

MESA: Aspectos sociales, sociológicos y antropológicos

Moderadores: Àngels Orcau. *Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.*

José J. Antón. *Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Valencia.*

Perfil social de los pacientes atendidos, intervenciones realizadas y coordinación desde Serveis Clínic

Núria Suárez, Tatiana García

Serveis Clínic. Barcelona.

Correspondencia:

Núria Suárez

E-mail: treballsocial@serviciosclinicos.com

Serveis Clínic, inició su actividad en el año 1993, hace ahora 25 años, para abordar los casos de tuberculosis (TB) complicada, las multiresistencias y garantizar el cumplimiento del tratamiento. Somos un centro de referencia para pacientes con cualquier tipo de tuberculosis en Cataluña. Para dar cobertura al tratamiento de forma supervisada fuera de la clínica, en el año 1995 se creó el Equipo de Tratamiento de Observación Directa Ambulatoria (E.T.O.D.A.) que cubre las regiones de Barcelona y Lleida ciudad, Costa de Ponent y Nord Maresme. Desde el año 2000 al 31 de agosto de 2018, se han tratado 1520 casos de TB en la clínica y 2821 casos en el E.T.O.D.A. Durante el año 2017 han sido 118 casos en la Clínica y 268 pacientes en el E.T.O.D.A.

La clínica cuenta con un equipo multidisciplinar y la conforman una sección sanitaria y otra administrativa. Nuestra atención sanitaria es presencial 24 horas al día, todos los días del año. La sección sanitaria consta de médicos, enfermeras, auxiliares, un fisioterapeuta, una farmacéutica y una trabajadora social. Por otro lado, la sección administrativa y logística se encarga de todas las funciones no médicas (administración, admisión, limpieza, catering, costura, mantenimiento y lavandería). El E.T.O.D.A. está compuesto por una trabajadora social que hace de coordinadora, los terapeutas sanitarios y una trabajadora social. Los terapeutas acuden a diario a administrar el tratamiento al paciente en su domicilio o lugar pactado con el enfermo los 365 días del año si es preciso. En este servicio se inicia la observación y supervisión de la toma de medicación y seguimiento de tratamiento para aquellos pacientes no tributarios de ingreso hospitalario pero

que necesitan un apoyo sanitario y social para conseguir una completa adherencia al tratamiento.

El perfil social de los pacientes

Muchos de los pacientes que atendemos desde Serveis Clínic tanto en la Clínica como en el E.T.O.D.A. suelen tener un conjunto de rasgos comunes. Viven situaciones similares que supone un riesgo de vulnerabilidad social. Identificar estos factores a tiempo es fundamental para lograr una mejor atención de la persona.

- Extranjeros en situación irregular:
 - Tiempo que llevan en el país
 - Interacción con el entorno
 - Barrera idiomática
 - Situación ilegal (documentación, permisos de residencia, de trabajo...)
 - Barreras sociales que dificultan la integración y la autonomía de la persona.
 - Falta de medios y dependencia de servicios sociales.
- Desarraigo familiar
- Abuso de alcohol, uso de drogas, coinfección por el VIH, trastorno mental, prostitución... Tiempo en esta situación = "Cronicidad" que puede llevar a la exclusión social.
- Problemas de vivienda.
- Menores sin escolarización.
- Situaciones económicas precarias.

- Indigencia.
- Desnutrición por carencia medios económicos.

El Trabajo Social, “no hay medicación social”

Los pacientes que atendemos tienen en común a nivel médico, la tuberculosis. Sin embargo, a nivel social es difícil detectar cuando comienzan los síntomas sociales y las carencias que han llevado a necesitar recursos y ser usuarios de servicios sociales. Desde el área social trabajamos con muchos límites y falta de recursos sociales estructurales que hace que la expectativa que tenga el paciente al llegar a la clínica, no se ajuste a la realidad en cuanto a la resolución de todas sus circunstancias. Una de las visiones distorsionadas de cómo algunos pacientes entienden el trabajo social es que nos ven como salvadoras y respuesta real de un paciente “Mi vida la llevas tu”.

La figura de la trabajadora social en Serveis Clínics tiene como uno de sus principales objetivos potenciar habilidades y capacidades para que los pacientes sean sujetos activos y colaborativos. De esta manera intentamos optimizar los recursos sociales y empoderar al paciente realizando una buena utilización de los mismos. En este sentido, Serveis Clínics dispone de tres trabajadoras sociales (la trabajadora social de la Clínica, la Coordinadora y la trabajadora social de E.T.O.D.A.) pero cada profesional interviene como agente de cambio en la socialización del paciente (recepción, personal de limpieza, auxiliares de enfermería, ...) y su relación con el entorno inmediato. En este sentido, en Serveis Clínics es crucial el trabajo en equipo, por lo que es fundamental una coordinación interna constante. Así mismo, informamos sobre los diferentes procesos de intervención social. La cohesión del equipo significa un buen soporte y facilita la atención a los pacientes.

Desde el departamento de trabajo social ofrecemos una atención directa y continuada a los pacientes ingresados en la Clínica y en E.T.O.D.A. Realizamos una valoración de la situación del paciente y elaboramos un Plan de Trabajo Individualizado (PTI) para cada paciente. Para realizar el PTI creamos estrategias y utilizamos técnicas de intervención con cada uno atendiendo a su realidad cultural y a su procedencia potenciando sus capacidades y sus recursos. Tras informar y asesorar al paciente y a la familia sobre los diferentes recursos les damos apoyo, acompañamientos puntuales y orientación en la gestión de trámites.

Desde esta área es de gran importancia la fluidez en la coordinación con los recursos y servicios externos.

Trabajo en coordinación

Una de las claves del éxito del abordaje de este tipo de pacientes es trabajar desde una perspectiva de atención integral del paciente. Para ello es fundamental el contacto y la coordinación continua con los actores clave de los centros hospitalarios y servicios sociales y sanitarios de procedencia. En el caso de pacientes del E.T.O.D.A., se realizan reuniones periódicas con los centros hospitalarios y servicios sanitarios que atienden pacientes afectados de tuberculosis. En estas reuniones se estudia el seguimiento de los casos, se intercambian experiencias, se informa de las actuaciones y actividades respectivas y se procura la mejora de la coordinación.

Otro aspecto fundamental es la buena coordinación, tanto desde la clínica como desde el E.T.O.D.A., con los diferentes recursos sociales disponibles. También es importante para poder abordar los aspectos médicos y sociales, el trabajo en Coordinación con los diferentes agentes del sistema sanitario: gestoras de Casos de las Unidades clínicas de TB, enfermeras de Salud Pública, las Unidades de Vigilancia Epidemiológica, la Agencia de Salud Pública de Barcelona y Catalunya (Programa de Tuberculosis y Agentes de Salud (acompañamientos, mediación, traducción, soporte emocional a pacientes...))

Garantizar una buena coordinación con las diferentes entidades con las que habitualmente trabajamos es también esencial para abordar las máximas necesidades posibles de los pacientes. Muchas de ellas suponen un continuum para los casos una vez son dados de alta de la clínica. Podemos adaptarnos a trabajar con cualquier entidad pero con las que más colaboramos son las siguientes:

- *Fundació Putxet*: Entidad sin ánimo de lucro que se centra en acoger y atender a hombres jóvenes de 18 a 25 años en situación de exclusión social.
- *SIS (Servei d'inserció social)*: Es un servicio de l'Ajuntament de Barcelona destinado a la atención y el soporte de personas sin techo para mejorar las condiciones de vida de las personas que están en la calle.
- *Serveis Socials*: Estos centros ofrecen información, orientación y asesoramiento, y realizan diagnósticos que permiten acceder a las diversas prestaciones sociales tanto servicios sociales básicos como servicios sociales especializados.
- *SAIER (Servei d'Atenció a Immigrants, Emigrants i Refugiats)*: Es un servicio municipal especializado en movilidad internacional, que ofrece información y asesoría sobre inmigración, refugio, emigración y retorno voluntario a cualquier ciudadano y ciudadana que viva en Barcelona.

- *PROBENS*: Entidad sin ánimo de lucro que trabaja para la inserción de personas con dificultades sociales, a través de sus programas y servicios de intervención en diferentes ámbitos, principalmente asesoramiento jurídico.
- *Red de VIH*: Se trata de un servicio que ofrece una alternativa a personas con VIH/Sida y con problemas de exclusión social que necesitan estabilizar su situación de salud y/o para poder insertarse socialmente.
- *CAS*: Los Centros de atención y seguimiento a las drogodependencias están especializados en el tratamiento de las adicciones.
- *Xarxa de Persones en Vulnerabilitat Social*: Dispone del Servicio de Acogida residencial; Centros residenciales de atención integral donde se ofrece alojamiento, alimentación, higiene, atención social y sanitaria y del Servicio de Acogida diurna de personas sin techo.
- *Psiquiatria Transcultural*: Es un servicio de psiquiatria del Hospital de la Vall d'Hebron que ofrece atención especializada en salud mental a población en situación de diferencia cultural y/o riesgo de marginación social
- *Otras asociaciones*: Cáritas, Creu Roja, etc.

Reflexiones y conclusiones

El éxito de la curación del paciente, a parte de la toma de la medicación correcta para la TB, es gracias al trabajo en red con todos los agentes implicados en su atención, creando nuevas líneas de comunicación y facilitando la fluidez de las mismas. La agilidad en la comunicación y la buena predisposición garantiza que se logre el objetivo.

Es de máxima importancia que exista un mayor engranaje a nivel social de coordinación y seguimiento de las personas afectadas de tuberculosis (en situación de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social) que en muchos casos van a seguir requiriendo de soporte y orientación una vez curados. Hay que caminar hacia el objetivo de llegar a tener una historia social compartida.

En una enfermedad como la tuberculosis, el enfoque social centrado en el individuo explorando y aprovechando los diferentes recursos disponibles para cada persona en coordinación con los diferentes actores, es crucial para contribuir a la buena adherencia al tratamiento de los pacientes.

Incidencias en el tratamiento de la tuberculosis. Acciones para mejorar la adherencia y el estudio de contactos

Neus Jové¹, Eva Masdeu², Silvia Brugueras^{2,4}, Juan Pau Millet^{2,4,5}, Francesca Sánchez¹, J.E Ospina², Angels Orcau^{2,4}, J.A Caylà^{3,4}

¹Unitat Clínica de Tuberculosis. Hospital del Mar. Barcelona. ²Servicio Epidemiología. Agencia de Salut Pública de Barcelona. ³Fundació de la Unitat d'Investigació en Tuberculosis. ⁴CIBER Epidemiologia y Salud Pública. ⁵Serveis Clínics.

Correspondencia:

Neus Jové

E-mail: NJove@parcdesalutmar.cat

Desde que existen fármacos activos contra *Mycobacterium tuberculosis*, la medida más eficaz para curar los casos y controlar la transmisión es el cumplimiento correcto del tratamiento antituberculoso. Dada la larga duración de los esquemas, la adherencia terapéutica es fundamental para conseguir los objetivos de control de la enfermedad. De hecho, como también se ha observado para otras infecciones crónicas transmisibles como la producida por el VIH, la no adherencia terapéutica tiene un coste humano, económico y social. Interrumpir el tratamiento reduce la eficacia y causa resistencias a los fármacos, incrementando así,

la morbilidad, la mortalidad y las infecciones más extensas. En estas enfermedades la mayor incidencia se observa en colectivos económica y socialmente desfavorecidos y se pueden crear situaciones de alta complejidad. Son una prioridad en el ámbito de la salud pública.

Diferentes factores como los socio-económicos, los relacionados con el equipo o sistema sanitario, los asociados a la enfermedad, al tratamiento y al individuo son aspectos que configuran el escenario del paciente. Son situaciones donde deben centrarse las intervenciones a fin de evitar la interrupción del proceso terapéutico.

El presente estudio se ha llevado a cabo entre septiembre 2013 a agosto 2016 en la Unidad Clínica de Tuberculosis (UCTB) del Hospital del Mar, hospital de referencia para los distritos de 1 y 10 de la ciudad de Barcelona donde la presión migratoria desde países de alta endemia tuberculosa es alta. Esta unidad consta de tres especialidades médicas referentes, una enfermera gestora de casos y una administrativa. El trabajo diario es conjunto coordinado con el Programa de TB de Barcelona donde se integran enfermeras de salud pública, agentes comunitarios de

salud (ACS), equipos de tratamiento directamente observado (TDO) y un centro especializado para el ingreso de larga estancia de pacientes con TB.

El objetivo del estudio fue identificar aquellos escenarios que pueden amenazar la adherencia y describir actividades coordinadas desde el sistema sanitario que faciliten el cumplimiento terapéutico.

Se estudiaron 172 casos de los cuales, 107 (62,2%) fueron personas inmigrantes y 34 de estas, (78%) vivían en barrios con

Tabla 1. Comparación de variables relativas a incidencias entre casos de TB autóctonos e inmigrantes. Hospital del Mar, Barcelona, 2013-2016.

Variables	Categorías	AUTÓCTONOS (N=65) N (%)	INMIGRANTES (N=107) N (%)	TOTAL (N=172) N (%)	Valor p
Número de incidencias	Mediana	1 (0-2)	3 (2-4)	2 (1-4)	<0,001 [^]
Incidencias	Ninguna	19 (29,2)	2 (1,9)	21 (12,2)	
	Una o más	46 (70,8)	105 (98,1)	151 (87,8)	<0,001
Problemas con la medicación	Sí	30 (46,2)	44 (41,1)	74 (43,0)	
	No	35 (53,8)	63 (58,9)	98 (57,0)	0,518
Tipo de problemas con la medicación (N=74)	Efectos secundarios o intolerancia	16 (53,3)	23 (52,3)	39 (52,7)	
	Se prolonga el tratamiento	14 (46,7)	21 (47,7)	35 (47,3)	0,929
Empeoramiento comorbilidades	Sí	20 (30,8)	21 (19,6)	41 (23,8)	
	No	45 (69,2)	86 (80,4)	131 (76,2)	0,096
Falta a algún control	Sí	11 (16,9)	48 (44,9)	59 (34,3)	
	No	54 (83,1)	59 (55,1)	113 (65,7)	<0,001
Viaje	Sí	2 (3,1)	31 (29,0)	33 (19,2)	
	No	63 (96,9)	76 (71,0)	139 (80,8)	<0,001
Problemas comunicación	Sí	1 (1,5)	43 (40,2)	44 (25,60)	
	No	64 (98,5)	64 (59,8)	128 (74,4)	<0,001
Cambio de domicilio	Sí	6 (9,2)	19 (17,8)	25 (14,5)	
	No	59 (90,8)	88 (82,2)	147 (85,5)	0,124
Pérdida del trabajo	Sí	1 (1,5)	2 (1,9)	3 (1,7)	
	No	64 (98,5)	105 (98,1)	169 (98,3)	1*
Percepción y temor rechazo social ¹	Sí	15 (23,1)	14 (13,1)	29 (16,9)	
	No	50 (76,9)	93 (86,9)	143 (83,1)	0,090
Problemas vivienda	Sí	1 (1,5)	14 (13,1)	15 (8,70)	
	No	64 (98,5)	93 (86,9)	157 (91,3)	0,009
Tarjeta sanitaria	Sí	65 (100)	95 (88,8)	160 (93,00)	
	No	0 (0,0)	12 (11,2)	12 (7,0)	0,004*
Vienen los contactos	Sí	54 (83,1)	73 (68,2)	127 (73,80)	
	No	11 (16,9)	34 (31,8)	45 (26,2)	0,032

[^]Prueba de la mediana para muestras independientes

*Prueba exacta de Fisher

TDO: Tratamiento directamente observado

¹ Percepción de rechazo social+ no dice diagnóstico convivientes+no dice diagnóstico trabajo+ no acepta TDO.

rentas baja y mediana-baja. Trabajaban 81 pacientes (47,1%) del total. Se observaron 103 (59,9%) casos con algún factor de riesgo. La localización de la enfermedad fue pulmonar o mixta en 100 casos (58,1%). La forma pulmonar fue más frecuente en personas autóctonas. Se curaron 149 personas (86,6%) del total de pacientes.

Las personas inmigrantes eran más jóvenes, vivían en barrios con rentas más bajas y presentaban mayor porcentaje de paro. En autóctonos se observan más pacientes en condición de "pensionista".

Con respecto a las incidencias (sucesos) durante el tratamiento para la TB: En 151 casos (87,8%) se presentó alguna incidencias (mediana de 2): en 74 pacientes (43%) estaban relacionadas con la medicación y empeoraron las comorbilidades en 41 (23,8%) de ellos. Faltaron a alguna visita de control 59 (34,3%) casos, mientras que 33 personas (19,2%) viajaron fuera del país durante el tratamiento. Los problemas de comunicación se detectaron en 44 casos (25,6%). Cambiaron de domicilio 25 pacientes (14,5%) y de éstos, 19 (76%) presentaban TB pulmonar. El puesto de trabajo lo perdieron 3 casos (31,7%) y en 29 ocasiones (16,9%) se observaron acciones derivadas del miedo al rechazo social (no hablaron del diagnóstico a convivientes o al entorno laboral o no aceptaron TDO por miedo a la exclusión de los vecinos) y/o de percepción de discriminación del entorno.

Las personas inmigrantes tuvieron más incidencias durante el tratamiento: viajaron más, faltaron más a las visitas de control, tuvieron más problemas con la vivienda, un mayor porcentaje de dificultades de comunicación y vinieron los contactos de un menor número de casos. Ver tabla 1. Las actividades realizadas por el sistema sanitario para mantener la adherencia fueron en 82 casos (47,7%), la vinculación a un dispositivo de TDO. Se facilitaron informes extras* a 85 pacientes (49,4%). En 41 pacientes (23,8%) se programaron visitas extras**. Se solicitó el soporte de mediación cultural en las visitas hospitalarias en 27 casos (15,7%), mientras que los ACS intervinieron en 40 ocasiones (13,3%). En 112 casos (65,1%) la enfermera de salud pública y la gestora de casos de la UCTB realizaron llamadas de seguimiento y coordinación con los diferentes niveles asistenciales. El estudio de contactos se realizó en 79 casos (68,7%)

del total de TB pulmonar y en 36 casos (31,3%) del total de TB extrapulmonar.

En personas inmigrantes se observó que precisaban más informes extras, más llamadas telefónicas, más mediación cultural, más intervención de los ACS y vinculación a dispositivos de TDO.

Conclusiones

Durante el tratamiento de la TB, la mayoría de pacientes presentaron alguna incidencia: desde efectos secundarios al tratamiento y empeoramiento de las comorbilidades, hasta pérdida de empleo, pasando por la ausencia a algunos de los controles, problemas de comunicación, ausencias por viajes, cambios de domicilio o percepción de rechazo por parte del entorno social. Todos estos factores amenazan la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Recomendaciones

- Seguimiento terapéutico adaptado al contexto y a la epidemiología local como asegurar canal de comunicación fluido, flexibilidad en el proceso de atención, respuesta rápida a la enfermedad y complicaciones del tratamiento, mensajes desestigmatizantes, centralización de la información del paciente en el sistema sanitario y realización de informes médicos, sociales y humanitarios.
- Trabajo coordinado con todos los actores del sistema sanitario público local a fin de curar la TB y disminuir la vulnerabilidad de la población.

Bibliografía

1. Salla Munro, Simon Lewin, Tanya Swart, Jimmy Volmink. A review of behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/ AIDS?. *BMC Public Health*. 2007;7:104. doi:10.1186/1471-2458-7-104.
2. Consorci Sanitari de Barcelona. Guia i proposta d'organització per a la prevenció i control de la tuberculosi a la Regió Sanitària Barcelona. Barcelona, España: Consorci Sanitari de Barcelona, 2008.
3. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: WHO 2003.

*Informe médico o social que no es un informe de alta.

**visita antes del período habitual de control.

Agentes comunitarios de salud, una estrategia efectiva en tuberculosis con poblaciones inmigrantes

Jesús Edison Ospina

Coordinador. Programa Agentes Comunitarios de Salud CEPS - Servicio de Epidemiología ASPB. Barcelona.

Correspondencia:

Jesús Edison Ospina

E-mail: jospina@aspb.es

En España las migraciones procedentes sobre todo de países de baja renta (PBR) han constituido un fenómeno socio-demográfico de gran relevancia. En enero de 2017 estaban empadronadas en todo el Estado 4.419.621 personas de origen extranjero. El incremento desde 1999 ha sido de más de tres millones de personas, pasando de un 1,8% a un 9,5% sobre la población total en enero de 2017¹. Los porcentajes han sido mayores en ciudades como Barcelona y Madrid, donde han llegado a alcanzar hasta un 16% y 17% respectivamente.

Este cambio sociodemográfico ha provocado un impacto importante en la endemia tuberculosa en la ciudad de Barcelona, profundizando el perfil epidemiológico de la enfermedad, asociado de forma directa a distocia social, pobreza, hacinamiento y duelo migratorio; lo que ha derivado en el desarrollo de medidas preventivas creativas y efectivas, que garanticen un control adecuado de la patología en poblaciones extranjeras².

En respuesta a este complejo proceso migratorio, el Programa de Prevención y control de la TB de Barcelona (PPCTB), inició desde enero de 2003 una estrategia de intervención en TB para poblaciones inmigrantes con agentes comunitarios de salud (ACS). En el contexto de algunos países europeos con importantes flujos migratorios, ya se venían implementado programas de intervención sanitaria para poblaciones extranjeras con mediadores en salud, cuyas acciones se circunscribían a intervenir básicamente en dos ámbitos: traducción e interpretación intercultural y resolución de conflictos en ámbito sanitario. El ACS es un modelo de intervención sanitaria y comunitaria más amplio que se implementó en respuesta no sólo a la complejidad del nuevo paisaje humano, sino teniendo en cuenta las necesidades que no sólo en salud tenían los pacientes de TB, necesidades asociadas a factores de su contexto social, cultural, emocional y económico.

Los ACS son personas procedentes de las mismas comunidades para las que actúan, están integrados dentro del equipo del PPCTB, reciben formación específica en aspectos relacionados con la TB (etiología, diagnóstico, tratamiento, transmisión, adherencia, resistencias, prevención y estudio de contactos), desarrollo de habilidades psicosociales, acompañamiento, búsqueda activa, recursos sociales y sanitarios de la administración pública y del tejido asociativo, *counselling*, soporte comunitario, dinámica de grupos, gestión en conflictos y aspectos transculturales sobre el proceso enfermedad-tratamiento. Actúan de forma coordinada con los diferentes actores sanitarios y desarrollan acciones orientadas a mejorar la adherencia a los tratamientos, el estudio de contactos, control de brotes y búsqueda activa en ámbito domiciliario, laboral o lúdico³. El conocimiento que poseen de la red de soporte social formal e informal, permite orientar y derivar al paciente y sus contactos a los servicios sociales de la administración o a entidades que les proporcionen soporte laboral, alimentario, en vivienda, trámites de regularización administrativa u otros.

EL ACS tiene como objetivo hacer de puente entre el Sistema Sanitario (SS) y la comunidad, contribuye a mejorar la difusión de la información, las iniciativas y recursos entre ambas partes y dinamiza acciones de promoción de la salud⁴. La estrategia interviene por tanto a nivel asistencial sanitario como comunitario, mediante funciones y técnicas para el trabajo de campo similares a las desarrolladas por promotores y agentes de salud en América Latina y África.. Estas técnicas están basadas en la interacción participativa de los sujetos y están enfocadas a contribuir en la mejora de la salud de las poblaciones en las que se interviene.

La figura del ACS guarda algunas similitudes con otras figuras relacionadas con la traducción, la interpretación cultural o la mediación, sin embargo una ACS no es un mediador ni un

traductor, tampoco es un intérprete, más bien estos son algunos de los roles y tareas que desarrolla como parte de muchas otras acciones, que van desde la búsqueda activa y comunitaria, el acompañamiento intra y extra sanitario, la asesoría para el trámite de la tarjeta sanitaria individual, hasta la derivación a entidades de soporte social de la administración pública y de las entidades no gubernamentales; de allí que su actuación trascienda el marco de la interpretación y la mediación sanitaria, ya que la mayoría de sus tareas se realizan en ámbito comunitario.

Durante todos estos años de intervención en TB desde el PPCTB, el equipo de ACS ha desarrollado múltiples acciones en coordinación con el equipo de enfermería de salud pública, las gestoras de casos de TB, los clínicos, las unidades de TB, los técnicos superiores de la ASPB, el programa ETODA de tratamiento directamente observado, la clínica Serveis Clínics para pacientes con TB, los líderes comunitarios, religiosos, las asociaciones de y para inmigrantes y los organismos de asistencia social de la ciudad. Esta sinergia, esta coordinación entre los diferentes actores sanitarios y sociales, ha sido la clave para que gracias a la intervención del conjunto, hayamos ido mejorando el control y la vigilancia de la TB en poblaciones extranjeras en Barcelona. Desde la implantación de la estrategia se ha observado que las tasas de cumplimiento en extranjeros han aumentado discretamente, pero en relación al estudio de contactos el incremento ha sido relevante en extranjeros tanto en pacientes bacilíferos como en no bacilíferos⁵.

La estrategia desarrollada con los ACS ha permitido al conjunto de actores involucrados, llegar a las poblaciones de forma más sensible y cercana. Nos ha confirmado que la TB es ante todo un proceso social, en el que múltiples factores de contexto

intervienen y condicionan el proceso de curación y las cadenas de transmisión de la infección. Las mejoras en el control de la TB en extranjeros expresan una respuesta silenciosa pero muy positiva, es la respuesta de las personas cuando las abordamos desde una perspectiva intercultural cercana, y no desde una perspectiva cultural ajena y lejana, es la respuesta de quien se quiere sentir sujeto para el cambio social y no objeto de cambio social. Es la respuesta de cualquier ser humano cuando se siente verdaderamente acogido y acompañado.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Avance de padrón a 1 de enero de 2017. Available from: https://www.ine.es/prodyser/espas_cifras/2018/files/assets/common/downloads/publication.pdf?uni=4f7e7b429c56c4bc4bf56b3e93ebc47b
2. UITB, SEPAR, GESIDA, SEIMC, SESP. Grupo de trabajo de los Talleres de la Unidad de Investigación de Tuberculosis en Barcelona 2001 y 2002. Documento de consenso sobre las tuberculosis importadas. Barcelona. *Med Clin*. 2003;121:549-62. Available from: <http://www.aspb.es/uitb/docs/DocConstBimport.pdf>
3. Ospina JE. Hacia un modelo que pueda gestionar la diversidad. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria (RCEAP)*. Vol. 3. Salud e inmigración. Febrero de 2004. Available from: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/sumario.php?idnum=3#>
4. Dick J, Van de Walt H. Working with communities. Education and training. *Aids action*. 1996 Feb; (31): 12-3. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12320026?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12320026?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
5. Ospina *et al.*: Community health workers improve contact tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. *BMC Public Health* 2012;12:158. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312853/pdf/1471-2458-12-158.pdf>

TB: una visión desde la antropología

Adrià Pujol i Cruells

Experimental Tuberculosis Unit (UTE). Fundació Institut Germans Trias i Pujol (IGTP). Badalona. Barcelona.

Correspondencia:

Adrià Pujol

E-mail: adriapujolcruells@gmail.com

Se ha realizado un estudio de caso basado en entrevistas y observación antropológica de una población de pacientes de tuberculosis

(TB) en un entorno controlado, así como a médicos, personal de enfermería, asistentes sociales y agentes de salud del área de Barcelona.

Algunos de los problemas estudiados y las propuestas de mejora son extrapolables a nivel de la ciudad y de su entramado institucional, social y político.

La mayoría de pacientes con TB estudiados presenta la caracterología de las personas en riesgo de exclusión social. El interno paradigmático es una persona inmigrada con pocos recursos para insertarse en el marco laboral y social del lugar de acogida. Esta caracterología proviene de afectaciones familiares, legales y personales que suben el riesgo de exclusión social del interno (migrante o nacional). El propio régimen largo de interinaje y enfermedad crónica actúa como una barrera (no siempre simbólica) a la hora de encontrar trabajo, vivienda, y en el momento de establecer relaciones sociales de calidad que faciliten un entorno de confort psicológico para apuntalar la autonomía personal.

La desestructuración social de la mayoría de internos y la duración de los tratamientos médicos también afectan al propio funcionamiento de la instituciones sanitarias. El régimen hospitalario a menudo es percibido como una especie de "final del camino" y no como una condición de posibilidad para la rehabilitación social. Aunque también, y en general, la institución es percibida como un "impasse" antes de volver a caer en el riesgo de la exclusión social.

La recepción cultural de la TB bascula entre dos percepciones sociales. Desde los marcos más o menos estabilizados (familias estructuradas, acceso al empleo, a la educación y a la vivienda cumplidos, ningún problema de tipo legal), la TB se cree indicadora de estados sociales patológicos. De ahí que cada nuevo caso de la enfermedad en estos marcos sea vivido como una anomalía que no se corresponde con el estatus social del paciente. Dicho de otro modo, a diferencia de otras enfermedades infecciosas, la TB carga una alta dosis de estigmatización. Por otro lado, desde los marcos sociales desestructurados (entornos de migrantes y nacionales en riesgo de exclusión social), la TB a menudo se asocia a una consecuencia (simbólica) del malestar circundante.

La experiencia acumulada por el personal (con práctica clínica o no) que asiste a los enfermos de TB es de un gran valor.

Partiendo de esta experiencia compartida, hemos estipulado una serie de propuestas que a) pueden mejorar directamente las condiciones de los enfermos de TB en cualquier centro con internos y b) a un nivel más general, pueden mejorar la detección de la TB y el tratamiento (sobre todo la adherencia).

Hemos estipulado cinco grandes áreas de actuación, en las cuales desarrollar las propuestas, de acuerdo con los agentes implicados en ellas:

- *Plazos de detección y mapas de contactos.* Propuesta de coordinación total entre equipamientos, instituciones (públicas y privadas) y agentes implicados para acortar los plazos de detección de la TB, del mismo modo que se aceleran los mapas de contactos para su prevención.
- *Convenios, colaboraciones.* Programa ambicioso de implicación social para con otros agentes, equipamientos públicos de toda índole, empresas, medios de comunicación y fundaciones privadas.
- *Mentoría social.* Implementación de la mentoría social como parte de los tratamientos curativos de largo recorrido, integrándola sobretodo en los casos en riesgo de exclusión social.
- *Herramientas de visibilización.* Proyecto de comunicación intensiva y extensiva, en formatos distintos, sobre los riesgos de la TB, con información asequible i presencia general en centros educativos, en edificios públicos, en los medios y en entornos laborales de todo tipo.
- *Equipos interdisciplinarios.* Creación de un equipo piloto formado por profesionales diversos (médicos, científicos sociales, mediadores culturales, psicólogos, educadores, agentes de salud...) que sienten las bases para equipos futuros, a partir de una experiencia de campo dilatada.

Todas estas propuestas están alineadas con las recomendaciones de la OMS en cuanto a abordaje de la TB centrado en el paciente.