' en la cuenca del río Reconquista*". En: Viand, J. y F. Briones (comp.). Riesgos al Sur. Diversidad de riesgos de desastres en Argentina. Buenos Aires. p 21-34.
- Natenzon, C.E. (2015) "*Presentación*" En: *Riesgos, catástrofes y vulnerabilidades argentinos. Aportes desde la Geografía y otras ciencias sociales para casos argentinos.*" Buenos Aires, Imago Mundi, 228 p. Versión digital en: <http://pirna.com.ar/node/314>
- Organización Panamericana de la Salud (2017) "*Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas*". [citado 22 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988>
- Pizarro, R. (2001) "*La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*". Estudios estadísticos y prospectivos. CEPAL. ONU. Santiago de Chile. ISSN 1680-8770. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) "*El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires.*"
- Ríos, D. (2015) "*Ciudad, técnicas hidráulicas y riesgo de desastres: las transformaciones recientes de la cuenca baja del río Reconquista*", en: Viand, J. y F. Briones (comp.), Riesgos al Sur. Diversidad de riesgos de desastres en Argentina, Buenos Aires: La Red/Imago Mundi Editores, 3-19.
- Ríos, D. y Natenzon, C. (2016) "*Una revisión sobre catástrofes, riesgo y ciencias sociales*". En: Natenzon, C. y D. Ríos (eds.). Riesgos, catástrofes y vulnerabilidades. Aportes desde la Geografía y otras ciencias sociales para casos argentinos. Buenos Aires: Imago Mundi, 1-27.
- Rojas, M.C. (2004) Cuaderno Urbano N° 4, pp. 145-174, Resistencia, Argentina. Recuperado en: <http://revistas.unne.edu.ar/index.php/crn/article/view/1763>
- Rojas, M.C., Meichtry, N.C., Ciuffolini, M.B., Vázquez, J.C., y Castillo, J. (2008). "*Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica*". Salud colectiva, 4(2), 187-201. Recuperado en 14 de septiembre de 2019, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652008000200009&lng=es&tlng=es
- Rossen, M. (2011) "*El uso de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un análisis desde la perspectiva metropolitana*" En: Salud en las metrópolis. Desafío en el conurbano bonaerense. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires: Prometeo.
- Rubinstein E. (2012) "*Tratamiento de la tuberculosis: niveles, barreras y facilitadores*". EvidActPractAmbul. Abr-Jun;15(2):45. Disponible en: https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=3124
- Vera, V.R. (2019) "*El proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis: aportes desde el trabajo social*" [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 270-284 [citado 05 de marzo de 2020]. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26142>. ISSN 2591-5339
- World Health Organization (2018) Global Tuberculosis Report (Internet) Geneva. (Recuperado en 27/02/2019). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js23553en/>

