



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.15.06

TUBERCULOSIS

Auditoría de Gestión

Período 2014

Buenos Aires, mayo 2017

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

AV. CORRIENTES 640, PISO 5° - CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Presidente

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Cdra. Mariela Coletta

Ing. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. María Raquel Herrero

Cdor. Vicente Rodríguez

Lic. Hugo Vásquez

CÓDIGO DEL PROYECTO: 03.15.06

NOMBRE DEL PROYECTO: Tuberculosis - Auditoría de gestión

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2014

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 22 de diciembre de 2016

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Lucas F. Coria

Supervisor: a/c Lic. Sandra Francolino

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, economía y eficiencia de los servicios de Hospitales.

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 10 DE MAYO DE 2017

APROBADO POR: UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN N°: 158/17

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, mayo de 2017
Código del Proyecto	3.15.06
Denominación del Proyecto	Tuberculosis – Auditoría de Gestión
Período examinado	Año 2014
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, economía y eficiencia de los servicios de Hospitales.
Presupuesto (ejecutado, expresado en pesos)	No aplicable
Alcance	Evaluar la eficiencia de sus resultados con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, materiales empleados; la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos en los servicios de los Hospitales 426 – 434 Las tareas de campo se realizaron entre el 11/12/15 y el 29/12/16
Limitaciones al alcance	No fueron puestas a disposición del equipo de auditoría: • 12 de las 27 fichas de tratamientos requeridas al Servicio de Neumotisiología del Hospital Santojanni • Los registros de pacientes del año 2014 de la coordinación de Pediatría de la Unidad de Infectología del Hospital Santojanni • 23 de las 29 Historias Sociales de pacientes con TBC del hospital Piñero • 2 de las 21 Historias Sociales del Hospital Santojanni y 2 de las 19 del CeSAC N°5
Aclaraciones previas	La tuberculosis (abreviada TBC o TB) es considerada una de las enfermedades infecciosas de mayor importancia global, por el número de casos nuevos y de defunciones que produce todos los años, a pesar del avance en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento efectivos. Es una enfermedad infecto-contagiosa que se transmite por vía aérea. Se produce a través del <i>Mycobacterium tuberculosis</i> que ataca con más frecuencia los pulmones, pero puede también afectar otras partes del cuerpo. Se propaga por gotas que quedan suspendidas en el aire cuando se estornuda, tose, habla o escupe.

Los síntomas clásicos de la tuberculosis son tos crónica, con esputo sanguinolento, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso. La infección de otros órganos causa una amplia variedad de síntomas. El diagnóstico se basa en la radiología (habitualmente radiografías torácicas), la prueba de la tuberculina cutánea (PPD ó Test de Mantoux¹) y análisis de sangre, así como un examen al microscopio (baciloscopía²-tinción de Ziehl Neelsen) y un cultivo microbiológico de los fluidos corporales como el esputo.

La tuberculosis es prevenible y se cura. El diagnóstico y el tratamiento son gratuitos en todos los centros de salud del país y tiene como mínimo seis y hasta ocho meses de duración.

Evolución interanual del total de casos detectados en la CABA

Gráfico 1 Elaboración propia con datos brindados por la Red de TBC



¹ El test de Mantoux es la prueba que consiste en inyectar antígenos a un organismo para comprobar si se ha producido contacto con la bacteria *Mycobacterium* o con la vacuna BCG pero sin dejar huella. Se observa la reacción controlando la induración (pápula) a las 24, a las 48 y a las 72 horas. Cuando la pápula producida tiene más de 5 mm de diámetro se considera que se ha producido un contacto con el bacilo.

² La baciloscopía es una técnica sencilla rápida y económica, de baja sensibilidad pero es una valiosa herramienta para detectar los casos de tuberculosis pulmonar que consiste en preparar un extendido de la muestra en un portaobjetos, al que se le efectúa la tinción de Ziehl Neelsen y se observa al microscopio para detectar bacilos de Koch coloreados.

Gráfico 2 Elaboración propia con datos suministrados por la Red de TBC³

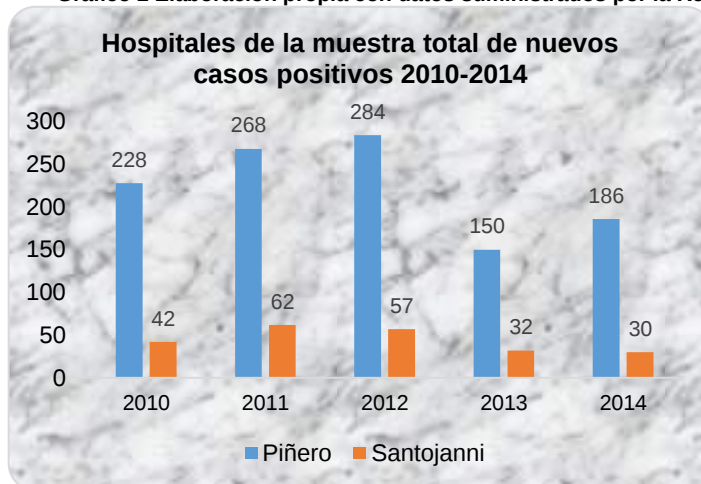
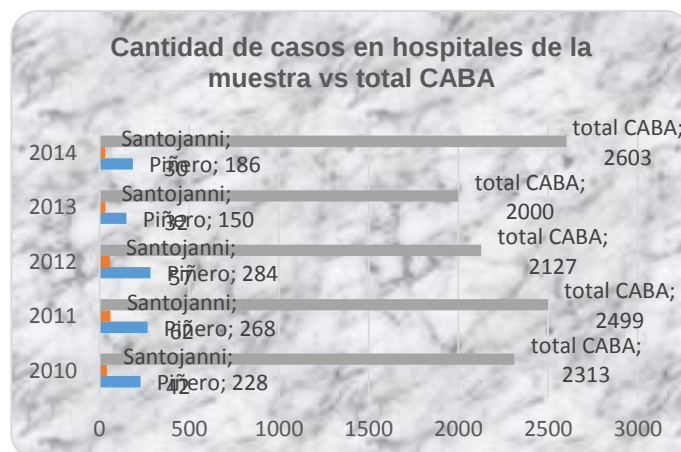


Gráfico 3 Elaboración propia con datos de la Red



Observaciones principales

1. La Red de TBC recibe información de los efectores con registros manuales, se hallaron diferencias entre fuentes de información.
2. Las campañas de prensa sobre TBC no tienen las características que requiere la población objetivo.
3. Los profesionales de Trabajo Social informan sus acciones de manera global, no hay estadísticas de intervenciones de esa especialidad en el recupero de pacientes que abandonan el tratamiento ni seguimiento de las derivaciones.
4. Los trabajadores que atienden a pacientes con TBC⁴ no

³ Nótese que si bien los totales de los gráficos 3 y 4 no coinciden, las diferencias no son significativas.

reciben controles periódicos de salud.

Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

5. El ámbito de trabajo de Neumonología no cuenta con las condiciones de bioseguridad que requiere el contacto con pacientes con TBC.
6. El pabellón N° 3 donde se encuentra el Servicio de Neumotisiología no cuenta con matafuegos.
7. El área de internación del grupo de trabajo de TBC de la División Pediatría no cuenta con plazas de aislamiento para pacientes con TBC.

Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni

8. Existen fallas en la notificación de pacientes detectados a la Red de TBC.
9. Los responsables de Neumonología han discontinuado su participación en las reuniones de la Red de TBC.
10. La planta física del servicio de Neumonología no reúne las condiciones necesarias para atender sin riesgo a pacientes con patologías infectocontagiosas.
11. Las comunicaciones entre laboratorios se efectúan por correo tradicional, lo que dificulta el proceso de envío-recepción.
12. La coordinación de pacientes pediátricos de la Unidad de Infectología no puso a disposición los registros de los pacientes de 2014.
13. La Unidad de Infectología no cuenta con línea telefónica y acceso a Internet, indispensables para la notificación de casos.

Procedimiento 2- Sobre detección, notificación y tratamiento de casos

Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

14. De los 156 pacientes con diagnóstico de TBC del laboratorio del hospital, 6 fueron notificados por otro efector.
15. De 156 pacientes con diagnóstico de TBC del laboratorio del hospital hubo 9 que no fueron notificados a la Red de TBC
16. No fueron puestas a disposición por el Servicio de

⁴ Excepto los profesionales del Laboratorio del Hospital Piñero

	Neumotisiología el 12% (30/34) de las fichas de tratamiento de adultos con TBC. 17. No fueron puestas a disposición por el Servicio de Pediatría el 7% (79/85) de las fichas de tratamiento de niños. 18. No figura el tipo de tratamiento en el 72,4% de las fichas (79/109)⁵ 19. De los casos que efectuaron tratamiento no se encontró el doble registro de fecha de diagnóstico y fecha de inicio de tratamiento en el 69% de los casos (67/97)⁶ Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni 20. El 42% (20/47) del total de los pacientes detectados por el Laboratorio del Hospital Santojanni no fue informado a la Red de TBC, como indica la normativa. No hay constancia de que hayan recibido en 2014 tratamiento para su enfermedad. 21. El Servicio de Neumotisiología no puso a disposición 12 de las 27 fichas de tratamiento solicitadas. 22. No se puede verificar el registro de notificación del Cesac N° 5 a la Red de TBC. 23. No se pudo determinar el tipo de tratamiento en 11 de los 15 casos. Procedimiento 3- Relevamiento de información sobre tipo de tratamiento (modo de administración de la medicación) 24. Los datos sobre tipo de tratamiento aplicado que arrojan las fichas de notificación y las de tratamiento no coinciden.
Recomendaciones principales	VII. RECOMENDACIONES 1. Reemplazar los registros manuales de la Red, para darle confiabilidad a los datos. La información que proviene de las notificaciones tiene valor estadístico y también epidemiológico. Disponer de información confiable y actualizada sobre aparición, frecuencia y distribución de la enfermedad es imprescindible cuando el objetivo es planificar, diseñar y fundamentar las intervenciones adecuadas para detener el avance de la enfermedad. 2. Adecuar a la población objetivo las campañas de prensa que

⁵ Se excluyeron las fichas que fueron derivadas. Referencia tablas 37, 38.

⁶ Referencia tabla 38

se efectúen sobre aspectos de prevención y promoción de la Salud relativos a TBC. Desarrollar campañas de acuerdo a las necesidades específicas de la comunidad, de modo que los usuarios accedan a información sobre los servicios y prestaciones disponibles, los cuidados que deben practicar y a promover hábitos y costumbres saludables.

3. Individualizar las acciones de Trabajo Social con pacientes del Programa de TBC, con el fin de obtener estadísticas de sus intervenciones en el recupero de pacientes que abandonan el tratamiento y en el seguimiento de las derivaciones; considerando la importancia de esa información en la gestión del Programa, en especial en el seguimiento de pacientes para evitar el abandono de tratamientos.
4. Realizar controles periódicos de salud a los trabajadores que atienden pacientes con TBC.

Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

5. 6 y 7. Adecuar las áreas de atención de TBC, de modo que cuenten con las condiciones de bioseguridad que requieren pacientes y equipo de salud.

Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni

8. Establecer controles para evitar fallas en la notificación de pacientes detectados a la Red de TBC.
9. Promover que los responsables del Programa reanuden su participación en las reuniones de la Red de TBC.
10. Adecuar las áreas de atención de pacientes con TBC, de modo que cuenten con las condiciones de bioseguridad que requieren pacientes y equipo de salud.
11. Reemplazar las comunicaciones actuales entre laboratorios por envíos sistematizados, mejorando el proceso de envío-recepción.
12. Efectuar la denuncia formal correspondiente por la pérdida o extravío de documentación relativa a pacientes de TBC.
13. Proveer a la Unidad de Infectología de línea telefónica y acceso a Internet, de modo que pueda cumplir sin dificultades con la notificación obligatoria de casos de TBC.

	Procedimiento 2- Sobre detección, notificación y tratamiento de casos Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero 14. a 19. Reemplazar los registros manuales, promover acciones de supervisión en los registros obligatorios y el debido archivo y conservación de los documentos que respaldan las acciones efectuadas por el efector, en el tratamiento de pacientes. De existir faltantes, realizar las denuncias formales correspondientes. Diseñar un circuito administrativo que permita a los actores contar con respaldo de las intervenciones realizadas y la entrega de documentación a otras instancias, a fin de detectar las fallas del sistema y sus responsables. Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni 20. a 22. Reemplazar los registros manuales, promover acciones de supervisión en los registros obligatorios y el debido archivo y conservación de los documentos que respaldan las acciones efectuadas por el efector, en el tratamiento de pacientes. De existir faltantes, realizar las denuncias formales correspondientes. Diseñar un circuito administrativo que permita a los actores contar con respaldo de las intervenciones realizadas y la entrega de documentación a otras instancias, a fin de detectar las fallas del sistema y sus responsables. 23. Verificar que se completen todos los datos requeridos por los instrumentos de registro. Procedimiento 3- Relevamiento de información sobre tipo de tratamiento (modo de administración de la medicación) 24. Verificar la consistencia de la información brindada por los profesionales y las estadísticas con las que se guían las acciones de las autoridades.
Conclusiones	El Programa de Tratamiento y Control de la Tuberculosis de la Ciudad de Buenos Aires tiene por propósito desarrollar un conjunto de actividades coordinadas para disminuir el riesgo de infectarse, enfermar y morir por esa causa. Tiene definidos propósitos, objetivos, organización, actividades, recursos y un sistema de control de gestión. En este informe de auditoría se han evaluado principalmente las actividades y las acciones de control de gestión que se establecieron para dar

	cumplimiento a dicho Programa en dos efectores de la CABA, los hospitales Piñero y Santojanni. Si bien en ambos efectores se observó adecuada respuesta sanitaria a los pacientes que han contraído la enfermedad, llaman la atención las diferencias cuantitativas de pacientes atendidos en cada caso, toda vez que ambos pertenecen a la Región Sanitaria II, es decir, son demo-epidemiológicamente similares. Se han detectado insuficientes acciones respecto de la prevención, divulgación de pautas de alarma y de cuidado de la salud en la población. No se evidenciaron acciones sistematizadas de seguimiento y reincorporación al Programa de aquellos pacientes que abandonan o no inician sus tratamientos. Las insuficientes campañas publicitarias y los medios por los que se efectúan son un obstáculo para que más personas conozcan la oferta de atención y la importancia del tratamiento. El Sistema manual de notificación de casos verificado no permite dar total confiabilidad a los datos; por esta causa concluimos en que en el período auditado la Ciudad no contó con información confiable y actualizada sobre aparición, frecuencia y distribución de casos de TBC, para planificar, diseñar y fundamentar las intervenciones que le permitieran cumplir con el objetivo de detener el avance de la enfermedad. Los registros que producen los efectores de atención, muestran deficiencias que impiden la supervisión, por parte de la Red de TBC, de las acciones en los lugares que se cumplen. Según el análisis efectuado, algunos de los objetivos del Programa de tratamiento y control de la TBC en la CABA no se están cumpliendo eficientemente, como el de promover la búsqueda activa de casos en la población y el de aplicar tratamiento directamente observado y supervisado en los pacientes Por último, es necesario destacar que en los hospitales analizados, los espacios físicos para el tratamiento de personas que padecen la enfermedad no están preparados para dar garantías de bioseguridad a pacientes y equipo de salud.
--	--

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
"TUBERCULOSIS"
PROYECTO N° 3.15.06**

DESTINATARIO

Señor
Presidente de la
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cdr. Diego Santilli
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Programa de Tuberculosis, Dependiente de la Dirección General de Redes y Programas de Salud, Subsecretaría de Atención Integrada de Salud del Ministerio de Salud, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA

426- Hospital P. Piñero y 434, Hospital D. F. Santojanni

II. OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, economía y eficiencia de los servicios de Hospitales.

III. ALCANCE DEL EXAMEN

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.

Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo las siguientes actividades

- 1) Entrevistas con autoridades y funcionarios
 - a. Director de la Red de Tuberculosis de la CABA
 - b. Jefes y responsables de los servicios vinculados a la Red

- 2) Recopilación y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría
- 3) Análisis de los factores determinantes de la enfermedad en la CABA
- 4) Revisión de registros estadísticos
- 5) Relevamiento de cantidad y distribución de los recursos disponibles
- 6) Verificación del cumplimiento de la notificación obligatoria de eventos al SIVILA
- 7) Definición de procedimientos destinados a la elaboración de indicadores que permitan evaluar la gestión del Programa

Las tareas de campo se realizaron entre el 11/12/15 y el 29/12/16

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE

No fueron puestas a disposición del equipo de auditoría:

- 12 de las 27 fichas de tratamientos requeridas al Servicio de Neumotisiología del Hospital Santojanni
- Los registros de pacientes del año 2014 de la coordinación de Pediatría de la Unidad de Infectología del Hospital Santojanni
- 23 de las 29 Historias Sociales de pacientes con TBC del hospital Piñero
- 2 de las 21 Historias Sociales del Hospital Santojanni y 2 de las 19 del CeSAC N°5

V. ACLARACIONES PREVIAS

La tuberculosis (abreviada **TBC** o **TB**) es considerada una de las enfermedades infecciosas de mayor importancia global, por el número de casos nuevos y de defunciones que produce todos los años, a pesar del avance en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento efectivos.

Es una enfermedad infecto-contagiosa que se transmite por vía aérea. Se produce a través del *Mycobacterium tuberculosis* que ataca con más frecuencia los pulmones, pero puede también afectar otras partes del cuerpo. Se propaga por gotas que quedan suspendidas en el aire cuando se estornuda, tose, habla o escupe.

Los síntomas clásicos de la tuberculosis son tos crónica, con esputo sanguinolento, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso. La infección de otros órganos causa una amplia variedad de síntomas. El diagnóstico se basa en la radiología (habitualmente radiografías torácicas), la prueba de la tuberculina cutánea (PPD ó Test de Mantoux⁷) y análisis de sangre, así como

⁷ El test de Mantoux es la prueba que consiste en inyectar antígenos a un organismo para comprobar si se ha producido contacto con la bacteria *Mycobacterium* o con la vacuna BCG pero sin dejar huella. Se observa la reacción

un examen al microscopio (baciloscopía⁸- tinción de Ziehl Neelsen) y un cultivo microbiológico de los fluidos corporales como el esputo.

La tuberculosis es prevenible y se cura. El diagnóstico y el tratamiento son gratuitos en todos los centros de salud del país y tiene como mínimo seis y hasta ocho meses de duración.

Es posible prevenir la TB en los niños, con la aplicación de la vacuna BCG⁹ (incluida en el Calendario Nacional de Vacunación) colocándose a los recién nacidos antes de salir de la maternidad.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y gérmenes resistentes y multirresistentes a los medicamentos disponibles, agravan la situación.

Factores colectivos e individuales favorecen el desarrollo de la infección; las deficientes condiciones de vida de la población, el hacinamiento en viviendas y ambientes laborales, la escasa ventilación e higiene en esos ambientes; el estado nutricional, exposición al bacilo de la tuberculosis (bacilo de Koch) y la falta de eficacia de la respuesta inmune del individuo, son responsables de la prevalencia la enfermedad.

En condiciones sociales desfavorables y con déficits en la prevención o en la oferta de atención, los casos de tuberculosis pueden no ser diagnosticados precozmente en el individuo y repercutir en su entorno social constituyéndose en un problema de salud pública.

La tercera parte de la población mundial, está infectada por el bacilo que causa la TBC. En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la TBC una emergencia mundial en salud pública, cuando en ese momento se estimaban 7 a 8 millones de casos y 1,3 a 1,6 millones de muertes anuales. En 2010 se estimaron 8,5 a 9,2 millones de casos y 1,2 a 1,5 millones de muertes (incluyendo personas VIH positivas). La TBC es la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo (después del VIH que causó 1,8 millones de muertes en 2008).

Objetivos del milenio de la OMS

El control de la tuberculosis es uno de los ocho objetivos del milenio de la Organización Mundial de la Salud, no sólo como enfermedad aislada sino por su frecuente asociación con el VIH/SIDA.

controlando la induración (pápula) a las 24, a las 48 y a las 72 horas. Cuando la pápula producida tiene más de 5 mm de diámetro se considera que se ha producido un contacto con el bacilo.

⁸ La baciloscopía es una técnica sencilla rápida y económica, de baja sensibilidad pero es una valiosa herramienta para detectar los casos de tuberculosis pulmonar que consiste en preparar un extendido de la muestra en un portaobjetos, al que se le efectúa la tinción de Ziehl Neelsen y se observa al microscopio para detectar bacilos de Koch coloreados.

⁹ La vacuna antituberculosa, compuesta por una suspensión de bacterias vivas atenuadas, denominada BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) en homenaje a sus descubridores, previene las formas graves de la enfermedad.

- ODM 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre
- ODM 3: promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- ODM 4: reducir la mortalidad infantil
- ODM 5: mejorar la salud materna
- **ODM 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**
- ODM 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- ODM 8.E: fomentar una asociación mundial para el desarrollo

En el marco del Objetivo N°6, se definen metas para el control de esas enfermedades:

- Meta 6A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA
- Meta 6B. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Entre las enfermedades graves mencionadas, se incluye la TBC:

En 2011 hubo unos 8,7 millones de nuevos casos de tuberculosis (incluyendo 1,1 millón en personas con VIH) y un estimado de 1,4 millón de defunciones por esta enfermedad (incluyendo 430 000 en personas con VIH), lo que la ubica como una de las principales causas de defunción en todo el mundo.

Las tasas mundiales de incidencia se están reduciendo muy lentamente, pero todas las regiones del mundo se encaminan hacia la consecución de las metas de los ODM, consistentes en reducir la prevalencia de la tuberculosis y el número de defunciones por esa enfermedad para 2015.

En colaboración con la Alianza Alto a la Tuberculosis, la OMS está trabajando para luchar contra la epidemia mediante la estrategia Alto a la Tuberculosis. La estrategia consta de seis puntos orientados a:

- *procurar ampliar y reforzar el DOTS¹⁰ de buena calidad, el enfoque de la OMS de eficacia probada para el control de la tuberculosis;*
- *afrontar los problemas planteados por la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros desafíos;*
- *contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud;*
- *incorporar a todos los dispensadores de atención de salud;*
- *promover la autonomía de las personas con tuberculosis y sus comunidades; y*
- *facilitar y promover la investigación.*

Actualidad

En mayo del año 2015, la Asamblea Mundial de la Salud renovó la aspiración de acabar con la TBC, aprobando una estrategia que abarca un período de 20 años (2016-2035) para poner fin a la epidemia mundial de

¹⁰ El Does Directly Observed Treatment, o tratamiento breve bajo observación directa, es la estrategia de lucha contra la tuberculosis recomendada por la OMS

tuberculosis¹¹. La estrategia de la OMS para poner fin a la tuberculosis aspira a un mundo sin tuberculosis en el que esta enfermedad no sea causa de mortalidad, morbilidad y sufrimiento. En la estrategia se fijan objetivos y se perfilan distintas medidas que habrán de adoptar los gobiernos y los asociados para prestar una atención centrada en el paciente, implantar políticas y sistemas que posibiliten la prestación de atención a la tuberculosis y su prevención, e impulsen la investigación y la innovación necesarias para acabar con la epidemia y eliminar esta enfermedad.

Situación en Argentina

En Argentina, existe un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis que se propone cumplir los siguientes objetivos:

1.1. OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA Reducir la morbi-mortalidad por TB. Reducir la transmisión de la infección tuberculosa. Reducir la resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* a los medicamentos antituberculosos.

1.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Fortalecer la estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (DOTS/ TAES) en todas las jurisdicciones del país. Realizar un enfoque de trabajo centralizado en las áreas prioritarias de acuerdo a la magnitud del problema.

CAPITULO 1 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y FUNCIONES Articular con otros programas gubernamentales para potenciar las acciones. Descentralizar las acciones de control hacia el primer nivel de atención ampliando el acceso a la población y, especialmente, a la más vulnerable.

1.3. METAS ANUALES DEL CONTROL DE LA TB Detectar el 90% de los enfermos de TB de todas las formas. Tratar exitosamente el 90% de los casos detectados.

1.4. ESTRUCTURA Y RESPONSABILIDADES El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis consta de cuatro niveles: Nivel central. Nivel provincial. Nivel intermedio. Nivel local.

1.4.1. NIVEL CENTRAL El responsable es el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación. Muchas de estas responsabilidades son compartidas con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” dependiente de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán”, organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación.

¹¹ <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2015/event/es/>

Responsabilidades: Realizar el diagnóstico epidemiológico y operacional de la TB en el país. Planificar, monitorear y evaluar las actividades de control de la TB. Elaborar normas técnicas y de procedimientos para el control de la TB, actualizándolas periódicamente. Asegurar el abastecimiento regular de medicamentos, insumos de laboratorio y registros necesarios para ejercer las actividades de control. Coordinar con otras Direcciones y Programas del Ministerio de Salud de la Nación y con los demás organismos nacionales de salud, públicos y privados, para que las acciones de control se desarrollen equitativamente de acuerdo a las normas y con máxima cobertura. Coordinar el Sistema de Registro e información de casos de TB difundiendo las recomendaciones derivadas de su análisis.

Apoyar a la Red Nacional de Laboratorios de TB y mantener una estrecha articulación con los Laboratorios de Referencia Nacional en TB, participando de la planificación de las acciones de diagnóstico bacteriológico y control de calidad. Supervisar y asesorar a los niveles provinciales en lo referente a la programación y ejecución de las actividades, tanto en establecimientos públicos como privados. Realizar o estimular el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas y operacionales. Promover, coordinar y supervisar actividades de capacitación del personal profesional, técnico y auxiliar que actúa en distintos niveles de atención de salud en el control de la TB. Conducir y desarrollar programas de información, educación y comunicación sobre TB. Divulgar a todos los profesionales de la salud, por medio de boletines e informes, la situación epidemiológica de la TB. Convocar a las Reuniones del Consejo Confederal de TB.

1.4.2. NIVEL PROVINCIAL Las responsabilidades del control de la TB se delegan a un equipo de trabajo dirigido por un responsable provincial. **Responsabilidades:** Gerenciar la ejecución de las medidas de control de la TB en el nivel provincial. Realizar el diagnóstico epidemiológico y operacional de la TB en su provincia. Proponer y ejecutar planes y estrategias de control. Asegurar la aplicación de las normas técnicas de control. Garantizar el abastecimiento regular de medicamentos, insumos de laboratorio y registros necesarios para ejercer las actividades de control en el ámbito provincial. Realizar el control logístico, calcular la demanda, almacenar y controlar los medicamentos para TB y demás insumos en el nivel provincial. Realizar la vigilancia epidemiológica y operacional del Programa de Control en la provincia. Informar al nivel central y difundir la marcha del programa en la provincia. Conducir y desarrollar programas de información, educación y comunicación sobre TB en la provincia. Participar de las Reuniones del Consejo Confederal de TB.

Efectuar, de acuerdo a la disponibilidad, investigaciones epidemiológicas y/u operacionales. Promover y desarrollar actividades de capacitación de recursos humanos en el área de TB, fomentando la integración entre instituciones de enseñanza y servicio. Mantener una estrecha articulación con el Laboratorio de

Referencia Provincial en TB, participando de la planificación de las acciones de diagnóstico bacteriológico y control de calidad. Fortalecer la integración con los sectores responsables del control de las otras enfermedades transmisibles, especialmente VIH/Sida. Divulgar a todos los profesionales de la salud, por medio de boletines e informes, la situación epidemiológica de la TB. Estimular la organización y participación de la sociedad civil en el control de la TB.

1.4.3. NIVEL INTERMEDIO En algunas jurisdicciones existen niveles intermedios entre el nivel central provincial y el nivel asistencial o local, como Zonas, Regiones o Áreas Operativas. Responsabilidades: Son similares a las del nivel provincial con relación a su área de cobertura.

1.4.4. NIVEL LOCAL Se consideran en este nivel los hospitales, centros de salud y unidades penitenciarias y las responsabilidades recaen en sus directivos. Responsabilidades: Realizar la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR) en forma activa y permanente. Efectuar o derivar muestras de esputo para examen de baciloscopía, cultivo, identificación y pruebas de sensibilidad, según corresponda, en pacientes sintomáticos respiratorios. Ofrecer el test de VIH a todos los pacientes con TB, realizando la consejería pre y post test. Diagnosticar los casos de TB. Hacer tratamiento a todos los enfermos diagnosticados, administrando los medicamentos en forma supervisada, brindando educación sanitaria a los pacientes y familiares. Efectuar la búsqueda y recuperación de aquellos enfermos que no concurren a tomar la medicación. Identificar precozmente la aparición de reacciones adversas a los medicamentos, orientando adecuadamente los casos que presenten efectos considerados “menores”. Derivar a centros de referencia los casos: de difícil diagnóstico, que presentan reacciones adversas consideradas “mayores”, que presentan comorbilidades (trasplantados, inmunodeprimidos, con hepatopatías o insuficiencia renal crónica), fracasos de tratamiento o que presentan cualquier tipo de resistencia a fármacos.

Recibir y acompañar los casos atendidos y derivados por centros de referencia, conduciendo el tratamiento supervisado y el estudio de contactos. Mantener al día el sistema de registro e información del programa de TB y elevar la información al nivel intermedio o provincial, cuando corresponda. Realizar el control del tratamiento según normas. Buscar, examinar y aplicar quimioprofilaxis cuando corresponda a los contactos de los enfermos. Dar el alta a los pacientes que hayan completado su tratamiento según normas. Asegurar la capacitación del personal del servicio involucrado en el Programa. Tener disponibilidad de medicamentos, insumos de laboratorio y registros necesarios.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires queda sujeta a esta norma en el nivel 1.4.2 y sucesivos¹².

Desde 1982 en que se aprueba el Programa de Tratamiento y Control de la Tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires por Decreto N° 8313/MCBA/82

1. PROPÓSITOS

Desarrollar un conjunto de actividades coordinadas para disminuir el riesgo de infectarse, enfermar y morir por tuberculosis.

2. OBJETIVOS

- Promover la búsqueda de casos de tuberculosis en la población de la Capital Federal.
- Atender la demanda espontánea de los pacientes tuberculosos, cualquiera sea su residencia.
- Realizar el tratamiento de todos los enfermos tuberculosos, con provisión regular y gratuita de fármacos.
- Propender a incorporar al programa todos los servicios de salud ubicados en la Ciudad de Buenos Aires, incluidos los para estatales.
- Efectuar vacunación B.C.G.
- Mantener un registro de morbilidad y mortalidad por tuberculosis, de tipo permanente y cumplir con el envío mensual de datos a las autoridades nacionales.
- Efectuar supervisión de las acciones y evaluar sus resultados, elevando un informe anual a las autoridades a fin de planificar las actividades del próximo año.

3. ORGANIZACIÓN

El Programa de Control de la Tuberculosis, dependerá de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente a través de la Dirección General de Atención Médica.

Contará con un Comité del programa de Tuberculosis, compuesto por tres miembros y un Secretario, designados por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente y tendrá su asiento donde la misma lo determine. Además contará con un Coordinador designado por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente a propuesta de la Dirección General de Atención Médica.

El Comité tendrá a su cargo la programación, normatización y evaluación del Programa, de lo que informará a la Dirección General de Atención Médica.

El Coordinador realizará las acciones de coordinación, supervisión, adiestramiento en terreno y recolección y elaboración de datos de lo que mantendrá informada a la Dirección General de Atención Médica y al Comité.

El Coordinador, contará con el apoyo de los organismos que resultaran necesarios para lo cual se faculta a la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente a establecer los mismos.

¹² Fuente: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

Los hospitales Tornú, Muñiz y Elizalde, serán centros de referencia. Asimismo, actuarán como establecimientos de internación de los pacientes tuberculosos, de adultos los dos primeros y de niños el tercero. Los Hospitales Generales de Agudos, realizarán la asistencia de los tuberculosos pulmonares a través de Consultorios Externos y recibirán apoyo técnico de los hospitales de referencia. Los establecimientos no municipales de salud, ubicados en la Capital Federal, podrán recibir apoyo técnico de los hospitales de referencia, de acuerdo con las normas y convenios que se suscriban.

4. ACTIVIDADES

4.1. Actividades técnicas

Las actividades técnicas estarán orientadas hacia la búsqueda de casos de tuberculosis, tratamiento de pacientes y vacunación B.C.G., constituyendo cada una de ellas un subprograma.

4.1.1. Subprograma de búsqueda de casos

Se efectuará en los grupos de alto riesgo, residentes en la Ciudad de Buenos Aires, de acuerdo al siguiente orden prioritario, que es enumerativo y no excluyente.

4.1.1.1. Convivientes en casos índices

a) ADULTOS Examen bacterioscópico seriado de esputo, cuando ello sea posible, completado en todos los casos con examen clínico, radiológico de tórax y tuberculínico.

b) NIÑOS Examen clínico, radiológico de tórax y tuberculínico que se complementará con investigación bacteriológica cuando sea factible.

4.1.1.2. Adultos sintomáticos respiratorios de más de 15 días de evolución que concurren a servicios de salud

Se les efectuará el examen bacteriológico seriado de esputos y el estudio clínico, radiológico y tuberculino correspondiente. Si el estudio bacteriológico resultara negativo, se completará el estudio en los sectores asistenciales capaces de verificarla presunta existencia de otra patología.

4.1.1.3. Niños con sintomatología respiratoria o con sintomatología compatible con diagnóstico de Tuberculosis que concurren a servicios pediátricos generales especializados

Se les efectuará examen clínico radiológico y tuberculínico. Se tratará de determinar si fueron vacunados con B.C.G.

4.1.2 Subprograma de tratamiento

4.1.2.1. Lugar de tratamiento: Podrá efectuarse en forma ambulatoria u hospitalizada. La modalidad hospitalizada será la más breve posible, debiendo cumplir en todos los casos sus finalidades fundamentales:

a) Inmediata: salvar la vida.

b) Mediatas: colocar al paciente en condiciones de efectuar el tratamiento en forma ambulatoria. La modalidad ambulatoria será la preferentemente utilizada ya sea como continuación de una fase de hospitalización o en forma integral, es decir, durante todo el período de tratamiento.

4.1.2.2. Regímenes de administración y toma de drogas

Pueden ser:

- a) Régimen continuo diario.
- b) Régimen intermitente.

El régimen intermitente constará de dos fases. Una primera de régimen diario continuo de dos meses de duración y una segunda fase en forma ambulatoria bisemanal con dosis adecuada y toma controlada.

4.1.2.3. Pautas de tratamiento

A) ADULTOS

a) Régimen continuo: auto administrado con toma diaria y 8 meses de duración total.

Comprende:

1° Fase: (2 meses)

Las drogas a utilizarse serán aconsejadas por el Comité y aprobadas por Resolución del Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente.

2° Fase: (6 meses)

Las drogas a utilizarse serán aconsejadas por el Comité y aprobadas por Resolución del Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente.

b) Régimen intermitente: supervisado con toma controlada y de 9 meses de duración:

1° Fase: Diaria de dos meses, totalmente supervisadas con iguales drogas y dosis que el régimen continuo. Las drogas a utilizarse serán aconsejadas por el Comité y aprobadas por Resolución del Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente.

2° Fase: Bisemanal de siete meses de duración, totalmente supervisado. Las drogas a utilizarse serán aconsejadas por el Comité y aprobadas por Resolución del Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente.

Retratamiento

El mismo deberá ser realizado en un establecimiento especializado con criterio individual y ajuste a la sensibilidad bacteriana. Las dosis y las drogas a usar en esquemas diarios e intermitentes (dos por semana), serán aconsejadas por el Comité y aprobadas por el Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente.

B) NIÑOS

Con respecto al Diagnóstico se tendrán en cuenta las formas clínicas más frecuentes de esa edad: forma inaparente, forma común (ganglio pleuro pulmonar) y forma grave.

En cuanto al tratamiento se seguirán los criterios terapéuticos elaborados en su oportunidad por Comités Expertos de Instituciones Científicas del País (Sociedad Argentina de Pediatría).

4.1.2.4. Causas de internación

1. Tuberculosis pulmonar grave, con compromiso respiratorio del estado general que requiera cuidados especiales y/o estricta vigilancia médica.

2. Localizaciones extra pulmonares graves que no permitan la deambulacion, particularmente si están asociados a la localización pulmonar.

3. Asociaciones morbosas o complicaciones que impliquen riesgo de vida inmediata o mediata.

Podrán ser internados pacientes que presenten una o más de las siguientes características

1. Características epidemiológicas del foco tuberculoso (hacinamiento, contactos múltiples y en particular niños); que aconsejen el aislamiento del caso índice.
2. Situación de desamparo económico o habitacional incompatible con el tratamiento ambulatorio.
3. Falta de pautas socio-culturales necesarias para realizar un tratamiento ambulatorio.
4. Realización de un retratamiento en especial si se trata de un paciente poli tratado o de un portador conocido de cepas bacterianas resistentes a los quimio antibióticos.
5. Realización de la fase inicial de los esquemas intermitentes o continuos en los pacientes que no den garantías del cumplimiento ambulatorio de los mismos.

4.1.3. Subprograma de vacunación

Se registrará por las Normas Nacionales de Inmunizaciones.

4.2. Actividades de apoyo

Estas actividades complementarias corresponden a:

- a) Capacitación de personal.
- b) Educación para la salud.
- c) Información epidemiológica.

Se desarrollarán según su necesidad, de acuerdo a los lineamientos nacionales en la materia, ajustados a la jurisdicción.

5. RECURSOS

5.1. Humanos

Serán los propios de los establecimientos que participen en el programa, los que adecuarán a las necesidades operativas, y aquellos que proponga la Comisión Coordinadora y apruebe la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

6. CONTROL DE GESTIÓN

6.1. Registros

6.1.1. De morbilidad

- a) Tarjeta de tratamiento, cuya finalidad estriba en facilitar la supervisión del paciente y el cumplimiento del tratamiento.
- b) Planilla de notificación (denuncia) del caso, que posibilitará la identificación de los enfermos.

6.1.2. Otros registros

Para búsqueda de casos y otras actividades se procederá, según se considere conveniente, al diseño de nuevos registros. El correspondiente a las vacunaciones se efectuará según las normas generales de inmunizaciones.

6.2. Control de gestión

Supervisión indirecta, a través del análisis de la información permanente y directa mediante la observación de las acciones en los lugares donde éstas se cumplen.

Sistema de notificación

Vigilancia epidemiológica

Es el conjunto de actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones en los factores condicionantes, con el fin de recomendar las medidas eficaces que llevan a su prevención y control.

La TBC, está comprendida en estas actividades e incluida entre las enfermedades de notificación obligatoria, Ley N°15465/60, grupo Grupo B¹³ (Notificación caso por caso. Enfermedades de registro). A continuación se citan los artículos más significativos:

(...)

Artículo 3° La notificación debe efectuarse en los casos comprobados o sospechosos de enfermedades incluidas en el grupo A; en los casos comprobados de enfermedades comprendidas en los grupos B y C, y en los eventos contemplados en el grupo D.

Artículo 4° Están obligados a la notificación: a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver; b) El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales; c) El laboratorista y el anatomopatólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

(...)

Artículo 6° La notificación y comunicación de las enfermedades comprendidas en el articulado de esta ley serán dirigidas a la autoridad sanitaria más próxima.

Artículo 7° La notificación prescrita en los artículos 3 y 4 debe hacerse por las personas comprendidas en el artículo 4, siempre por escrito, y en las oportunidades siguientes: a) Para las enfermedades comprendidas en el grupo A del artículo 2, inmediatamente de la sospecha o de establecido el diagnóstico de presunción o de certeza; **b) Para las enfermedades comprendidas en los grupos B y D, dentro de las veinticuatro horas de su comprobación;** c) Para las enfermedades comprendidas en el grupo C, dentro de los siete días de su comprobación. Las personas obligadas por el artículo 5 deben comunicar la sospecha de enfermedad dentro de las veinticuatro horas. Sin perjuicio de la notificación o

¹³ Grupo B 20 Tuberculosis

comunicación escrita, deberán anticiparse los datos respectivos por la vía más rápida en los casos del grupo A, y tratándose de enfermedades comprendidas en los otros grupos, cuando presentaren características de rápida propagación o alta letalidad.

(....)

Artículo 11 La autoridad sanitaria nacional es la única facultada para efectuar notificaciones y comunicaciones o declaraciones internacionales sobre ocurrencia de las enfermedades transmisibles de los grupos A, B y D del artículo 2 y de todas aquéllas que sean de notificación internacional obligatoria.

Artículo 12 Los responsables de los servicios públicos nacionales, provinciales o municipales deben transmitir al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública las notificaciones o comunicaciones que hubieren recibido de inmediato, cuando se trate de enfermedades comprendidas en los grupos A, B y D del artículo 2 y semanalmente las del grupo C del mismo artículo y los supuestos contemplados en los artículos 9 y 10.

(....)

Artículo 16 Las personas enumeradas en el artículo 4 que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley sufrirán una multa de quinientos pesos moneda nacional (\$500) a diez mil pesos moneda nacional (\$10.000). Accesoriamente se harán pasibles de amonestaciones y en caso de reiterado incumplimiento, de suspensión temporal en el ejercicio profesional de uno (1) a tres (3) meses.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Aspectos sociodemográficos, económicos y epidemiológicos:

La dinámica poblacional y el análisis epidemiológico constituyen variables esenciales a la hora de estimar la demanda de los sistemas y servicios de salud y a la vez permiten determinar la cantidad y tipo de servicios que se deberán ofrecer en una región para que resulten adecuados y eficientes.

La Ciudad de Buenos Aires se encuentra dividida en 15 comunas. En relación a la distribución espacial es posible reconocer cinco zonas en las que se agrupan los barrios la ciudad:

- Zona A (norte) Comunas 2, 12, 13 13 y 14
- Zona B (este) Comunas 1 y 3
- Zona C (sur) Comunas 4 y 8
- Zona D (oeste) Comunas 9, 10 y 11
- Zona E (centro) Comunas 5, 6, 7 y 15

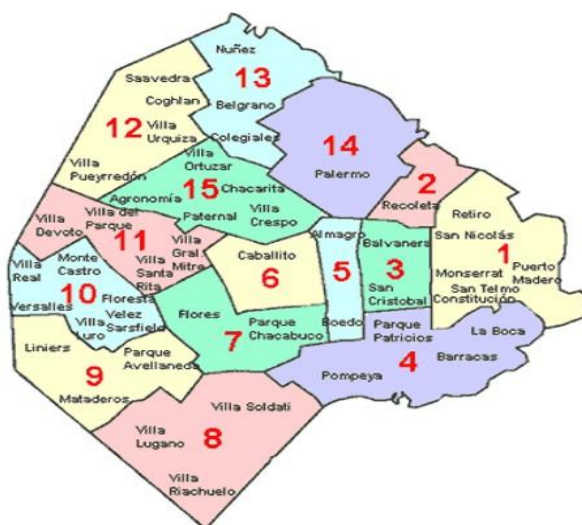


Ilustración 1 Mapa de Comunas, CABA

El último censo poblacional realizado en la República Argentina data del año 2010, de acuerdo a esos registros, las comunas con mayor crecimiento poblacional intercensal 2001/2010 fueron la 1, 7 y 8:

Comuna	% variación	2010	2001
1	19,7	205.886	171.975
8	15,8	187.237	161.642
7	11,8	220.591	197.333
Total CABA	4,1	2.776.138	2.890.151

Tabla 1 Elaboración propia con datos del www.censo2010.indec.gov.ar.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la jurisdicción con mayor proporción de población nacida en el extranjero, que en 2010 representaba el 13,2%.

La Comuna 8¹⁴ presenta la mayor proporción de personas nacidas en países limítrofes (17,6%) conformada por 43.742 extranjeros; el 46,6% de ellos son originarios de Bolivia, en segundo lugar un 37,9% de Paraguay, el 6,2% de origen europeo y el 5,2% de Perú (www.censo2010.indec.gov.ar)

Un informe publicado por el Instituto de investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires en abril 2011 da cuenta del crecimiento poblacional y las modificaciones en el sur de la ciudad, del cual se transcriben fragmentos significativos para el presente informe respecto a las particularidades de la demanda de servicios públicos:

En términos poblacionales, la zona sur muestra una dinámica similar a la tendencia general de la ciudad. Para el total de la ciudad la tendencia es decreciente y presenta

¹⁴ La que forman parte los barrios de Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano

una variación relativa de -6,4%. De igual manera, en la zona sur se registra una disminución de su población de 2.318 personas lo que representa una disminución del 0,5% respecto al '91. No obstante, es importante destacar que si el análisis de la zona sur se desagrega por barrio encontramos aumentos significativos en tres de ellos: Villa Soldati, Villa Lugano y Nueva Pompeya. Estos tres barrios registran un aumento poblacional de 11,5% (4.077 personas); 7,2% (7.304 personas) y 13,2% (7.058 personas), respectivamente. El barrio que más creció en términos absolutos es Villa Lugano, pues en el periodo inter censal incorporó a 7.304 personas. Sin embargo, en términos relativos los que más crecieron fueron Nueva Pompeya y Villa Soldati.

La dinámica poblacional, entonces, no es homogénea para todos los barrios que conforman el área bajo estudio. A pesar de mostrar un crecimiento del 1,5% si se la toma en conjunto, de los cinco barrios, dos aumentan su población (Villa Lugano y Villa Soldati) mientras que los otros tres presentan una dinámica decreciente. En el periodo inter censal, Mataderos pierde 2.491 personas (-3,9%), Parque Patricios, 4.167 (-9,9%) y Villa Riachuelo, 817 (- 5,5%).

Estas variaciones poblacionales han modificado levemente la participación de cada barrio en el total de la población de la zona sur. Del área bajo estudio, se destaca que Parque Patricios disminuyó su participación en más de un punto: de concentrar el 8,3% de la población de la zona sur, paso a concentrar el 7,5%. Inversamente, se destaca Villa Lugano que pasó de concentrar el 19,9% al 21,5 % de la población de la zona sur y Nueva Pompeya (10,5% a 12%). Villa Soldati, Villa Riachuelo y Mataderos prácticamente no modificaron su participación (de 7% a 7,8%; de 2,9% a 2,8%, y de 12,8 a 12,3%, respectivamente).

Finalmente, podríamos decir que en un contexto de variación decreciente de la población de la ciudad, y teniendo en cuenta que todos los barrios que la componen -exceptuando los mencionados de la zona sur y el barrio de Flores- mostraron la misma dinámica decreciente, podríamos estar ante un proceso de movilidad intraurbana que privilegia algunos barrios de la zona sur. Esta dinámica, que refiere a la distribución territorial de la población podría explicarse en función de los diferentes niveles del precio del suelo. Los barrios que muestran mayor crecimiento son aquellos donde el precio del suelo es más barato y donde se concentran en mayor medida las urbanizaciones informales.

Villa Lugano se destaca por la fuerte presencia de urbanizaciones informales desarrolladas a partir de la década de 1940, bajo la tipología de las villas de emergencia. El barrio contiene en sus límites cuatro de las 23 villas existentes en la Ciudad: Villa 15 "Ciudad Oculta" y Núcleo Habitacional Transitorio Avenida del Trabajo, Villa 17 Barrio "Pirelli", Villa 19 Barrio "INTA" y Villa 20. La Villa 20 es la segunda en importancia en la Ciudad de Buenos Aires, por la cantidad de población que concentra (19,2% del total de la población en villas). Las cuatro urbanizaciones mencionadas reúnen al 33% de la población residente en villas (IVC, 2006). Las dos villas de mayor extensión del barrio (Villas 20 y 15) concentran la mitad de la población en villas de la zona sur (CEDEM, 2005: 121)

(Fuente: Documentos de Trabajo N° 56 Barrios al sur: Villa Lugano, Villa Riachuelo, Mataderos, Parque Patricios y Villa Soldati a través del tiempo. Instituto de investigaciones Gino Germani Facultad de ciencias sociales Universidad de Buenos Aires -abril 2011)

Este análisis de nacionalidad de la población residente tiene significatividad debido a que los pacientes con diagnóstico de TBC sin antecedentes de tratamiento previo o con tratamiento discontinuado tienen más riesgo de presentar resistencia a los fármacos. Muchos de esos pacientes proceden de

países con limitados programas de control y con un contexto asociado a necesidades básicas insatisfechas.

La tuberculosis sin tratamiento previo conocido debe ser tratada durante al menos seis meses, según el riesgo sospechado de resistencia, con tres o cuatro fármacos antituberculosos de uso corriente, también llamados de primera línea. Sin embargo, una inadecuada administración, sea por deficiencia en la prescripción médica o por incumplimiento del paciente, puede conllevar la aparición de tuberculosis multirresistente, es decir, resistente al menos a los dos fármacos más eficaces y económicos: isoniacida y rifampicina.

El tratamiento de la tuberculosis resistente se realiza con medicamentos de segunda línea (que son más tóxicos), es más prolongado -más de dos años- implica mayores costos sanitarios y puede producir más efectos colaterales.

Educación

En las comunas 7, 8 y 9, el porcentaje de jefes de hogar con bajo nivel educativo representó más del doble que el registrado para el conjunto de la Ciudad de Buenos Aires y casi tres veces mayor en el caso de los jefes de hogar sin ningún tipo de afiliación a un sistema de salud.

Salud

La ciudad está compuesta por regiones demo-epidemiológicamente similares, de acuerdo a distinto tipo de indicadores entre los que se destacan los políticos, poblacionales, epidemiológicos, de la red de efectores, de inequidad, educativos, laborales, de vías y medios de comunicación, etc.

Según esta concepción, se planteó la estrategia de regionalización que estableció un Hospital General de Agudos como efector de referencia para cada una de ellas.

Comunas	Regiones	Hospital de Referencia
1,3,4	REGION SANITARIA I	Argerich
7,8,9	REGION SANITARIA II	Santojanni
5,6,10,11,15	REGION SANITARIA III	Durand
2,12,13,14	REGION SANITARIA IV	Fernández

Tabla 2 Elaboración propia. Comunas por Región Sanitaria

En estas regiones se sitúan hospitales generales de agudos con sus respectivos efectores de atención primaria (pertenecientes a sus áreas programáticas) y hospitales especializados:

REGION SANITARIA I		REGION SANITARIA II		REGION SANITARIA III		REGION SANITARIA VI	
Generales de Agudos	Especializados	Generales de Agudos	Especializados	Generales de Agudos	Especializados	Generales de Agudos	Especializados
Argerich	Elizalde	Santojanni		Durand	Marie Curie	Fernández	Gutiérrez

REGION SANITARIA I		REGION SANITARIA II		REGION SANITARIA III		REGION SANITARIA VI	
Generales de Agudos	Especializados	Generales de Agudos	Especializados	Generales de Agudos	Especializados	Generales de Agudos	Especializados
Penna	María Ferrer	Piñero		Tornú	de Odontología	Pirovano	Ramón Carrillo
Ramos Mejía	Quinquela Martín	Álvarez		Vélez Sarsfield	Lagleyze	Rivadavia	IREP
	Muñiz			Zubizarreta	Rocca		
	Santa Lucía				Quemados		
	Udaondo				Luis Pasteur		
	Sardá						

Tabla 3 Efectores por Región Sanitaria

	CESACS	CMB
Región Sanitaria I	1,8,9,10,11,15,16,30,32,35,39	6,10,14,18,24,29,30,37
Región Sanitaria II	3,4,5,6,7,13,14,18,19,20,24,31,40,28,29,37	1,3,4,7,8,9,12,15,20,25,28,31
Región Sanitaria III	22,23,33 (*), 34 (****), 36,38,26 (**)	2,5,13,16,19,22,27,32,34,35,36,38
Región Sanitaria IV	2,12,17,21 (***), 25 (***), 27	11,17,26,33

Tabla 4 Efectores de Atención Primaria

(*) Geográficamente se encuentran en la comuna 14 por Área Programática corresponde al H. Tornú
 (**) Geográficamente se encuentran en la comuna 15 por Área Programática corresponde al H. Fernández
 (***) Geográficamente se encuentran en la comuna 1 por Área Programática corresponde al H. Fernández
 (****) Geográficamente corresponde a la comuna 5 por Área Programática depende del Álvarez

Determinantes sociales en la incidencia de la enfermedad. Factores de riesgo.

“La tuberculosis (TB) sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales. Se calcula que en 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas y que 1,5 millones, de los cuales 360 000 eran VIH-positivos, fallecieron por esta causa. La TB va decayendo lentamente de año en año y se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas gracias a diagnósticos y tratamientos eficaces. Sin embargo, dado que la mayoría de las muertes por TB son evitables, la mortalidad de esta enfermedad sigue siendo inaceptablemente alta y hay que acelerar la lucha contra ella si se quieren alcanzar las metas mundiales para 2015, fijadas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).”

Aun cuando la TB es una enfermedad prevenible y curable, continúa siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo, pese a contar con medios para el diagnóstico y tratamiento de la mayoría de los casos.

Son múltiples los factores relacionados con las condiciones de vida de la población que incrementan el riesgo relativo de enfermar. La falta de acceso a alimentos de alto valor biológico, el hacinamiento, la dificultad para incorporarse a un programa de salud o centro de atención, el abandono del tratamiento y la coexistencia de enfermedades, repercuten en la probabilidad de infectarse con el bacilo de la tuberculosis y en la capacidad de la persona de responder a la infección.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y devienen en la posibilidad de enfermar. Esas circunstancias son el resultado de la distribución de la renta, los recursos y las capacidades de los individuos, a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas que se expresan en el grado de equidad o inequidad alcanzado. Cuando se hace referencia a determinantes sociales, se consideran condiciones socioeconómicas definidas a través de indicadores que incluyen su grado de alfabetización, condición de empleo, nivel de ingreso económico, características de la vivienda y grupo familiar, consumo de alimentos, residencia y otros particulares de la población analizada.

En los últimos veinte años (y a partir del informe Lalonde de la década del 70) se han desarrollado modelos para mostrar los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales (DS) afectan el estado de salud de la población. De estos los más considerados son los propuestos por Dahlgren y Whitehead (1991); Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead 2001), Mackenbach (1994); Marmot y Wilkinson (1999).

Existen diferencias entre los modelos, que atribuyen preponderancia de uno o varios factores en función de las investigaciones realizadas:

Principales factores determinantes de la salud de la población y sus diferenciales	Modelos de Determinantes Sociales de la Salud. Autores y años					
	Laframboise	Dahlgren y Whitehead	Mackenbach	Diderichsen	Wilkinson y Marmot	Comisión de Determinantes Sociales
	1974	1991	1994	1998	2003	2005
Contexto político y de políticas				x		
Situación económica		x	x			x
Redes de apoyo social		x			x	x
Educación				x		x
Empleo y condiciones de trabajo		x		x	x	x
Entorno psicosocial y demográfico	x		x		x	
Entorno físico						
Estilos de vida (comportamiento)	x	x	x			x
Desarrollo sano del niño			x		x	

Principales factores determinantes de la salud de la población y sus diferenciales	Modelos de Determinantes Sociales de la Salud. Autores y años					
	Laframboise	Dahlgren y Whitehead	Mackenbach	Diderichsen	Wilkinson y Marmot	Comisión de Determinantes Sociales
	1974	1991	1994	1998	2003	2005
Biología humana (genética y envejecimiento)	x	x				
Sistema y servicios de salud	x	x				
Género		x		x		x
Cultura			x			
Estrés		x	x			
Exclusión social		x		x	x	x
Desempleo					x	
Adicción					x	
Alimento y agricultura		x			x	x
Transportación					x	
Vivienda		x				
Nutrición y salud		x				

Tabla 5 Fuente: <http://bvs.sld.cu/revistas/infod/n1512/infod06212.htm> Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos: Dra. Esperanza Caballero González, Lic. Meralys Moreno Gelis, Lic. Maria Efigenia Sosa Cruz, Lic. Eva Mitchell Figueroa, Lic. Maylen Vega Hernández, Lic. Luz de América Columbié Pérez.

En la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, del 21 de enero de 2012, se estableció que una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible, pero también de la participación de otros sectores. Se ha demostrado la eficacia de una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas de manera que la salud forme parte de todas las políticas públicas.

Nivel de ingresos para acceder a la canasta total de consumo de bienes y servicios (en porcentajes)

Comuna	Ingresos menores	Ingresos iguales o mayores
Total CABA	25,2	74,8
1	40,2	59,8
2	14,1	85,9
3	29,8	70,2
4	49,7	50,3

Comuna	Ingresos menores	Ingresos iguales o mayores
5	17,9*	82,1
6	16,1*	83,9
7	35,1	64,9
8	47,6	52,4
9	30,4*	69,6
10	17,9	82,1
11	15,1*	84,9
12	16,0*	84,0
13	11,2*	88,8
14	13,1*	86,9
15	21,4*	78,6

Tabla 6 Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2013 Nota:

*Valor de la celda con carácter indicativo (el coeficiente de variación está entre 10% y 20%).

Se observa en la tabla anterior que las comunas del sur de la Ciudad (4, 7,8 y 9), entre las que se encuentran los hospitales auditados, son las que registran los mayores porcentajes de hogares que no acceden a la canasta básica de consumo de bienes y servicios.

Vivienda y hacinamiento

El término hacinamiento hace referencia al estado que se caracteriza por la acumulación de individuos en un lugar que no se haya físicamente preparado para albergarlos, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.

De acuerdo con la concentración de individuos en dichas condiciones, se puede establecer un grado de hacinamiento no crítico (donde la cantidad de personas por habitación es menor a 3) y uno crítico cuando habitan más de 3 personas por cuarto.

Con este criterio, la condición de hacinamiento en hogares de la CABA ha evolucionado de la siguiente manera:

El porcentaje de hogares que residían en 2014 en situación de hacinamiento (2 y más personas por cuarto) alcanzaba al 9.9. En las Comunas 7, 8 y 9 los hogares en esa condición, superaban el promedio de la Ciudad (8.7%), con 13.9%, 20.6% y 11.7%, respectivamente.

Distribución porcentual de los hogares por condición y situación de hacinamiento. Ciudad de Buenos Aires. Años 2005 - 2010/2014

Año	Condición y situación de hacinamiento		
	sin hacinamiento (%)	Con hacinamiento (%)	
		no crítico	crítico
2005	89,4	8,8	1,8
2010	89,7	8,7	1,5*
2011	89,6	8,9	1,5
2012	89,9	8,5	1,6*
2013	89,1	9,4	1,4*
2014	90	8,3	1,6

Tabla 7 Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2005 - 2010/2014.

*Valor de la celda con carácter indicativo (el coeficiente de variación está entre el 10% y el 20%).

Nota: excluye los hogares sin habitaciones de uso exclusivo y los hogares para los cuales no se puede determinar la cantidad exacta de habitaciones de uso exclusivo. La suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

Distribución porcentual de hogares por condición y situación de hacinamiento según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Comuna	Condición y situación de hacinamiento			
	sin hacinamiento		con hacinamiento	
	(menos de 2 personas/cuarto)	no crítico (2 a 3 personas/cuarto)	crítico (más de 3 personas/cuarto)	Total hogares con Hacinamiento
Total CABA	90	8,3	1,6	9,9
1	76,9	18,8	4,3	23,1
2	94,1	5,4	0,5	5,9
3	84,7	13,5	1,8	15,3
4	81,3	13,6	5,1	18,7
5	95,5	4,3	0,2	4,5
6	96,5	3,4	0,1	3,5
7	86,1	10,7	3,2	13,9
8	79,4	15,7	4,9	20,6
9	88,3	9,4	2,3	11,7
10	88,8	10,6	0,6	11,2
11	95,1	4,9		4,9

Comuna	Condición y situación de hacinamiento			
	sin hacinamiento		con hacinamiento	
	(menos de 2 personas/cuarto)	no crítico (2 a 3 personas/cuarto)	crítico (más de 3 personas/cuarto)	Total hogares con Hacinamiento
12	94,9	5	0,1	5,1
13	96,8	2,8	0,4	3,2
14	94,7	5,1	0,2	5,3
15	92,6	5,3	2,1	7,4
Promedio CABA	89,7	8,6	1,8	10,3

Tabla 8 Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2014. Los datos se expresan en porcentaje

Nota: excluye los hogares sin habitaciones de uso exclusivo y los hogares para los cuales no se puede determinar la cantidad exacta de habitaciones de uso exclusivo. Las celdas en las que se observan porcentajes bajos pueden presentar coeficientes de variación elevados, por lo cual deben considerarse de carácter indicativo. La suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

Red de TBC de la CABA

Esta red funciona desde el año 1982 en la Ciudad de Buenos Aires, cuyo coordinador es un profesional especialista en tisiopneumología del Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Muñiz y se encuentra a cargo desde la conformación de la Red.

Objetivos y metas definidos por la Coordinación

- Erradicar la TBC en el área (menos de un caso nuevo por cada millón de habitantes y por año)
- Mejorar el control epidemiológico
- Buscar casos en supuestos sanos y en sintomáticos respiratorios
- Realizar tratamiento directamente observado y supervisado en los residentes de la ciudad
- Controlar resistencias bacterianas
- Realizar capacitaciones técnico profesionales al equipo de salud de la Red
- Reducir las tasas de incidencias y letalidad específicas
- Sustener el programa de producción pública en medicamentos
- Agilizar el sistema de notificación de datos
- Capacitar en Atención Primaria sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad
- Supervisar en forma continua Hospitales y CeSACs
- Implementar un subsidio y transporte gratuito para los pacientes en tratamiento
- Agilizar la toma y transporte de muestras a los laboratorios de referencia, con provisión de insumos continua

- Organizar cursos y jornadas Interdisciplinarias de capacitación para el equipo de salud
- Capacitar y supervisar en forma continua sobre Notificación, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de cada efector
- Proveer de fármacos de primera y segunda línea para el tratamiento de la enfermedad
- Elaborar medicación en forma líquida, para niños y personas con dificultad deglutoria
- Asignar un farmacéutico para dispensar los medicamentos

Estos objetivos y metas coinciden con los propuestos en el programa nacional:

Los objetivos del tratamiento de la TB son: Curar al paciente y recuperar/mejorar la calidad de vida y productividad. Prevenir la muerte por TB activa o sus secuelas. Prevenir la recaída de TB. Reducir la transmisión de TB en la población. Prevenir el desarrollo y transmisión de TB resistente a drogas.

Estadísticas de la Red

Los laboratorios de hospitales que procesan muestras para diagnóstico de tuberculosis y estén habilitados como usuarios, notifican de los casos positivos detectados a través del Sistema Nacional de Vigilancia Laboratorial – SIVILA. De acuerdo con las normas de vigilancia nacional, todo caso positivo diagnosticado por baciloscopia y/o cultivo debe ser notificado en ficha individual semanal.

Entre los datos epidemiológicos relevados se consignan si el paciente se encuentra inmunocomprometido, si ha recibido tratamiento específico previo (si realizó tratamiento antituberculoso por más de un mes y lo abandonó o si presentó la enfermedad, fue dado de alta y recayó) y el estudio de contactos. Se consideran antecedentes de interés la exposición laboral, accidente (para el caso de personal de salud), sospecha de infección nosocomial.

Los casos se clasifican como nuevos o retratamientos (abandono, recaída o fracaso). Se identifica si el paciente es diabético o adicto al alcohol y la residencia anterior en países de alta carga de tuberculosis resistente a drogas¹⁵.

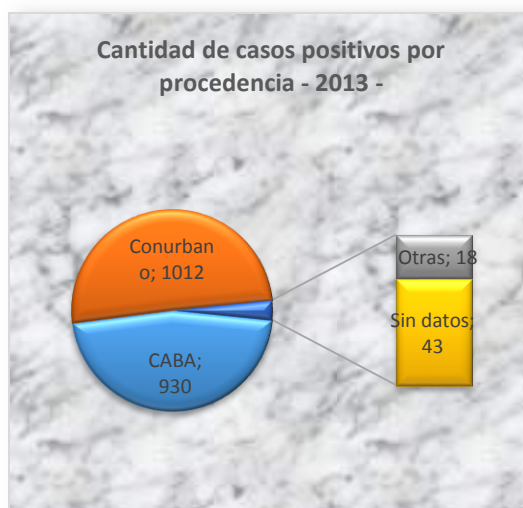
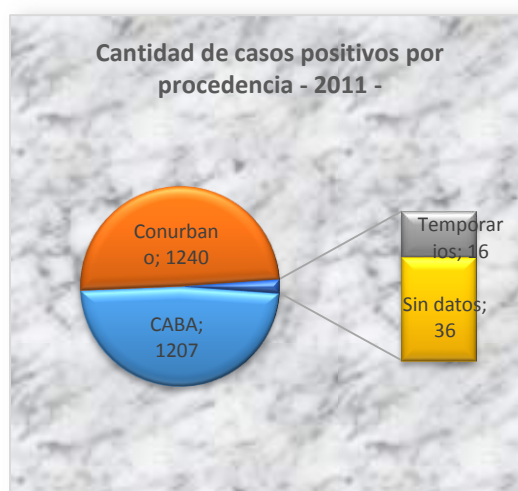
Los controles de tratamiento de TBC no son de notificación obligatoria salvo para el caso de tuberculosis multirresistente¹⁶.

Con los datos remitidos por los efectores de salud de la Ciudad acerca de pacientes con TBC, el Coordinador eleva anualmente al Ministerio de Salud de la Ciudad un informe de producción hospitalaria y georreferencia. Además mantiene comunicación con el Programa de Control de Tuberculosis de la Provincia de Buenos Aires, a quien envía datos de pacientes atendidos en CABA para que facilitar el control de contactos.

¹⁵ Ecuador, Perú, países de Asia Central y de Europa del Este

¹⁶ Se considera multirresistente a la tuberculosis resistente a por lo menos dos de los medicamentos más eficaces utilizados contra esta enfermedad: isoniácida y rifampicina. Estos medicamentos se consideran de primera línea y se usan para tratar a todas las personas que tienen la tuberculosis activa.

En el año bajo análisis, la notificación de casos se realizaba en una planilla de papel. La dificultad de este sistema de registro es que si bien en el documento figuraban todos los ítems de interés para el recuento de nuevos casos y su evolución hasta el alta, la mayoría de los efectores completaban sólo la referida al caso nuevo y no volvían sobre el registro para la evolución y la finalización del tratamiento (que generalmente ocurre al menos seis meses después de iniciado). Por este motivo, los datos estadísticos con los que cuenta la Red para el año 2013 (hasta el 2016 en que se modificó) son incompletos ya que no reflejan todas las instancias del proceso de detección – tratamiento – alta. La evolución de casos detectados en la jurisdicción en el período 2010/2014:



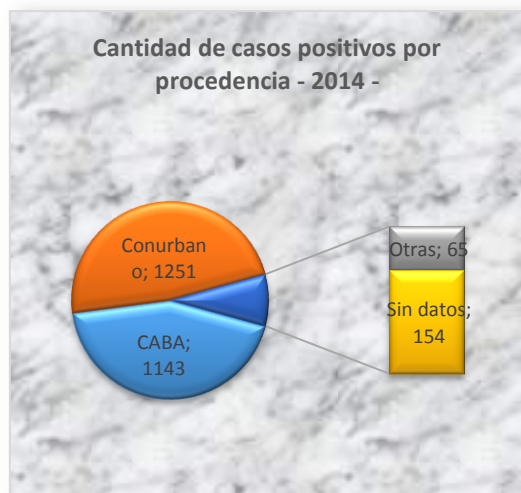


Gráfico 4 Elaboración propia con datos suministrados por el Coordinador de la Red de TBC de la CABA. A partir de 2012 el ítem “temporarios” pasó a llamarse “otras”, cambiando únicamente de denominación.

Los gráficos precedentes muestran, tal como informó en entrevista el Coordinador de la Red, que aproximadamente se producen 2500 nuevos casos anuales y la mitad de los pacientes residen en Gran Buenos Aires. Por el tipo de registros (manuales) vigentes en 2014 se conocían pocos datos adicionales al de detección, hospital que efectuó el diagnóstico y datos del paciente. En la estadística están ausentes los casos tratados en un efector pero detectados en el laboratorio de otro, los pormenores del tratamiento y las condiciones de alta.

Evolución interanual del total de casos detectados en la CABA

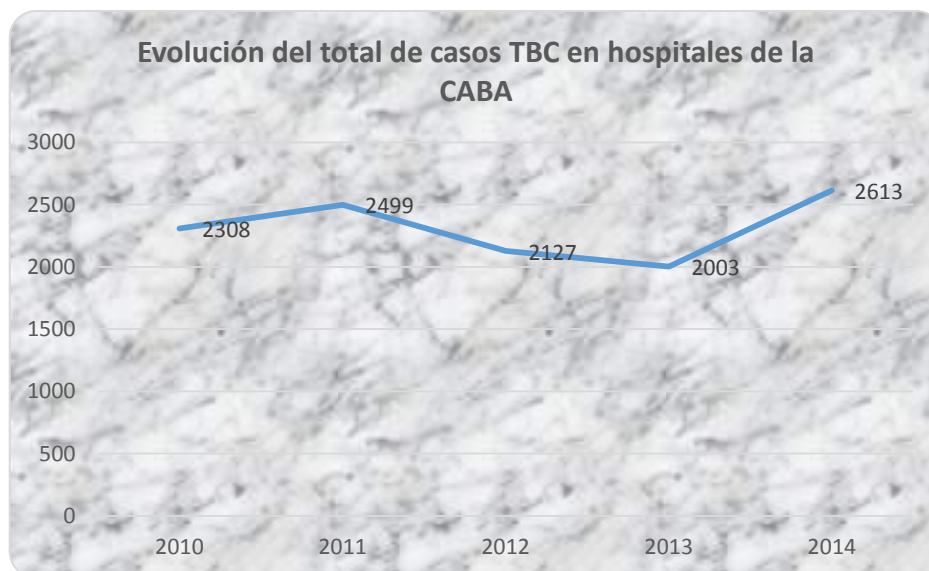


Gráfico 5 Elaboración propia con datos brindados por la Red de TBC

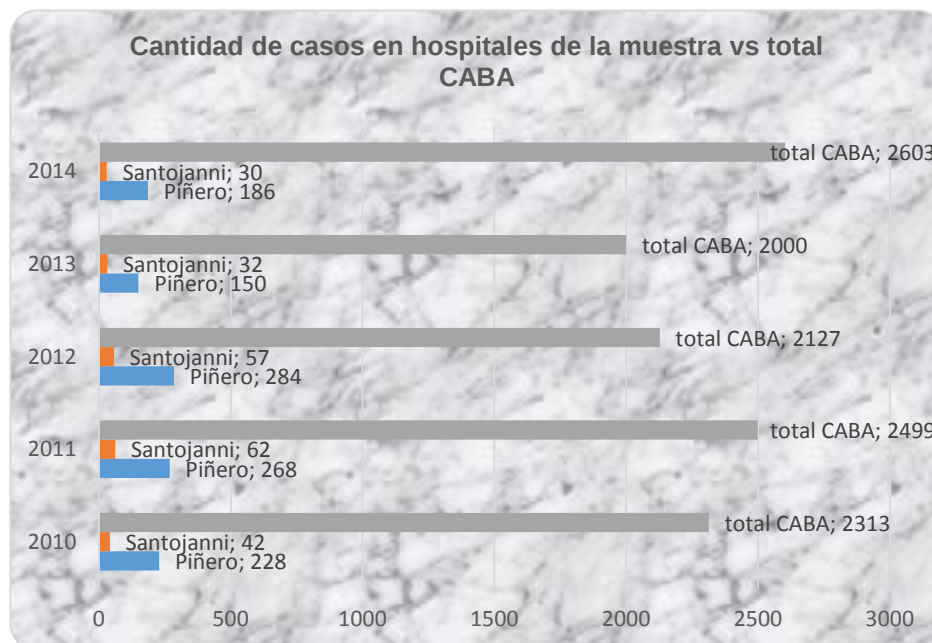


Gráfico 6 Elaboración propia con datos suministrados por la Red de TBC¹⁷

En los hospitales donde se diagnostica al paciente se realizan los estudios directos (baciloscopías) y en los laboratorios de referencia los cultivos, las tipificaciones en cambio las pruebas de sensibilidad se derivan al Instituto Malbrán. Cada hospital tiene su modo de traslado de muestras, todos cumplen con la normativa de conservación y normas de bioseguridad.

En los hospitales Piñero y Santojanni el servicio de traslado de muestras está tercerizado, a cargo de la misma empresa.

Para realizar estudios de mayor complejidad en el diagnóstico de la TBC (cultivos, tipificaciones y pruebas de sensibilidad), la Ciudad cuenta con tres laboratorios de microbiología de referencia, que se encuentran en los hospitales Muñiz, Tornú y Piñero, todos dotados de la misma tecnología.

En cada laboratorio hay un equipo BACTEC 460 de propiedad del Ministerio de Salud, un BACTEC 960 en comodato con BD Argentina y un flujo laminar.

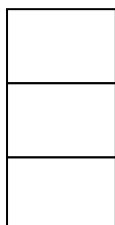
La Coordinación gestiona los insumos necesarios para el equipo Bactec 960.

Los insumos y medicamentos necesarios para el desarrollo del Programa, son adquiridos con el presupuesto de la Red.

Las compras se realizan por licitación en el Ministerio de Salud, con asesoramiento técnico del Coordinador de la Red. Los listados de productos adquiridos por tipo de compra se encuentran a nivel ministerial.

Los pacientes reciben con frecuencia semanal o quincenal la medicación, que retiran en el efector donde llevan adelante el tratamiento. Cada efector realiza el pedido de medicamentos a la Red y son los propios profesionales tratantes (o los jefes de Neumonología) quienes los retiran los días miércoles en la sede de la Coordinación. El Banco de medicamentos es controlado por la Jefe de la División

¹⁷ Nótese que si bien los totales de los gráficos 3 y 4 no coinciden, las diferencias no son significativas.



Laboratorio de los Talleres Protegidos. Desde el año 2013 se solicitaron diez horas semanales de designación de un profesional farmacéutico para llevar adelante esta tarea, sin haberlo conseguido hasta la fecha de las tareas de campo.

La mayoría de los medicamentos utilizados para el tratamiento de la tuberculosis se procesan en el Laboratorio de Producción Pública de Medicamentos (Taller Protegido N°4): Isoniacida de 100 y de 300 mg; Etambutol de 400 mg; Pirazinamida de 250 y 500 mg; Etionamida de 250 mg y ácido para-amino salicílico de 500 mg.

No se producen formas líquidas aún para uso pediátrico: suspensión de Rifampicina, de Isoniacida y Pirazinamida, pero ya está en marcha el desarrollo tecnológico.

Además de la fabricación, el Taller efectúa el control de calidad de los demás medicamentos y el empaque, que se realiza en blisters.

En la actualidad, la Etretomicina de 1000 mg, el Moxifloxacino de 400 mg y la Cicloserina, se licitan en el mercado comercial.

La Red de TBC realiza cinco reuniones anuales (los terceros miércoles de los meses de marzo, mayo, julio, septiembre y en diciembre el segundo miércoles). Cada reunión tiene un temario para tratar de la cual se eleva un informe que tienen registrado. Todos los hospitales Generales de Agudos tienen participación activa en la Red, al igual que los especializados Muñiz, Elizalde, Gutiérrez, Garrahan, María Ferrer y el Hospital de Clínicas que si bien no depende del Ministerio de Salud de la CABA, la Red les provee medicamentos a cambio de los datos epidemiológicos.

Las estadísticas de la Red de TBC informan la distribución por año y por efector notificante, que en el período 2010-2014 fue:

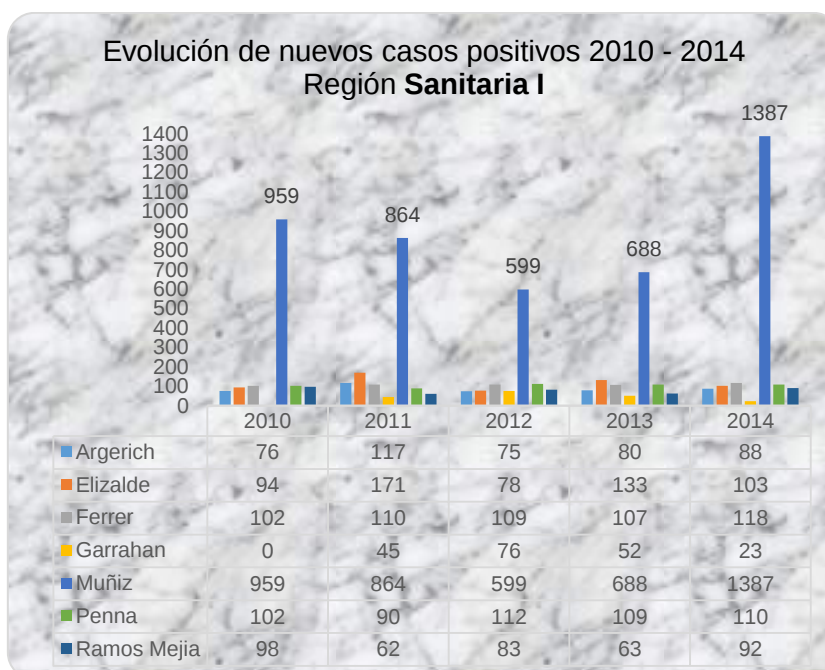


Gráfico 7 Elaboración propia con datos suministrados por la Red de TBC.

El monovalente Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco Muñiz se destaca en cantidad de casos, por ser hospital de referencia en la materia. En el año 2010 aportó el 41.5% de los casos notificados en la Ciudad, en 2011 el 34.6%, en 2012 el 28.2%, en 2013 el 34.4% y 53.3% en 2014 (año de nuestro examen).

Los Hospitales Generales de Agudos Dr. Parmenio Piñero y D. Francisco Santojanni:

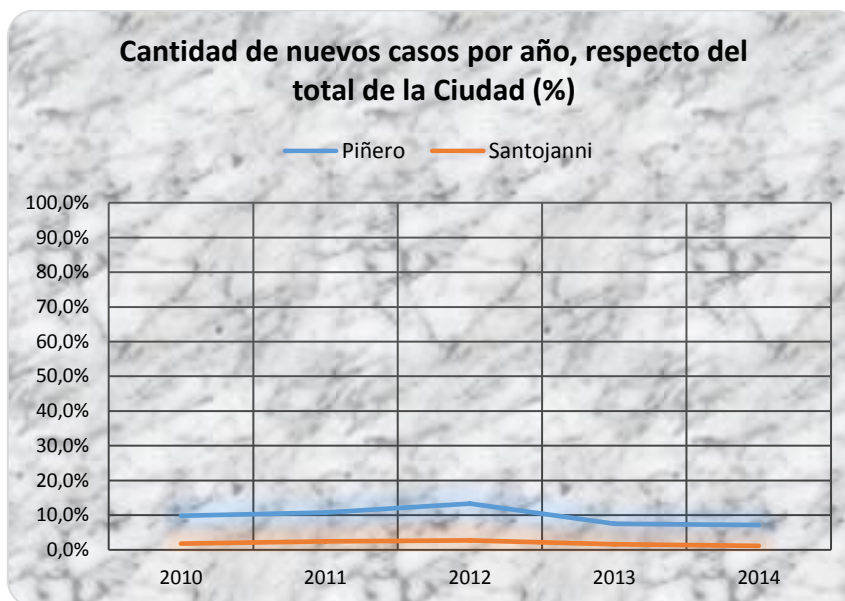


Gráfico 8 Elaboración propia con datos aportados por la Red de TBC.

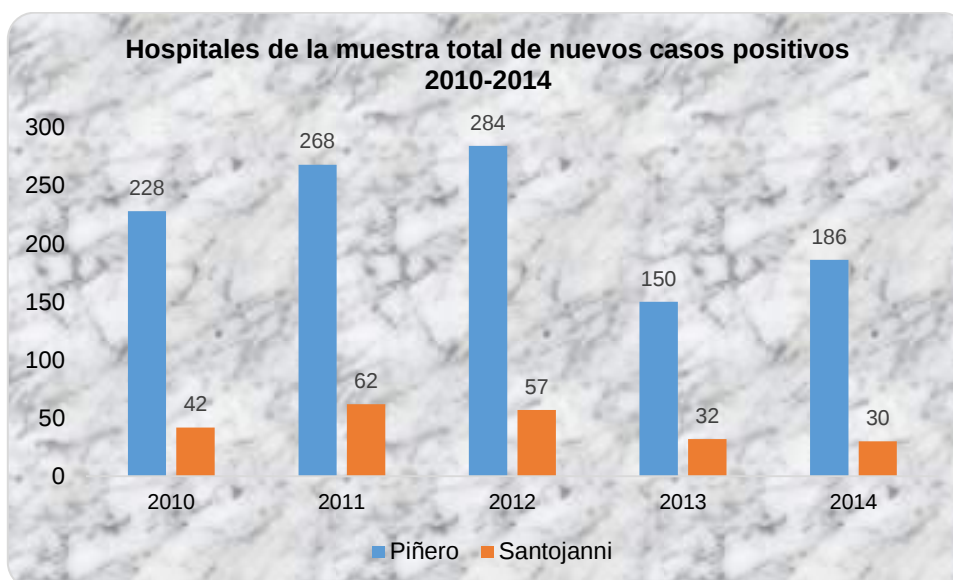
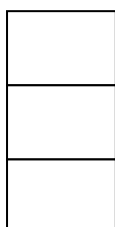


Gráfico 9 Elaboración propia con datos de la Red

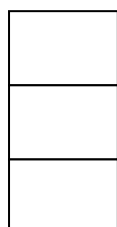


Distribución porcentual de los casos detectados por efector. Serie 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Argerich	3,3%	4,7%	3,5%	4,0%	3,4%
Elizalde	4,1%	6,8%	3,7%	6,7%	4,0%
Ferrer	4,4%	4,4%	5,1%	5,4%	4,5%
Garrahan		1,8%	3,6%	2,6%	0,9%
Muñiz	41,5%	34,6%	28,2%	34,4%	53,3%
Penna	4,4%	3,6%	5,3%	5,5%	4,2%
Ramos Mejia	4,2%	2,5%	3,9%	3,2%	3,5%
Álvarez	2,7%	4,8%	3,4%	2,7%	1,3%
Piñero	9,9%	10,7%	13,4%	7,5%	7,1%
Santojanni	1,8%	2,5%	2,7%	1,6%	1,2%
Durand	3,3%	3,4%	4,1%	4,2%	2,5%
Tornu	5,5%	4,6%	6,4%	6,7%	2,4%
Velez Sarfield	1,2%	1,6%	1,3%	0,5%	0,7%
Zubizarreta	1,0%	1,2%	0,9%	1,3%	0,6%
Fernández	2,6%	2,5%	2,4%	3,1%	1,3%
Gutierrez	2,9%	3,2%	4,3%	3,5%	3,8%
Pirovano	0,7%	0,4%	0,9%	1,6%	0,7%
Rivadavia	1,7%	1,6%	2,0%	0,8%	1,3%
Clinicas	2,8%	3,9%	3,6%	3,7%	2,5%
Otros	2,1%	1,2%	1,4%	1,4%	0,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9 porcentaje de *nuevos* casos por año, por efector. Los porcentajes refieren la proporción de cada hospital sobre el total de casos registrados en el año. Elaboración propia

	2010	2011	2012	2013	2014
1	Muñiz 41,5%	Muñiz 34,6%	Muñiz 28,2%	Muñiz 34,4%	Muñiz 53,3%
2	Piñero 9,9%	Piñero 10,7%	Piñero 13,4%	Piñero 7,5%	Piñero 7,1%
3	Tornú 5,5%	Elizalde 6,8%	Tornú 6,4%	Tornú 6,7%	Ferrer 4,5%
4	Ferrer 4,4%	Álvarez 4,8%	Penna 5,3%	Elizalde 6,7%	Penna 4,2%
5	Penna 4,4%	Argerich 4,7%	Ferrer 5,1%	Penna 5,5%	Elizalde 4,0%
6	Ramos Mejía 4,2%	Tornú 4,6%	Gutiérrez 4,3%	Ferrer 5,4%	Gutiérrez 3,8%
7	Elizalde 4,1%	Ferrer 4,4%	Durand 4,1%	Durand 4,2%	Ramos Mejía 3,5%
8	Argerich 3,3%	Clínicas 3,9%	Ramos Mejía 3,9%	Argerich 4,0%	Argerich 3,4%
9	Durand 3,3%	Penna 3,6%	Elizalde 3,7%	Clínicas 3,7%	Durand 2,5%
10	Gutiérrez 2,9%	Durand 3,4%	Garrahan 3,6%	Gutiérrez 3,5%	Clínicas 2,5%
11	Clínicas 2,8%	Gutiérrez 3,2%	Clínicas 3,6%	Ramos Mejía 3,2%	Tornú 2,4%
12	Álvarez 2,7%	Fernández 2,5%	Argerich 3,5%	Fernández 3,1%	Álvarez 1,3%



		2010		2011		2012		2013		2014
13	Fernández	2,6%	Ramos Mejía	2,5%	Álvarez	3,4%	Álvarez	2,7%	Rivadavia	1,3%
14	Otros	2,1%	Santojanni	2,5%	Santojanni	2,7%	Garrahan	2,6%	Fernández	1,3%
15	Santojanni	1,8%	Garrahan	1,8%	Fernández	2,4%	Santojanni	1,6%	Santojanni	1,2%
16	Rivadavia	1,7%	Vélez Sarsfield	1,6%	Rivadavia	2,0%	Pirovano	1,6%	Otros	0,9%
17	Vélez Sarsfield	1,2%	Rivadavia	1,6%	Otros	1,4%	Otros	1,4%	Garrahan	0,9%
18	Zubizarreta	1,0%	Zubizarreta	1,2%	Vélez Sarsfield	1,3%	Zubizarreta	1,3%	Vélez Sarsfield	0,7%
19	Pirovano	0,7%	Otros	1,2%	Pirovano	0,9%	Rivadavia	0,8%	Pirovano	0,7%
20	Garrahan		Pirovano	0,4%	Zubizarreta	0,9%	Vélez Sarsfield	0,5%	Zubizarreta	0,6%
		100,0%		100,0%		100,0%		100,0%		100,0%

Tabla 10 Porcentaje de nuevos casos de TBC por hospital tratante en el período 2010/2014. Elaboración propia con datos de la Red de TBC

Entre los HGA, el Piñero es el de mayor incidencia de casos manteniéndose estable en el período 2010-2014. El hospital Santojanni osciló entre los puestos 14 y 15 del total de positivos de la Ciudad en el mismo período.

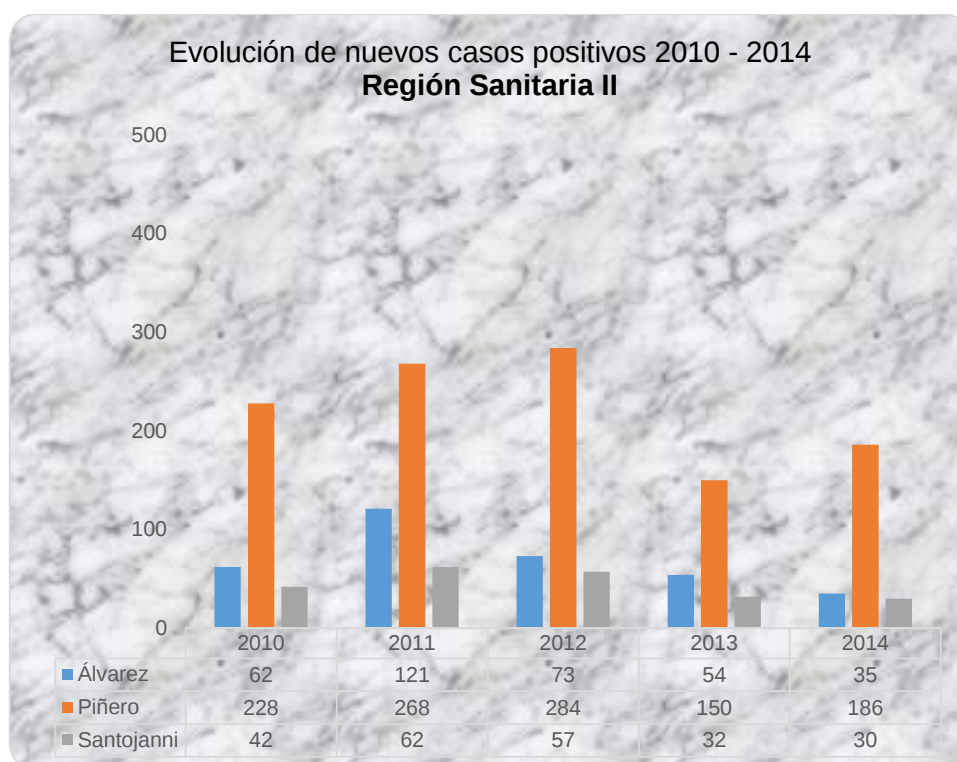


Gráfico 10 Elaboración propia con datos suministrados por la Red de TBC. Los Hospitales objeto de esta auditoría pertenecen a la Región Sanitaria II, es decir, son demo-epidemiológicamente similares y se encuentran en la zona más empobrecida de la CABA (Sur)

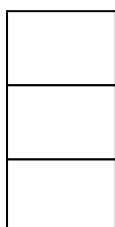




Gráfico 11 Elaboración propia con datos suministrados por la Red de TBC. El Laboratorio del Hospital Tornú es uno de los de referencia de la Red de TBC

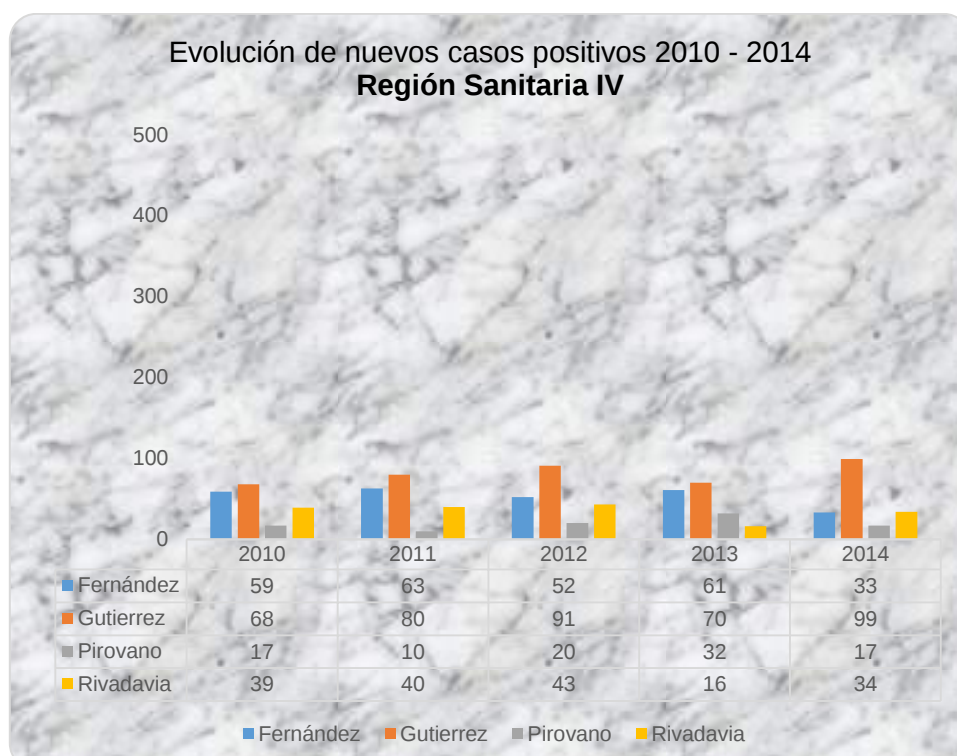
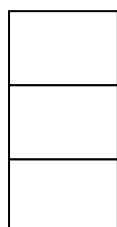


Gráfico 12 Elaboración propia con datos suministrados por la Red de TBC. La Región Sanitaria IV corresponde a los barrios con mejores indicadores socio- económico y epidemiológico.



Nuevos casos

Como se indicó antes, la estadística de la Red georreferencia los nuevos casos, es decir, de las planillas de notificación de resultados positivos, registra el hospital que detecta el caso y aquel que corresponde al tratamiento según la residencia del paciente.

En las tablas que siguen, se clasifican los nuevos casos de acuerdo al área programática correspondiente a la residencia del paciente, lo que explica que no aparezca el hospital Muñiz¹⁸.

En cambio, la cantidad de nuevos casos correspondientes a los hospitales Piñero y Santojanni refleja que hubo pacientes que contrajeron la enfermedad y se atendieron en otros efectores. Según la información del Hospital Piñero, en 2014 hubo 186 (57%) casos atendidos mientras que la Red indica que 329 pacientes que contrajeron la enfermedad tenían residencia en esa área programática. Un caso similar es el del hospital Santojanni, que para 2014 informó 30 pacientes y en la georreferencia de nuevos casos se informan 59 (los pacientes informados por el hospital constituyen el 50%).

2010				2011			
Área Programática	Nº de casos	Porcentaje	Tasa/100.000 habitantes	Área Programática	Nº de casos	Porcentaje	Tasa/100.000 habitantes
Álvarez	76	7%	34,3	Álvarez	80	7%	45.1
Argerich	62	5%	38,9	Argerich	113	9%	88.2
Durand	65	6%	19,2	Durand	42	3%	15.2
Fernández	97	8%	20,6	Fernández	91	8%	23.2
Penna	126	11%	79,2	Penna	108	9%	87.0
Piñero	439	38%	152,9	Piñero	442	37%	198.2
Pirovano	23	2%	5,4	Pirovano	26	2%	7.7
Ramos Mejía	104	9%	31,2	Ramos Mejía	89	7%	32.1
Santojanni	74	6%	37,5	Santojanni	103	9%	66.4
Tornú	10	1%	9	Tornú	8	1%	9.0
V. Sarsfield	22	2%	14,3	V. Sarsfield	22	2%	17.8
Zubizarreta	3	0%	2,7	Zubizarreta	10	1%	11.3
Sin datos	47	4%	-----	Sin datos	73	6%	
TOTAL	1148	100%	38,7	TOTAL	1207	100%	50.3

¹⁸ El área programática es la zona geográfica que debe cubrir asistencial y preventivamente (y sobre la cual se aplican todos los Programas de Salud) el efector, atendiendo la salud de la población que vive en ella. Los hospitales especializados, como es el caso del Hospital Muñiz, por su condición no tienen definida un área programática.

2012			
Área Programática	N° de casos	Porcentaje	Tasa/100.000 habitantes
Álvarez	66	6%	29
Argerich	72	7%	45,2
Durand	45	4%	13,3
Fernández	86	8%	18,2
Penna	96	9%	60,3
Piñero	412	38%	143,5
Pirovano	30	3%	7
Ramos Mejía	83	8%	24,9
Santojanni	97	9%	49,2
Tornú	36	3%	32,7
V. Sarsfield	22	2%	14,3
Zubizarreta	8	1%	7,3
Sin datos	22	2%	
TOTAL	1075	100%	36,2

2013			
Área Programática	N° de casos	Porcentaje	Tasa/100.000 habitantes
Álvarez	31	3%	14,02
Argerich	66	7%	41,5
Durand	27	3%	7,98
Fernández	73	8%	15,53
Penna	80	9%	50,31
Piñero	196	21%	68,29
Pirovano	24	3%	5,66
Ramos Mejía	61	7%	18,31
Santojanni	53	6%	26,9
Tornú	51	5%	46,36
V. Sarsfield	10	1%	6,53
Zubizarreta	4	0%	3,66
Sin datos	253	27%	
TOTAL	929	100%	25,83

2014			
Área Programática	N° de casos	Porcentaje	Tasa/100.000 habitantes
Álvarez	47	4%	21,2
Argerich	78	7%	49
Durand	31	3%	9,1
Fernández	69	6%	14,6
Penna	77	7%	48,5
Piñero	329	29%	114,6
Pirovano	18	2%	4,2
Ramos Mejía	81	7%	24,3
Santojanni	59	5%	29,9
Tornú	39	3%	35,4
V. Sarsfield	7	1%	4,5
Zubizarreta	5	0%	4,5
Sin datos	293	26%	
TOTAL	1133	100%	28,6

Tabla 11 Incidencia de la enfermedad por 100.000 habitantes. Elaboración propia con datos de la Red de TBC

Formas clínicas de presentación de la enfermedad

La tuberculosis afecta fundamentalmente los pulmones, pero que puede hacerlo en cualquier órgano. Dentro del organismo se puede diseminar además por vía hematógica o por contigüidad.

La localización de la enfermedad determina el grado de contagiosidad, ya que algunas formas predisponen a que el bacilo sea liberado al exterior por vía aerógena, por las gotas de *Flugge*, que son vehiculizadas al toser o estornudar.

La localización pulmonar suele ser muy sensible a pruebas básicas de laboratorio (baciloscopía o test de Ziehl Neelsen) pero para arrojar resultado positivo, requieren de una carga de 5000 a 10000 aerobacilos/ml.

Para detecciones más precoces o cuando la TBC tiene ubicación extrapulmonar, es necesario el cultivo de muestras (resultados positivos con una carga a partir de 1 a 10 aerobacilos/ml)

En consecuencia, las formas pulmonares, pueden ser bacilíferas cuando no se tratan y conllevan la diseminación del microorganismo.

El siguiente cuadro muestra la evolución de las formas clínicas de la enfermedad, según datos positivos en residentes y no residentes de la CABA. En el período 2010/ 2014 más del 70% de los pacientes con baciloscopía positiva padecían una de las formas más contagiosas de la enfermedad

	2010		2011		2012		2013		2014	
Localización	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Pulmonar	885	77,1%	921	76,3%	784	72,9%	588	63,2%	842	73,7%
Extra pulmonar	183	15,9%	199	16,5%	202	18,8%	122	13,1%	188	16,4%
Ambas	78	6,8%	82	6,8%	86	8,0%	56	6,0%	82	7,2%
Sin datos	2	0,2%	5	0,4%	3	0,3%	164	17,6%	31	2,7%
Total	1148	100	1207	100	1075	100	930	100,0%	1143	100,0%

Tabla 12 Elaboración propia con datos de la Red. Únicamente datos de residentes en la CABA.

Total de casos residentes en la Ciudad, pulmonares, baciloscopía directa positiva, según Área Programática

Región Sanitaria	Área Programática	2010		2011		2012		2013		2014	
		Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área
I	Argerich	34	6%	59	10%	40	9%	29	11%	34	10%
I	Penna	65	12%	64	11%	52	11%	43	16%	42	12%
I	Ramos Mejía	54	10%	42	7%	41	9%	21	8%	37	11%
II	Álvarez	36	7%	35	6%	36	8%	7	3%	27	8%
II	Piñero	208	39%	191	34%	146	31%	66	25%	128	37%
II	Santojanni	31	6%	51	9%	39	8%	17	6%	26	8%

Región Sanitaria	Área Programática	2010		2011		2012		2013		2014	
		Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área	Nº de casos	Positivos /Total área
III	Durand	23	4%	22	4%	26	6%	11	4%	11	3%
III	Tornú	0	0%	1	0%	12	3%	24	9%	5	1%
III	V. Sarsfield	13	2%	7	1%	8	2%	3	1%	2	1%
III	Zubizarreta	1	0%	7	1%	3	1%	0	0%	3	1%
IV	Fernández	42	8%	42	7%	50	11%	37	14%	23	7%
IV	Pirovano	10	2%	14	2%	16	3%	11	4%	8	2%
	Sin datos	23	4%	28	5%	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	540	100%	563	100%	469	100%	269	100%	346	100%

Tabla 13 Elaboración propia con datos de la Red

El cuadro precedente ubica los casos por el área de residencia y no por el efector donde el paciente fue testeado y eventualmente recibe tratamiento, en consecuencia, el dato que aporta es el área de la Ciudad en que residen los pacientes. Esto explica que no se mencione el hospital Muñiz, donde se producen gran parte de las detecciones y tratamientos.

Información por CESAC

El Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Ciudad elabora un anuario estadístico con información proveniente del Sistema SiCeSaC¹⁹, en el que se registra:

(...) toda persona que **se atiende en los Centros de Salud** o que sea atendido por personal en otros ámbitos (domicilio, comedor comunitario, etc.) recibiendo una prestación individual o asista a una actividad grupal que presente continuidad asistencial (ejemplo: psicoterapia grupal)²⁰

Entre los datos del sistema, se registra el Programa de la prestación. El de TBC es el código 6. Existe la posibilidad de registrar prestaciones del Programa de TBC en consultas individuales y grupales.

Con el consolidado de los datos enviados por todos los CeSACs de la Ciudad, se produce el anuario.

El Área Programática del hospital Piñero está compuesta por diez Centros de Salud: N°6, N°13, N°14, N°18, N°19, N°20, N°24, N°31, N°40 y N°44. El Área del hospital Santojanni se compone de siete centros, los CeSACs N°3, 4, 5, 7, 28, 29 y 37

¹⁹ Sistema de Centros de Salud Comunitaria

²⁰ Instructivo 6° versión CeSAC Nov.2012, informe AGCBA3.13.11

Anuario Estadístico 2014

Personas con TBC por CeSAC y residencia. Año 2014

Pertenece a área programática	CeSAC	CABA	Otros	Total
Piñero	6	3	1	4
	13	3	2	5
	14	11	1	12
	18	17	23	40
	19		7	7
	24	42	29	71
	40	60		60
Santojanni	5	10	1	11
	7	2	1	3
	28		2	2
	29	3	3	6
Otras áreas	8	1		1
	9	16	3	19
	12		1	1
	15	4		4
	21	12		12
	25	1		1
	26		1	1
	30	2		2
	31	9		9
	32	1		1
	33	2		2
	35	8		8
	41	9		9
	45	2	3	5
	GRIERSON	3		3
	Total	221	78	299

Tabla 14 Sistema de Información en Centros de Salud. Estadísticas para la Salud

Personas con TBC, según edad y sexo

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0 a 4	26	16	42
5 a 9	17	9	26
10 a 14	14	21	35
15 a 19	20	14	34
20 a 24	17	21	38
25 a 49	35	61	96
50 a 64	7	11	18
65 y más	6	4	10
Total	142	157	299

Tabla 15 Sistema de Información en Centros de Salud. Estadísticas para la Salud

Consultas por TBC en CeSACs

Pertenece a área programática	CESAC	Nº de consultas
Piñero	6	4
	13	11
	14	18
	18	68
	19	8
	24	235
	40	283
Santojanni	5	20
	7	4
	28	2
	29	22
Otras áreas	8	2
	9	54
	12	1

Pertenece a área programática	CESAC	Nº de consultas
	15	4
	21	16
	25	1
	26	1
	30	2
	31	14
	32	1
	33	2
	35	18
	41	14
	45	5
	GRIERSON	3
	Total	813

Tabla 16 Sistema de Información en Centros de Salud. Estadísticas para la Salud

Pacientes bajo Programa TBC

Programa	Nº
TBC	202
Sin Programa	97
Total	299

Tabla 17 Sistema de Información en Centros de Salud. Estadísticas para la Salud

El 32% de los pacientes detectados (97/299) se encuentra fuera del Programa de TBC. El 26% (78/299) de los pacientes pertenecen a otras jurisdicciones (ver tabla 14).

Antecedentes de otros organismos de control de la CABA

Se cursaron notas a los responsables de los organismos de control de la CABA. Sólo la Defensoría del Pueblo de la CABA había realizado una actuación sobre el tema TBC:

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA CABA				
Actuación	Efector	Asunto	Estado	Observaciones
16257/15	Ministerio de Salud CABA/ Hospital Pirovano	Acciones de control de foco en colegio de gestión privada	finalizado	La denunciante informa que se habían producido dos casos de tuberculosis en el colegio del que es representante legal (área programática del Hospital Pirovano) y no habían recibido información ni respuesta satisfactoria desde los Ministerios de Salud de la Nación ni de la Ciudad. La intervención de la Defensoría agilizó el contacto, control y seguimiento del caso. La denunciante se mostró conforme con la resolución

Campañas de difusión

Se solicitó al área de Prensa y Difusión del Ministerio de Salud de la Ciudad por nota AGCBA N°1561/16 que informara las campañas de difusión y prevención de la salud que había realizado en el período comprendido entre los años 2013 al 2016, con el objeto de verificar la continuidad de dichas campañas.

Se transcribe la respuesta:

Se adjunta material de difusión realizado en 2010, 2014 y 2016, el cual fue difundido continuamente durante todos estos años.

Asimismo en la página web institucional cuenta en el sector "Prevención en Salud" información permanente sobre la enfermedad y el contacto con los hospitales y centros de salud disponibles para su consulta.

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/prevencionensalud/tuberculosis>

También se realizaron gacetillas de prensa difundiendo actividades y charlas específicas en hospitales y centros de salud. La misma información fue difundida por la web y redes sociales institucionales.

Analizado el material entregado por el área de Prensa y Difusión se considera que la distribución y las características de las campañas no alcanzan a la población vulnerable y expuesta al riesgo de enfermar. No se han utilizado para desarrollarlas medios masivos de comunicación accesibles para aquellos sectores que no utilizan información digitalizada y, como se ha visto en el análisis epidemiológico, son los más afectados por esta enfermedad.

Además, no se han encarado actividades de promoción de la salud en áreas que concentran población susceptible para incorporar información y conductas preventivas, como es el caso de las escuelas.

Aportes de la Justicia

Según el informe de la Fiscalía Federal N° 6, de fecha 28 de noviembre de 2013, la justicia efectuó una investigación sobre TBC. A continuación se transcribe parte de su contenido:

(es) de una enfermedad, la TBC, que si bien desde la perspectiva científica se encuentra domesticada (ya curada como se dice en la vulgata popular), sus causas socioeconómicas y culturales persisten.

La información remitida por varios de los Hospitales es inmensamente rica y nos ilustra en relación a los íntimos vínculos entre los contextos de vulnerabilidad social y la tuberculosis, cada uno de esos informes merecen atención, sin embargo nos vemos obligados a hacer una suerte de selección impresionista. Así leemos con nitidez que se trata de una enfermedad social porque sólo así se explica que pese a ser una enfermedad de sencillo diagnóstico, que puede ser tratada y curada gratuitamente en nuestro país, nos encontramos lejos de su erradicación y en cambio, se expande en correlación directa con la marginalidad social. Tal como lo afirman las (responsables del Programa) del hospital Piñero "...deberíamos desplazar al bacilo de Koch como única causa de la tuberculosis y acercarnos a los factores sociales que generan pobreza y desigualdad, para de esta forma poder lograr el control de la enfermedad".

Y es que además de las condiciones en que se trabaja "...es una patología con un fuerte estigma social que vive con mucha vergüenza y por tal motivo se trata de ocultarla en demasía por quien la padece, llegando en general, a la consulta con la problemática muy avanzada. Uno de los temores más importantes es la pérdida de su fuente laboral. A eso tenemos que sumar que requiere al menos nueve meses de tratamiento, durante el cual se deben ingerir hasta quince medicamentos diarios. En éstas condiciones la labor del equipo de salud es muy difícil y se centra **en poder hacer sostener la adhesión al tratamiento...**" El temor a la pérdida de la fuente laboral aparece una y otra vez en los informes como una de las dificultades para dar un tratamiento adecuado y en tiempo oportuno. Además, tales temores impiden el control de los focos de infección así como los obligados catastros porque no se dice la verdad en relación al domicilio laboral (donde en muchos casos además viven).

Así de acuerdo, a la información provista por los especialistas del Hospital Piñero, el 60% de las personas infectadas trabajaban en talleres clandestinos de costura. Asimismo se enfatiza su predominio relativo en ciudadanos extranjeros (provenientes de países con tasas altas de incidencia de la enfermedad como Bolivia y Perú). Los ciudadanos bolivianos refieren en su mayoría que trabajan en talleres de costura, en horarios superiores a una jornada normal y en condiciones precarias, suelen consultar cuando su salud se ve comprometida en grado extremo y presentan formas avanzadas de TB.

La premisa de la que parten es que el contagio se produce fundamentalmente en las personas que tienen un contacto íntimo con el enfermo, definiéndose como tal aquellas personas que conviven con el paciente más de 6 horas diarias, por lo que habitualmente ocurre en los contactos domiciliarios. Asimismo, para que se produzca la enfermedad se necesita que confluyan las condiciones inherentes al bacilo, el medio ambiente y el huésped. Entonces el contagio está directamente relacionado con la carga bacilar y contacto permanente. Las condiciones del medio ambiente tienen una enorme incidencia en el contagio, fundamentalmente el hacinamiento y la falta de ventilación. Asimismo, las condiciones del paciente se caracterizan por la inmunosupresión por desnutrición, adicciones o enfermedades como la diabetes o el HIV u otras inmuno-deficiencias.

A partir de 2002 se ha observado un aumento de los casos de tuberculosis relacionadas con inmigrantes que trabajan en talleres de costura ilegales (principalmente procedentes de Bolivia y, en menor medida, Perú).

"Con respecto a las condiciones de los talleres: funcionan generalmente en casas particulares de distintos barrios de la Ciudad (según nuestros registros desde aproximadamente el año 2002) y en villas de emergencia de la CABA, a partir del 2004. Los barrios predominantes son: San Cristobal, Parque Avellaneda, Mataderos, Floresta, Flores, Villa Lugano y Villa Soldati. A partir del año 2007, hemos observado

un desplazamiento de los talleres hacia el conurbano bonarense en los partidos de Lomas de Zamora (barrio Olimpo, Budge y otras zonas aledañas a la “feria de la salada” y La Matanza (Villa Celina). Dentro de la Ciudad de Buenos Aires el movimiento se produjo principalmente, hacia las villas de emergencia 1-11-14 y 21-24.”

Por otra parte, aportaron una estadística del predominio de talleres según ubicación geográfica, encabeza la lista con un 43,1% de la muestra, la zona de Bajo Flores. En relación a la vivienda, en el 85,4% de los casos era inadecuada y en el 70,7% presentaban condiciones de hacinamiento, un porcentaje relevante incluso, carecía de heladera.

En relación a las características de los talleres diferencian dos grupos. Los que se ubican en los barrios de emergencia en general están formados por grupos familiares de origen boliviano (padres, hijos y sobrinos) quienes conviven en el lugar junto a los niños de la familia. Los que están ubicados en los barrios de la Ciudad o en el conurbano pertenecen también a personas de nacionalidad boliviana que han logrado movilidad económica que les permitió el desarrollo de un emprendimiento propio. Ellos mismos han sido trabajadores y aprendieron tanto el oficio como la forma ilegal de organización. Contratan preferentemente a paisanos porque están dispuestos a trabajar y no realizan reclamos legales. En algunos casos son reclutados en su país de origen bajo promesa de progreso laboral y exponiéndose a sí mismos como ejemplos de ascenso social. Claramente existe cierta naturalización de estas formas de explotación laboral y trata de personas. Por último, también existen talleristas de origen coreano que prefieren trabajadores bolivianos con experiencia y referencias, evitan otras nacionalidades e incluso a los bolivianos que porten DNI argentino, el motivo es simple, están dispuestos a trabajar más horas y no hacen reclamos legales.

En relación a las condiciones de infraestructura, relatan que los talleres ubicados en los barrios (no pertenecientes a villas de emergencia) funcionan en espacios reducidos de casa alquiladas, que son construcciones antiguas tipo chorizo con un solo baño y una cantidad variable de trabajadores, usualmente alrededor de doce – sin contar a los niños-. Esos talleres funcionan además como vivienda permanente para familias de algunos trabajadores que desarrollan su vida cotidiana allí en jornadas laborales que se extienden por más de catorce horas, bajo la modalidad de “cama caliente” (Más de la mitad de los pacientes -51 %- dormían en el taller de costura donde se desempeñaban). Muchos de los pacientes refieren dificultades para salir durante el día, lo cual genera un inmenso obstáculo para cumplir las exigencias del tratamiento médico.

Otra característica que remarcan es que el salario incluye los gastos en alimentación, la cual consiste en dos comidas diarias y dos pequeñas colaciones preparadas dentro del taller por alguno de los trabajadores. Se trata de una dieta deficitaria, hipocalórica e hipoproteica (caldo, arroz y dos veces por semana carne). Esas condiciones de trabajo deben contextualizarse, el 50% de los pacientes trabajaba más de 70 horas semanales y el 100% carecía de cobertura de obra social. Asimismo, en el 81,8% de los casos el contacto que dio pie al contagio fue laboral. El 72,4% presentó hambre por recibir una dieta insuficiente por carecer de dinero para comprar alimento a pesar de trabajar durante extensísimas jornadas.

Entre las conclusiones más relevantes del trabajo del Instituto Vaccarezza se encuentra la siguiente: el ambiente laboral en las condiciones relatadas es favorecedor del contagio, si bien habitualmente se define al contacto laboral como frecuente en estos casos se trata claramente de **contactos íntimos** equiparables a los contactos familiares.

Es importante desde las políticas públicas **atender la causa de las causas**. Como concluimos en nuestro trabajo: 'los pacientes que provienen de países con alta tasa de proporción de tuberculosis (Bolivia y Perú) se infectan en su país de origen y las condiciones sociales locales favorecen el desarrollo de la enfermedad'. En este caso, **la tuberculosis es un emergente de la situación social**. Es necesario articular equipos de trabajo, con experiencia en el tema, entre el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud para darle cobertura integral al problema. En el caso de la tuberculosis hemos observado durante estos años la importancia de la participación comunitaria. Es necesario visibilizar en los medios escritos y radiales la asociación entre tuberculosis y talleres de costura ilegales que permitirán a los trabajadores una consulta más temprana. En la República Argentina el Programa Nacional de Tuberculosis, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación es el responsable del control de la enfermedad, pero en este país federal la aplicación de políticas de salud la deben afrontar los gobiernos locales (en este caso la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires) en compromiso con la población que gobiernan. Y rematan el trabajo: Se aplica la estrategia DOTS (tratamiento supervisado directamente observado) como pilar fundamental para el control de la tuberculosis, concretada en varias provincias pero de difícil implementación en muchos centros de la ciudad de Buenos Aires (el paciente debe concurrir todos los días al centro de atención a tomar el medicamento). La misma constituye una política pública fundamental para el control de la tuberculosis pero no enfrenta las causas de la causa, tales como la pobreza e inequidad, mala nutrición, hacinamiento y exclusión social, sumados a trabajo insalubre, siendo los esfuerzos insuficientes. Es necesario consolidar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con políticas que intervengan sobre los determinantes sociales...Estos están presentes en el caso que nos ocupa, tanto colaborando en la génesis de la enfermedad (migrantes en situación de hacinamiento, malas condiciones laborales con sometimiento a situaciones de servidumbre, escasa alimentación) como en el mantenimiento de la misma (limitación al acceso a los servicios de salud por largas jornadas de trabajo con retraso en el diagnóstico y la propia situación de migrantes) e impedimento de un tratamiento adecuado (imposibilidad de realizar DOT ya que se le impide salir todos los días del taller, situaciones sociales que favorecen el abandono, etc.).

(Profesionales del Hospital Piñero) En primer lugar, enfatizaron que el paradigma teórico con el que se trabaja en materia de salud localmente es el que se conoce como de **"atención primaria de la salud"** en consonancia con la **Declaración de Alma Ata** de 1978 cuyo lema fue **"Salud para todos"**. En términos generales, consiste en privilegiar la prevención y el trabajo inter-sectorial, es decir el abordaje de las problemáticas de salud desde los factores socio-económicos y culturales lo cual exige poner atención en las políticas de vivienda, desarrollo social, educación, salud, economía en general, con la intención de avanzar en la reducción de las **barreras de accesibilidad** al sistema de salud. Sin embargo, aún estamos lejísimos de haber cumplido con los objetivos del milenio (es decir, lo que se pretendía para el año 2000) y más allá de los principios, existe un enorme déficit en la implementación de aquel modelo teórico; no sólo en la Argentina sino en la región y en el mundo, no se ha logrado disminuir la pobreza y la desigualdad con la obvia repercusión en la salud y el problema de la accesibilidad.

En ese contexto, uno de los desafíos más grandes es la adherencia al tratamiento por un lado y los controles de foco por el otro. En relación a lo primero, las entrevistadas concuerdan y enfatizan que sería de gran importancia a la hora de pensar en políticas públicas urgentes para mejorar la situación, otorgar un **subsidio al boleto de transporte** de modo que quienes se encuentran bajo tratamiento y sus familiares directos no carguen con el costo del pasaje, porque en muchísimas oportunidades los pacientes o las madres de los pacientes (niños y niñas) explican que no han

concurrido al Hospital o a los Centros de Salud por falta de dinero. Sobre el punto, las profesionales observan que en la provincia de Buenos Aires cada vez hay menos centros de salud que brinden el tratamiento para la enfermedad, de manera que muchas personas de la provincia se ven obligadas a transportarse hasta la ciudad de Buenos Aires. Asimismo, las personas enfermas no pueden ni deben trabajar mientras se encuentren en período de contagio, esto es mientras los exámenes le sigan dando positivo. Ahora bien, es muy difícil que los pacientes se atengan a dicha restricción cuando carecen de medios de vida. Entonces, también resulta fundamental proveer de un **subsidio para que puedan sobrevivir sin trabajar**. Claro que esta observación parte de la base empírica de que ninguna persona enferma trabaja en relación de dependencia regular. En relación a los catastros y controles de foco, resulta fundamental el trabajo de los **Centros de Salud (CESAC)** porque sólo ellos pueden hacer el trabajo local (y focal) de seguimiento y control, conocer efectivamente los círculos de contacto de los pacientes a fin de trabajar en la prevención del contagio. Entre ambas dimensiones, las profesionales destacan la importancia de **los y las trabajadoras sociales**. Y es que además de aportar una mirada distinta a la estrictamente médica (una mirada más amplia que incluye el contexto social y las barreras socio-culturales), pueden tener un mejor acceso al grupo familiar y construir una relación de confianza que facilite el seguimiento de manera de reducir los índices de deserción al tratamiento y promover la prevención en cada uno de los focos. Las **personas sin techo**, por otra parte, abandonan sistemáticamente el tratamiento.

De nada sirve tener un excelente sistema de diagnóstico y contar con los medicamentos si no garantizamos que las personas además de adherirse al tratamiento no vivan en situaciones tales que la enfermedad puede volver en cualquier momento. El desafío del sistema de salud y el desafío social van de la mano: garantizar la accesibilidad y disminuir la pobreza y vulnerabilidad.

Otro frente de gran importancia son las escuelas. Si bien ya se ha iniciado, expresan que es necesario profundizar la educación e información sobre la materia para la prevención del contagio y a fin de contar con protocolos de actuación. Lo mismo en relación a las políticas de vivienda y la precarización laboral, mientras no se aborden esos problemas el sistema de salud no podrá lidiar por sí sólo con el problema.

A su vez también se destaca que la tuberculosis en Argentina es un problema de salud de importancia no sólo por su magnitud sino que el análisis de las características de los grupos afectados por ella en nuestro país nos muestra el impacto especial que el problema tienen en la población más vulnerable (como las mujeres y la población con condiciones sociales desfavorables) y en la población joven (20 a 34 años). **El problema se distribuye de manera desigual**, y las brechas son importantes en la población joven del país, donde la afectación especial en la población de 20 a 34 años representa un impacto importante en un grupo poblacional motor de la economía en la sociedad y su enfermedad puede afectar la dinámica familiar en muchos casos. También, al analizar en detalle, se observa la desigualdad por género. Aunque la tuberculosis se presenta con mayor magnitud en hombres, al cruzar la información combinada de género, edad y condición social emerge la situación desigual de la distribución del problema en la mujer.

La alta magnitud de un problema de salud que además es trasmisible por vía aérea, sumada a la afectación de grupos especiales de la población con alta movilidad y con alta vulnerabilidad, exponen el riesgo elevado que tienen la población más desfavorecida socialmente de verse afectada por un problema de salud que además es inhabilitante para el desarrollo y sostén económico y que alimenta el círculo de discriminación y estigmatización al que pueden estar sometidos estos grupos de población ”.

VI. RELEVAMIENTO

I. Hospitales (Objeto de auditoría)

A) Hospital P. Piñero

A.1. Neumonología

La Sección de Neumotisiología depende del Departamento de Medicina Interna. El jefe de Sección fue designado por concurso en enero de 2014. El equipo se completa con dos profesionales neumonólogos, una enfermera y un secretario administrativo. Se encuentra vacante un cargo de enfermería por jubilación. No se forman residentes ni concurrentes en la especialidad.

En el área han definido las misiones y funciones de cada puesto:

1- Jefe de Sección

- Gestionar y organizar el recurso humano y equipamiento
- Proyectar el trabajo en equipo: Incluye establecer un plan general, de los objetivos del proyecto y la creación de un calendario correspondiente
- Responsable de la organización de las reuniones y de lograr potenciar las virtudes de cada miembro del equipo
- Proponer trabajos de investigación
- Actividad Docente
- Atención en consultorio

2- Médicos de planta

- Atención de pacientes
- Interconsultas de los servicios que así lo requieran
- Realizar estudios correspondientes a la especialidad
- Actividad Docente

3- Enfermería

- Asistir al profesional médico en estudios invasivos (broncoscopías, punciones)
- Controlar la medicación para el tratamiento de la Tuberculosis
- Controlar las normas de bioseguridad del servicio
- Colaborar en los requerimientos del servicio según se los demande

4- Administrativo

- Recibir a los pacientes
- Buscar las fichas de los pacientes
- Otorgar los turnos
- Realizar la estadística del servicio

El horario de atención del servicio es de lunes a viernes de 8 a 13 hs. Está ubicado en el pabellón N° 3, no cuenta con matafuegos.

La sala de espera es interna y se comparte con los servicios de Psicopatología, Gastroenterología, Otorrinolaringología y Dermatología.

Por las características de la TBC, debería contarse con una sala de espera exclusiva con salida al exterior que permita su óptima aireación y evite el contacto entre pacientes infectados con los que no lo están.

El espacio del servicio es de aproximadamente 20 m², los consultorios son pequeños y sin privacidad (importante para esta enfermedad). Son boxes sin techo y en las aberturas tienen vidrios azules, porque la luz UV destruye el bacilo. No se cuenta con algunas medidas de bioseguridad (los aire acondicionados no tienen filtro) ni se le efectúan controles médicos periódicos al personal del Servicio.

Aunque por sus características los pacientes internados lo requieren, no poseen sala de internación exclusiva. Las salas de internación están compartimentadas en habitaciones con dos camas con baño y aire acondicionado central, lo que provoca que los bacilos se distribuyan por todas las salidas.

No obstante, las indicaciones para internar un paciente con TBC son restrictivas, haciéndolo únicamente con pacientes cuyo contexto social es desfavorable, sin contención familiar o bien a aquellos que estando en tratamiento ambulatorio sufren algún evento clínico adverso.

Los pacientes acceden al servicio por Consultorios Externos, o derivados de la Guardia. También se atienden interconsultas de internación, la mayoría de la demanda proviene de los servicios de Adolescencia y Geriátrica.

La demora estimada para el otorgamiento de un turno ambulatorio en Neumonología es de 25 a 30 días, mientras que para estudios se otorgan dentro de los 7 días posteriores a la consulta.

Con el fin de evitar contagios y complicaciones a pacientes con asma, oncológicos y otros que también concurren al Servicio, se designaron los días martes y jueves en el horario de 8 a 10 hs, para citar a consulta a pacientes en tratamiento de TBC.

Por resolución interna del Servicio de Neumotisiología a todos los pacientes de primera vez se les indica un examen bacteriológico (baciloscopía con cultivo). Si se sospecha multirresistencia, se indica un antibiograma²¹.

Tratamiento

El tratamiento para la TBC tiene dos fases:

La **primera fase** es de tratamiento intensivo, se administran 4 fármacos, un total de toma de 10 a 11 comprimidos diarios, durante 60 días.

Se cita al paciente una vez por semana para control clínico-evolutivo, controlando si aparecen eventos adversos secundarios al tratamiento farmacológico²². También se entrega la medicación necesaria (10 a 11 blísteres) elaborada en el Laboratorio de Talleres Protegidos de la CABA. Al término de esta fase que dura dos meses, se efectúa un control médico individual o grupal (en caso de familias).

²¹ El antibiograma es la prueba microbiológica que se realiza para determinar la susceptibilidad (sensibilidad o resistencia) de una bacteria a un grupo de antibióticos. Las técnicas de antibiograma son las utilizadas en el laboratorio de microbiología para estudiar la actividad de los antimicrobianos frente a los microorganismos responsables de las infecciones.

²² los más comunes son, gastrointestinales, hepáticos y dérmicos. El control es clínico y con realización de exámenes de laboratorio.

En el taller grupal los médicos brindan información sobre la enfermedad, las particularidades del tratamiento (cantidad de medicación y duración prolongada de la toma); advierten sobre las precauciones que debe tener el paciente con TBC, en suma, intentan con un lenguaje simple y sencillo explicar cuál es la situación y escuchar inquietudes. El objetivo de estos talleres es reforzar el compromiso con tratamiento (que es largo y tedioso) y disminuir el índice de abandono. Con los talleres grupales se logra maximizar el escaso recurso humano profesional y el reducido espacio físico. Se lleva registro de asistencia en un libro, pero aún el área no ha evaluado la eficacia de esos talleres en la adherencia al tratamiento.

Todos los pacientes con TBC son testeados por HIV. La indicación se produce una vez iniciado el tratamiento, en la segunda o tercera entrevista, cuando se ha logrado establecer relación de confianza médico- paciente.

El tratamiento se prolonga entre 6 a 12 meses y el Servicio ha evaluado que el tramo donde se produce la mayor incidencia de abandono es a los 2 ó 3 meses de iniciado, dado que a esa altura el paciente presenta marcada mejoría.

En la **segunda fase**, después de los 60 días de tratamiento farmacológico, continúa la atención por Consultorios Externos, con tratamiento farmacológico entre 6 a 12 meses, con atención médica y dispensa de medicamentos cada 20 días (3 semanas).

Después del año de tratamiento, se controla cada 3 meses y al segundo año, el control se efectúa cada 4 o 6 meses (dependiendo siempre del caso particular).

Si el paciente no concurre a la consulta, el profesional tratante se comunica telefónicamente, a fin de evitar la interrupción del tratamiento (la toma de medicación).

Se llevan diferentes registros, según se trate de estudios o atenciones:

- Fibrobronoscopías y punciones: en libros rubricados.
- Espirometrías: en libro rubricado
- Atención de consultorios: planillas y fichas

1. En fichas

- a- La que otorga el GCBA que se denomina "Programa de Control de Tuberculosis" Tarjeta de tratamiento. Se registran: datos personales, motivo de consulta, presencia de cicatriz BCG, fecha de diagnóstico, diagnóstico y localización, Bacteriología diagnóstica, clasificación radiológica, enfermedades asociadas, adicciones, tratamiento farmacológico, Rx de tórax, tratamiento indicado, drogas y dosis, programa de tratamiento, calendario de asistencia, signos de tolerancia o toxicidad y contactos (relación con caso, edad, BCG y observaciones).
- b- Una tarjeta complementaria, propia del Servicio y diseñada por el jefe, con datos específicos: datos personales del paciente, motivo de consulta, antecedentes, estado actual, examen clínico RX de tórax (grafico), otros estudios, impresión diagnóstica y plan de tratamiento.

2. En el sistema Epinfo (Red de TBC del GCBA)
3. En Libro de control interno TBC en el cual se registra: nombre y apellido del paciente, nacionalidad, edad, sexo y diagnóstico por baciloscopía.

No cuentan con historia clínica única. Cada servicio cuenta con su propia HC que archiva en el lugar desde el año 1980.

Equipamiento

- Espirómetro
- Aguja de punción
- Fibrobroncoscopio: el equipo pertenece a la división de Terapia Intensiva
- Una PC obsoleta y otra muy lenta. La enfermera tiene una PC para los registros de estudios de espirometría

Medicamentos. Circuito de solicitud, entrega y almacenamiento

La solicitud de medicamentos se efectúa en una hoja preimpresa, por paciente, con detalle de fármacos y composición. Se envía por e-mail al Jefe de la Red. La retira un móvil del hospital los segundos miércoles de cada mes. No se registran dificultades en cuanto a este trámite, que es eficiente.

Se entregan en blisters, agrupados cada 10. La enfermera prepara los grupos de medicación para cada paciente. Se almacenan en un armario con llave en la cocina del servicio y si se excede la capacidad se apilan en cajas arriba de un armario.

Hay poca articulación con Servicio Social. Actualmente no cuentan con trabajadoras sociales exclusivas en el servicio. Contaban con 2 profesionales que estaban full time, ayudaban con los pacientes, controlaban las fichas, la concurrencia de paciente al servicio y la medicación.

Capacitación

- Se organizó un “Curso Anual de Actualización de Tuberculosis”, Dirigido por el jefe del Servicio y la Jefa de Bacteriología del Hospital con una carga horaria de 200 hs, presencial para todos los profesionales de la salud que se interesen en la problemática de TBC. Se invitaron disertantes referenciales de la Tuberculosis. (Año 2015). En dicho curso se trataron todos los temas relacionados con la TBC, tanto en su perfil médico, laboratorio, social, y epidemiológico.
- Jornadas Anuales de TBC organizadas por la Red de TBC del GCBA: Se realiza todos los años, durante el mes de Noviembre en la CABA, es de 1 día.
- La Capacitación es obligatoria, teniendo la libertad de seleccionar el temario y lugar donde se realiza.
- Ateneos Bibliográficos y de actualización en el servicio en forma obligatoria y semanal.

- Ateneos y discusión de casos clínicos, también obligatorios y de frecuencia semanal.

Espacio físico

El espacio físico del servicio es limitado para desarrollar la tarea, no tiene privacidad, fundamental para realizar un interrogatorio profundo que permita recabar datos de la intimidad del paciente, base del diagnóstico médico.

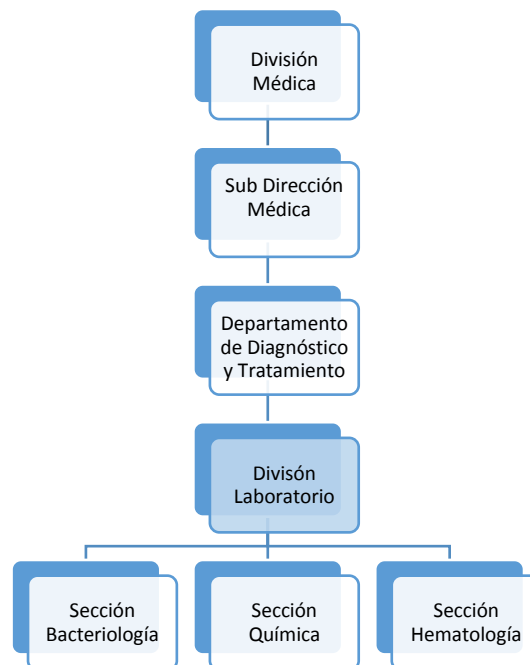
Para llevar a cabo estudios tales como broncoscopías y/o punciones dependen de la disponibilidad de otros servicios que les facilitan el espacio, imponiéndose como una limitante muy importante.

Según los responsables del área, es necesario que se incorpore un profesional médico al equipo, dado que el volumen de trabajo es muy grande, tratan una población de nivel socio-cultural-económico muy vulnerable, obligándolos a dispensarle más tiempo que el que se dedica a otras patologías.

A la tarea específica de los profesionales se le agrega la carga administrativa que supone la denuncia obligatoria de cada caso diagnosticado.

Varios estudios son realizados con equipamiento propiedad de los profesionales del servicio, a modo de ejemplo las oximetrías, medición de Pimax/Pemax. No se forman en el servicio residentes ni concurrentes. Ver Anexo I Imágenes del Servicio

A.2. División Laboratorio- Sección Bacteriología



Organigrama 1 División Laboratorio Hospital Dr. P. Piñero

A diferencia de lo que ocurre en otros efectores como el Hospital Muñiz o el Tornú, la División Laboratorio del hospital Piñero no cuenta con el encuadre de sección o unidad de TBC.

Recursos Humanos

En la Sección Bacteriología, donde se efectúa el diagnóstico de TBC, trabajan dos bioquímicas, y una técnica de laboratorio, quienes se desempeñan en el turno vespertino. No hay personal administrativo en ese turno.

Desde el Año 1998 el Hospital Piñero es Hospital de Referencia, cuando se integró a la Red de TBC de la Ciudad. La red está integrada por los laboratorios de los hospitales Piñero, Tornú y Muñiz. Para ello fue necesario acondicionar el laboratorio según las normas de bioseguridad. Se incorporó la única cabina de seguridad biológica que posee el servicio para todos los turnos de trabajo (Clase II)²³. En el área se ha evaluado que el aumento de la demanda de muestras de alto riesgo que manipula el laboratorio, hace insuficiente una sola cabina.

Respecto al año 2014 se ha observado un aumento en la recepción de muestras de entre 20-25%. El aumento se debe fundamentalmente a que aumentó la actividad de búsqueda de casos de TBC. Este dato fue evaluado y registrado en las estadísticas de la sección bacteriología.

Respecto a los casos positivos, según las estadísticas enviadas al Programa de Control de TBC de CABA, no se ha evidenciado un aumento ya que en el año 2012 la tasa de incidencia del hospital Piñero y su área programática fue de 143.5/100.000 y en 2014 fue de 114/100.000 habitantes.

La Sección de Bacteriología recibe entre 25 y 30 muestras diarias. En su mayoría estas son pulmonares: esputos, lavados gástricos, lavados bronquioalveolares, lavados bronquiales y aspirados traqueales. Entre las muestras extrapulmonares se reciben biopsias de diversos orígenes tales como piel, pleura, adenopatías, intestino, hueso, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, sangre y médula ósea.

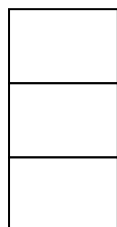
En cuanto al equipamiento automatizado, se incorporó primero un equipo Bactec 460 y desde el año 2008, un MGIT 960²⁴, de método fluorométrico²⁵, el primero, propiedad del hospital y el segundo, de la Red de TBC. Se realiza una verificación de funcionamiento de rutina con periodicidad anual.

Existen dificultades cuando los equipos requieren cambio de motor o filtros, ya que esos insumos son de procedencia importada, lo que lleva a tener fuera de uso el equipo por meses, a la espera de los repuestos. En esas ocasiones se traslada el trabajo y/o el personal a hospitales referenciales, como Tornú o Muñiz.

²³ Protege al operador, la muestra y al medio ambiente.

²⁴ Analizador de Cultivos Biológicos Becton Dickinson. Sistema automático de identificación bacteriana. Permite un notable acortamiento en el tiempo de obtención de los resultados. Los cultivos en medios líquidos se resuelven en 42 días (automatizados), contra los 60 días de los que se cultivan en medios sólidos (manuales).

²⁵ Fenómeno físico mediante el cual ciertas sustancias absorben energía, emitiéndola en forma de luz, normalmente de un color característico (una longitud de onda determinada).



Las muestras que requieren diagnóstico de TBC, ingresan por Guardia, Consultorios Externos, Internación o Centros de Salud.

El hospital Piñero ubicado en la Comuna 7 de la zona sur de la ciudad, atiende a una población mayor a 300 mil personas muchas de las cuales son de bajos recursos. El área programática del hospital Piñero incluye 10 Centros de Salud: N°6, N°13, N°14, N°18, N°19, N°20, N°24, N°31, N°40 y N°44. El Cesac N°18 trabaja en TBC desde hace 20 años.

Por ser un laboratorio de referencia de la Red, reciben muestras para diagnóstico desde los hospitales de derivación (Hospital Santojanni, Penna, Ramos Mejía, Ferrer, Udaondo y Maternidad Sardá). En este laboratorio se realizan cultivos, si es necesario aplicar pruebas de sensibilidad, se remiten al Instituto Dr. Carlos G. Malbrán.

Los efectores que derivan muestras, registran en el SIVILA²⁶ el resultado de la baciloscopía positiva realizado en su laboratorio y el pedido de cultivo que se efectúa al Laboratorio del Hospital Piñero.

Se reciben muestras todos los días durante las 24 hs, ya que el hospital cuenta con guardia de bacteriología. El Laboratorio de Guardia se encuentra físicamente en el Pabellón de Terapia Intensiva, pero tiene doble dependencia: técnicamente depende de la División Laboratorio y administrativamente del Departamento de Urgencias. La División Laboratorio se encuentra en otro Pabellón denominado Laboratorio Central.

A todas las muestras (provenientes de Internación, de guardia, de consultorios externos y de los CeSAC) se les efectúa la baciloscopía en el día, se informan en el sistema todas las muestras negativas y positivas, y el mismo día el médico de sala puede ver la información a través de la red del hospital, por apellido y nombre del paciente, o su DNI.

Si el paciente es ambulatorio y no derivado de la Guardia debe regresar al laboratorio en 72hs, para retirar el informe.

Los informes se imprimen a demanda. Se le asigna al paciente un código de barras (nombre y apellido, N° de documento, fecha de ingreso de la muestra, número interno de laboratorio y número de código de barras). Si tiene cultivo se agrega en el informe de baciloscopía la fecha determinada para retirar el resultado. Se envía al médico tratante.

Registros

Cuenta con el Sistema de Gestión de Laboratorio Omega, incorporado por el Laboratorio Roche que permitió integrar la información de los resultados a la red web del hospital. El equipo MGIT 960, está vinculado con el sistema EPI, donde se ingresan los datos y se los procesa. Tiene la posibilidad de imprimir planillas e

²⁶ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica por Laboratorios de Argentina.

informes, que luego siguen diferentes vías: una impresión se coloca en la cartelera del laboratorio y las otras se envían a cada hospital de referencia, al gobierno de la CABA, al programa de la Red de la CABA y al Programa Nacional (es obligatorio que estén cargados los datos de los pacientes), es de notificación obligatoria (SIVILA), con el ANLIS²⁷ Instituto Carlos G. Malbrán, INER²⁸ y INEI²⁹.

La notificación es obligatoria para cada laboratorio que hace diagnóstico y el médico tratante.

Los resultados se envían a los Grupos de Trabajo y a la Red de TBC, con los listados de baciloscopias positivas, cultivos positivos y resultados de pruebas de sensibilidad a ATB. Se conformaron grupos de trabajo, integrados por los servicios de Neumotisiología Adultos, Neumotisiología Pediatría, Trabajo Social, Área Programática, Laboratorio, Infectología, División Promoción y Protección y con los hospitales de derivación.

Debido a que los CeSACs no cuentan con laboratorio, el personal de enfermería realiza tomas de muestras una vez por semana. El día definido, se citan 35 pacientes. Ni diagnóstico de TBC ni otros estudios de bacteriología tienen cupo. El registro de datos de los CeSACs cumple el mismo circuito que el de hospitales, pero como los centros de salud no cuentan con internet del GCBA, los que están conectados al laboratorio por web-lab pueden visualizarse por pantalla y se remiten los informes por dicha vía. En esta situación se encuentran los Centros N° 13, N°14, N°19 y N°40, a la fecha. El resto recibe informes en papel, por sobre o por correo interno.

Desde el año 2014 las muestras para TBC son recolectadas por un medio tercerizado contratado por licitación central. La firma adjudicataria de la zona sur de la ciudad (dividida por la Av. Rivadavia) se denomina RH.

El retiro de muestras se realiza por la mañana temprano, dos Centros de Salud por día, lo que permite atender la demanda de los 10 centros una vez por semana. Si se presenta una urgencia, se deriva al paciente al laboratorio central del hospital.

El laboratorio central dispensa turnos en el área de inscripción a consultorios externos.

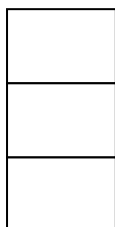
En bacteriología se toman las muestras a demanda, sólo se otorgan turnos para micología, ya que es necesario indicar la preparación de la toma de la muestra. Los pacientes que concurren por urgencia, los oncológicos e infectológicos se testean sin turno.

Hay dos sistemas de entrega de informes para muestras que provienen de otros laboratorios: con el móvil de la ciudad o su propio móvil y a través del sistema en

²⁷ Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud.

²⁸ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr Emilio Coni".

²⁹ Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas.



red. Se entrega el informe impreso en sobres por hospital. Este procedimiento es dificultoso porque no funciona correctamente el correo interno hospitalario. También se efectúan personalmente a los efectores de manera informal, a través de los distintos encuentros en reuniones semanales. Se está trabajando para enviarlos por e- mail.

Se efectúan reuniones mensuales con los referentes bioquímicos de los hospitales que derivan, de la UBA y el Hospital Naval. También realizan ateneos internos cuando surge una nueva técnica, se produce alguna actualización diagnóstica o la implementación de nuevas metodologías.

El hospital Piñero es el único hospital de agudos de la ciudad que cuenta con Guardia de Bacteriología de lunes a lunes las 24 hs. Toda la dotación de la Guardia de Laboratorio está adiestrada para la baciloscopía de urgencia.

Cada muestra debe ser enviada con la respectiva planilla de solicitud de estudios para diagnóstico de TBC. En esta planilla se incluyen datos personales del paciente, servicio o institución derivante, materiales remitidos, co-morbilidades del paciente y motivos de solicitud de baciloscopía, cultivo y prueba de sensibilidad. Anualmente se entregan estadísticas al servicio de Micobacterias del INEI, al INER Emilio Coni y al Programa de Control de TBC de CABA.

Las muestras recibidas se registran en el sistema de gestión OMEGA y en el Epi Center (software empleado por el equipo automatizado para cultivo en medio liquido MGIT960-Becton Dickinson).

A partir del sistema OMEGA se obtienen las hojas de trabajo diario que se incorporan en un Libro foliado, lo que permite llevar un registro escrito de los datos epidemiológicos de la planilla de solicitud de estudios.

Todos los hospitales utilizan la misma planilla para solicitar estudios de diagnóstico de TBC ya que se registran datos necesarios para la notificación de los casos positivos. Es provista por el Programa de Control de TBC de CABA. Las planillas son archivadas por el personal del laboratorio en una carpeta foliada donde se coloca la fecha de recepción y se conservan durante un año.

La Planilla de solicitud de estudios de TBC contiene de los siguientes datos: nombre y apellido del médico solicitante, nacionalidad del paciente, posible enfermedad de base, antecedentes de enfermedad, tratamiento previo, contacto con paciente con TBC, etc. Estos también son registrados en el sistema EpiCenter.

El algoritmo de trabajo de la sección se basa en las Normas del Programa Nacional de Tuberculosis (NPNTB). Se realiza baciloscopía (se hace el extendido, se colorea con la técnica de Ziehl Neelsen y finalmente se observa en el microscopio) a todas las muestras y se emite informe con el resultado el día que ingresan. Siguiendo las NPNTB, las muestras son cultivadas para identificación y pruebas de sensibilidad. Los aislamientos con sospecha de resistencia antibiótica

son derivados al Servicio de Micobacterias del Instituto Malbrán para su confirmación. Los cultivos son informados como negativos a los 60 días de incubación en medio sólido y a los 42 días en medio líquidos automatizados MGIT960 (BD).

Los informes son obtenidos mediante sistema OMEGA.

El Hospital Piñero notifica a SIVILA todos los casos positivos confirmados al igual que los hospitales derivantes. El Instituto Malbrán confirma y notifica los casos con resistencia antibiótica.

Los insumos son provistos por el Programa de TBC de Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Desde marzo a diciembre los últimos martes de cada mes la Sección de Mycobacterias realiza una reunión mensual con los profesionales responsables del diagnóstico de TBC de los hospitales que derivan muestras. Entre los objetivos de la reunión se mencionan la preparación de trabajos de investigación para jornadas y congresos, la utilización de los sistemas de notificación (SIVILA) y la discusión de casos clínicos mediante ateneos entre otros.

Capacitación 2014

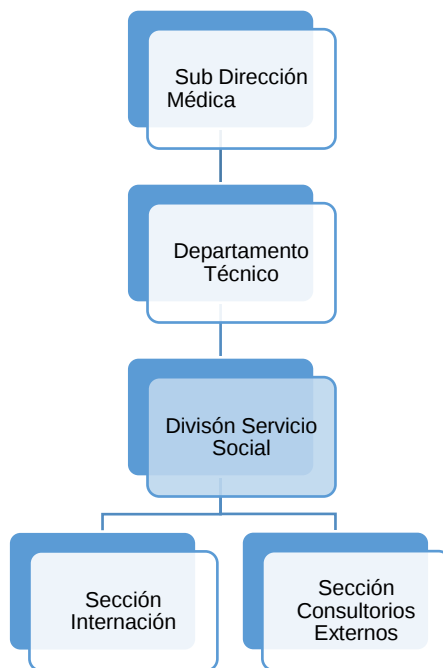
Las profesionales de la Sección Bacteriología, han realizado capacitación específica sobre el tema TBC en el año 2014, en calidad de disertantes y participantes.

- Jornadas 80º Aniversario del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (disertante)
- Curso Epidemiología de la TBC (200 hs)
- Curso- Introducción al análisis genómico con aplicación a la vigilancia de patógenos bacterianos (participante)
- Curso de Epidemiología de la TBC dictado por Instituto Nacional "Dr. Juan H Jara"
- Curso TBC, Epidemiología y Control dictado por INER Dr. Emilio Coni
- Curso de Gerenciamiento de la Red de Laboratorios de TBC dictado por INER Dr. Emilio Coni

• A.3. División Servicio Social

La División Servicio Social depende del Departamento Técnico, que a su vez depende de la Subdirección.

En el año objeto de esta auditoría se produjo la baja por jubilación de la Jefa de Servicio (marzo) y un interinato hasta marzo de 2015, momento en que se cubre por concurso el cargo y asume la jefa actual.



Organigrama 2 División Servicio Social Hospital Piñero

El recurso profesional se integra por 13 Trabajadoras Sociales hospitalarias, que dependen técnica y administrativamente de este servicio. Las tres jefas (División y Secciones Internación y Consultorios Externos) tienen 40 hs semanales de carga horaria, el resto del personal tiene 30 hs semanales y todas dedican seis horas semanales a capacitación.

En el Departamento de Urgencia hay 7 Trabajadoras Sociales (una por cada día de la semana), que dependen del Jefe de Guardia del día y 2 suplentes de guardia, quienes forman parte del equipo de Salud Mental y dependen técnicamente de Servicio Social.

El equipo de coordinación de Servicio Social efectúa la supervisión técnica profesional, tanto para los trabajadores sociales de Guardia como de los 10 Centros de Salud. La cantidad de horas designadas a tal tarea es insuficiente, ya que le dedica un total de 3 horas semanales.

Respecto de la participación del Servicio de Trabajo Social en el Programa de TBC, en el año 2014 estaba afectada una única profesional, en agosto de ese año se suplementó el equipo con la incorporación de otra agente y en la actualidad se cuenta con 3 profesionales que le dedican 6 horas semanales a la tarea.

Las actividades que realizan en relación al Programa son:

- Gestión y Articulación entre Servicios y Área Programática en TBC, con seis horas semanales, que se suman al resto de las funciones que demanda su cargo. (Martes de 8 a 11 hs y las otras cuatro horas distribuidas en el resto de la semana)

- Acompañamiento de situaciones referidas a personas que transitan por diagnóstico y tratamiento de TBC, con seis horas semanales. (Martes de 9 a 12 hs. y las otras tres horas distribuidas en el resto de la semana)
- Acompañamiento de situaciones referidas a personas que transitan por diagnóstico y tratamiento de TBC, con seis horas semanales para esta tarea³⁰. (Jueves de 9 a 12 hs. y las otras tres horas distribuidas en el resto de la semana)

Las tres profesionales participan de la Red de Trabajadoras Sociales interviniendo en TBC, que se reúne los cuartos lunes del mes en el Instituto Vacarezza de 8.30 a 12.30 hs.

Los pacientes con TBC, llegan por derivación de los médicos tratantes, desde las Unidades de Internación y/o Consultorios Externos de Neumotisiología. No se atiende demanda espontánea.

La atención desde el Servicio Social se realiza por alguna problemática social que sea demandada, o por acompañamiento de la situación que atraviesa el grupo familiar, realizándose una entrevista inicial en la primera fase del tratamiento.

En esa etapa de la intervención se trabaja sobre la información necesaria para la continuidad del tratamiento, acerca de la enfermedad y las situaciones problemáticas que atraviesan estas familias. Los ejes de intervención son:

- Situación de contexto familiar, social e individual de la persona
- Intercambio de información general sobre la enfermedad. Impacto que el diagnóstico de TBC, provoca en la persona.
- Definición de una propuesta de intervención a partir de las problemáticas sociales que atraviesan las familias atendidas.

La entrevista social es un espacio de escucha y diálogo con el usuario del Programa, donde se indaga sobre si hay demanda de acompañamiento. Luego se realizan otras entrevistas de seguimiento y/o informes, de acuerdo a la estrategia de intervención.

Si bien se trata de entrevistar a la mayor parte de personas con diagnóstico de TBC, las problemáticas sobre las que se trabaja desde este Servicio con el paciente son las habitacionales, violencia de género, consumo de sustancias, problemas laborales, de alimentación (acceso a comedores y/o Programas de Desarrollo Social), accesibilidad al tratamiento, articulación con los CeSACs y falta de contención familiar, entre otras.

Las profesionales designadas por Servicio Social, efectúan recorridos diarios por las salas de internación y la intervención en casos de TBC está dentro de los criterios de interconsulta.

La participación del equipo consiste en entrevistar al paciente y familiares, para garantizar el estudio de contactos, convocar telefónicamente a la familia, referentes y convivientes (que comparten entre 4 y 6 hs diarias) para recibir tratamiento preventivo o curativo y facilitar la accesibilidad a los respectivos servicios.

³⁰ la profesional a cargo actualmente se encuentra con licencia por maternidad

Se determina cuál es el efector más propicio para que el paciente continúe su tratamiento cuando se produce la externación. Las alternativas son un CeSAC cercano al domicilio o el tratamiento médico ambulatorio en el Hospital, a cargo de Neumotisiología de Adultos o en Hospital de Día Pediátrico. El seguimiento social lo realizan las profesionales afectadas al Programa.

En el caso de los niños y adolescentes diagnosticados con TBC en la Guardia Pediátrica, en la Unidad de Internación Pediátrica, por ser contacto de adultos enfermos o por derivación de los CeSAC del área; el equipo de pediatría cuenta con la participación de una Trabajadora Social que no se dedica de manera exclusiva.

Las articulaciones realizadas con diferentes programas y ONG³¹ formales e informales del sistema (escolaridad, inserción socio-cultural, entre otras) quedan registradas en la Ficha o Historia Social.

En relación a la atención de pacientes adultos, en el período auditado la participación del Servicio Social era más restringida por falta de recurso humano, con la incorporación de profesionales, a partir de 2016 el área pudo encarar y organizar dos tareas de importancia para la actividad específica en TBC:

- Articulación entre Servicios y Área Programática, a cargo del equipo de Coordinación de Servicio Social.
- Acompañamiento de situaciones referidas a personas que transitan por diagnóstico y tratamiento de TBC en pacientes ambulatorios e internados.

A partir de la realización de esta auditoría, se tomó la determinación de designar una profesional de la coordinación del Servicio Social una vez por semana de manera fija al Servicio de Neumotisiología (Martes de 8 a 11 hs.) a fin de mejorar la articulación.

La articulación con los equipos de TBC de los CeSACs se puede dar en distintos momentos de la trayectoria del proceso de atención de esta problemática. Cabe aclarar que en cada equipo de TBC participa una trabajadora social del respectivo Centro de Salud.

Algunas situaciones particulares por la complejidad del caso, requieren la intervención en un segundo nivel de atención, articulándose desde el CeSAC con el Hospital para garantizar la accesibilidad a esta atención.

También se realizan articulaciones desde este Servicio con los CeSAC a fin de derivar a los usuarios para la continuidad del tratamiento en territorio, a fin de brindar una mayor accesibilidad geográfica.

Se registran los datos por persona atendida en cada área de internación, en los programas y en el consultorio de demanda directa. También se completa una planilla de estadística semanal a partir de la cual se elaboran los datos globales

³¹ Organización No Gubernamental

que se elevan a estadística mensualmente. No se pueden determinar en esos registros cuáles fueron las intervenciones de trabajo social en TBC.

Llevar varios soportes para el registro individual de casos que resultan complementarios: historia social (Form. 11-1293), formulario de informe social (Form.11-1295), ficha o registro de cada equipo de internación, ficha o registro de cada programa. La información se encuentra dispersa entre todos esos registros, en consecuencia, el equipo desarrolló un formulario propio que denominó “Entrevista Inicial” para completar los datos de pacientes que se encuentran bajo el Programa de TBC en el que se cuenta con los datos de otros formularios más otros de interés que no tienen cabida en los formularios generales.

Estas fichas se conservan en la carpeta del profesional actuante mientras se encuentra en seguimiento, luego se archivan en el Servicio Social (carpeta del Programa de Tuberculosis). Por las características del tratamiento de TBC, la mayoría permanece activa por al menos 6 meses.

Las profesionales participan en la Red de trabajadoras sociales interviniendo con TBC, espacio de articulación interinstitucional entre las trabajadoras sociales de los distintos efectores de CABA y algunas del conurbano bonaerense.

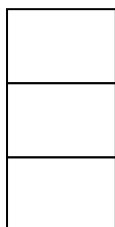
Esta Red funciona desde el año 2007 y realiza un encuentro mensual de trabajo, que constituye un espacio de capacitación, presentación de casos en ateneo, organización y generación de propuestas para el abordaje de esta problemática que, a su criterio, se encuentra invisibilizada en la sociedad.

Desde hace 4 años, también organiza una Jornada anual de intercambio y capacitación (en octubre). En los últimos tres, la sede fue el Hospital Piñero. También se está trabajando una revisión de las normativas que refieren a la inserción de trabajo social en el programa de Tuberculosis, las anteriores databan de 1986.

Durante el año 2014, las profesionales que participan del Programa de Tuberculosis tuvieron tres espacios de capacitación:

- Curso Anual del Servicio Social, en calidad de organizadores, de 144 hs. cátedras, aprobado por el CODEI y con entrega de certificados de concurrencia. Este curso se realiza en el Aula Magna del Hospital Piñero, los cuartos jueves de mes, dictada por docentes de distintas Universidades Nacionales y/u Organismos Públicos.
- Ateneos de la Red de Trabajadoras Sociales interviniendo en Tuberculosis, se realizan una vez por mes, 4 horas. Trabajan las problemáticas y necesidades de articulación entre efectores.
- Tercer Encuentro de la Red de Trabajo Social (jornada anual) “Reflexiones en torno a los equipos de salud en el abordaje de la Tuberculosis”, el 20 de octubre de 2014.

La planta física del Servicio es precaria y se encuentra en mal estado de mantenimiento, no es suficiente para la cantidad de profesionales del servicio y pacientes que asisten. Se encuentra ubicado en el área de Consultorios Externos.



La sala de espera es un lugar de paso, en el acceso posterior de los consultorios externos. El espacio para atención de pacientes se compone de dos boxes parcialmente tabicados, cuyas paredes no llegan al techo, lo que impide la privacidad requerida en la consulta.

Se presentaron notas alertando sobre las condiciones edilicias y también se han realizado requerimientos en la Memoria y Balance de 2014.

De acuerdo con la evaluación de la Jefa de Servicio, se presentan algunas dificultades en el abordaje integral de la problemática de la TBC:

- Falta de recursos materiales para la comunicación intra e inter institucional
- Espacio físico inadecuado en el Servicio de Neumotisiología, en el cual no se cuenta con un espacio para entrevistas sociales, ya que el existente es escaso para los profesionales de ese servicio y para la atención de los pacientes.
- Falta de personal administrativo en el Servicio Social.
- Falta de políticas públicas que den respuesta a las necesidades que originan y reproducen las condiciones de vida y materiales en las que viven los pacientes que padecen TBC (vivienda, condiciones de trabajo, entre otras).

La Red de Trabajo Social presentó en 2013 un proyecto de ley en la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, que finalmente no fue aprobado.

El proyecto consistió en la creación de un régimen de amparo, bajo la forma de subsidio, destinado a asegurar la protección socioeconómica del paciente afectado de tuberculosis que no cuente con protección del subsector de la seguridad social o privada, ni perciba remuneraciones, durante el tiempo que demande el tratamiento y para asegurar su continuidad.

La División Servicio Social no cuenta con personal administrativo, por tanto, las tareas de ese tipo se distribuyen entre las profesionales. En cuanto al equipamiento informático, hay 2 computadoras para 15 personas.

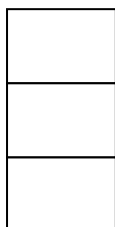
Han evaluado la necesidad de incorporar una línea telefónica adicional, ya que la única con la que cuentan resulta insuficiente para todas las acciones que se generan por esa vía.

Espacio físico para las entrevistas (tanto en el Servicio Social como específicamente en el Servicio de Neumotisiología, que también cuenta con un espacio pequeño e inadecuado)

Mejorar la comunicación y promover el trabajo en equipo entre los distintos servicios que participan del Programa.

A.4. Pediatría

En el año 2000 se conformó un Grupo de Trabajo de TBC dentro de la División Pediatría. Actualmente está integrado por un médico pediatra de planta (desde el



año 2013, formado en esta especialidad) y una neumonóloga infantil (desde diciembre de 2015).

El Grupo de Trabajo TBC tiene una historia de más de 10 años de labor en pediatría. Atiende a pacientes desde su nacimiento hasta los 14 años y 11 meses. Dedicar a la tarea 10 hs semanales, pero en época de bronquiolitis (mayo a septiembre) disminuye a 4 hs por semana. Además de esta reducción estacional, se han ido perdiendo horas profesionales por otras causas, como la jubilación de una médica que aportaba 18 hs semanales y cuyas horas no han sido reemplazadas.



El servicio está ubicado en el pabellón de materno infantil, en el primer piso. En general los tratamientos son ambulatorios. Solo se internan los casos de TBC con dificultad respiratoria o meningitis tuberculosa. El área cuenta con 22 plazas de internación, de las cuales 10 son camas, 8 cunas y 4 de aislamiento, pero no es de aislamiento estricto ya que no cuenta con presión negativa ni con baño privado para los enfermos de TBC.

El área ha definido sus misiones y funciones:

- La misión del grupo de trabajo es ofrecer la atención médica necesaria al paciente con TBC y sus contactos de la manera más adecuada según su gravedad.
- La función que cumple es otorgar al paciente todo lo necesario con relación a la enfermedad (atención sin turno la primera vez, un sistema de laboratorio, enfermería, rayos y vacunatorio en condiciones de responder a la demanda de la población).
- Realizar diagnóstico y tratamiento precoces y proveer la medicación necesaria durante el tratamiento.
- Coordinar con los CeSACs para conectar a los pacientes con los centros de salud más cercanos.
- Privilegiar la atención inmediata del paciente con sospecha de TBC.

El Consultorio de Adolescencia que pertenece a Pediatría detecta casos de TBC y los deriva a Pediatría ó a Neumotisiología de Adultos (según la edad del paciente).

Los profesionales de consultorio externo y guardia detectan precozmente los casos de TBC debido a la elevada incidencia que tiene en el hospital, aplicando un protocolo de exámenes complementarios para el diagnóstico: una imagen radiológica de tórax, PPD³², laboratorio y con esos resultados se lo deriva al Servicio de Pediatría para el tratamiento. A los menores de 6 años se les efectúa lavado gástrico, para ello se extrae moco del estómago por medio de una sonda (se realizan tres lavados gástricos).

La placa y la baciloscopía se realizan en el día, el resto de las determinaciones de laboratorio se hacen para el día siguiente y el lavado gástrico se programa a corto plazo. Las enfermeras del servicio realizan la toma de la muestra.

En pediatría el cultivo bacteriológico para muestras de TBC es norma en todos los casos.

No cuentan con trabajadora social exclusiva para el grupo de trabajo aunque han evaluado la necesidad de que toda entrevista inicial cuente con una profesional de esa disciplina. En la actualidad la trabajadora social está de licencia por maternidad, tampoco era exclusiva, y no fue sustituida.

El tratamiento se prolonga entre 6 meses a un año (dependiendo de la gravedad de la enfermedad). Además de los controles, se entrega medicación que en las primeras consultas tiene frecuencia semanal, luego pasa a ser quincenal y al finalizar el tratamiento es mensual.

Este hospital solicita a la Red de TBC la medicación vía e-mail y los miércoles envía un móvil para retirarla.

No se ha implementado la historia clínica única, hay una en internación y otra en consultorios externos. La que permanece en el servicio cuenta con una ficha para cada paciente con los datos de quimioprofilaxis³³. Este documento se inicia en hospital de día cuando se realiza el diagnóstico y se envía al área de epidemiología para realizar la denuncia al SNVS³⁴. Las fichas se archivan en una carpeta, donde consta la frecuencia de atención y el seguimiento del tratamiento.

Cuando el paciente no concurre por un lapso mayor a 15 días, se estima que discontinuó la toma de medicación, por lo que se indica situación de abandono. En esos casos, se solicita a la trabajadora social o al médico tratante que se comunique telefónicamente con el paciente.

Estadísticas

Cantidad de consultas pediátricas (menores de 15 años) del consultorio de tuberculosis del Hospital Piñero en los últimos 4 años:

³² La prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD, por sus siglas en inglés) es un método utilizado para el diagnóstico de la infección de tuberculosis silenciosa (latente).

³³ La quimioprofilaxis es la administración de una sustancia química, incluidos los antibióticos, para: prevenir la aparición de una infección, evitar que una infección evolucione hasta un cuadro de enfermedad activa y manifiesta y/o eliminar el estado de portador de un agente infeccioso específico.

³⁴ Sistema Nacional de Vigilancia de Salud.

AÑO	CANTIDAD de CONSULTAS
2012	1808
2013	1842
2014	1036
2015	1420

Tabla 18: Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por el Grupo de TBC Pediatría-Neumonología del Hospital Dr. Parmenio Piñero

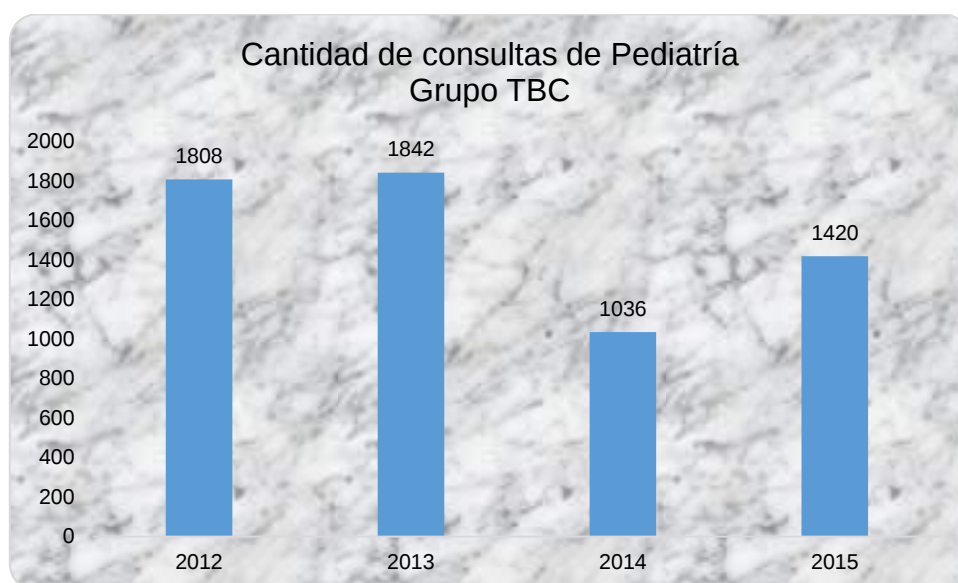


Gráfico 13: Fuente: Elaboración propia. Datos de la agenda de turnos del Grupo de TBC Pediatría-Neumonología del Hospital Dr. Parmenio Piñero.

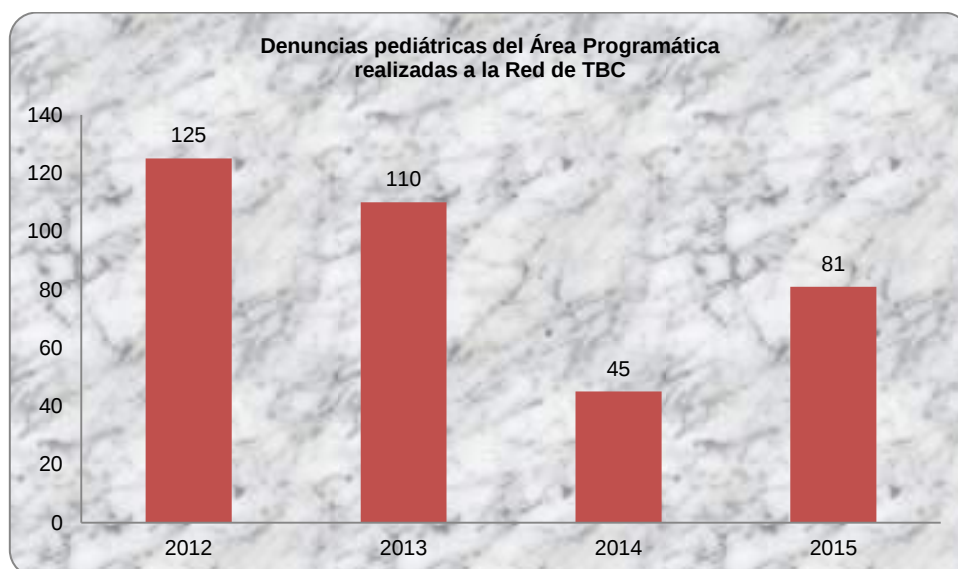


Gráfico 14: Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por el Grupo de TBC Pediatría-Neumonología del Hospital Dr. Parmenio Piñero, base de datos Epi6

En los registros del referente de la Red de TBC se informan 46 pacientes pediátricos del Hospital Piñero y su Área Programática.

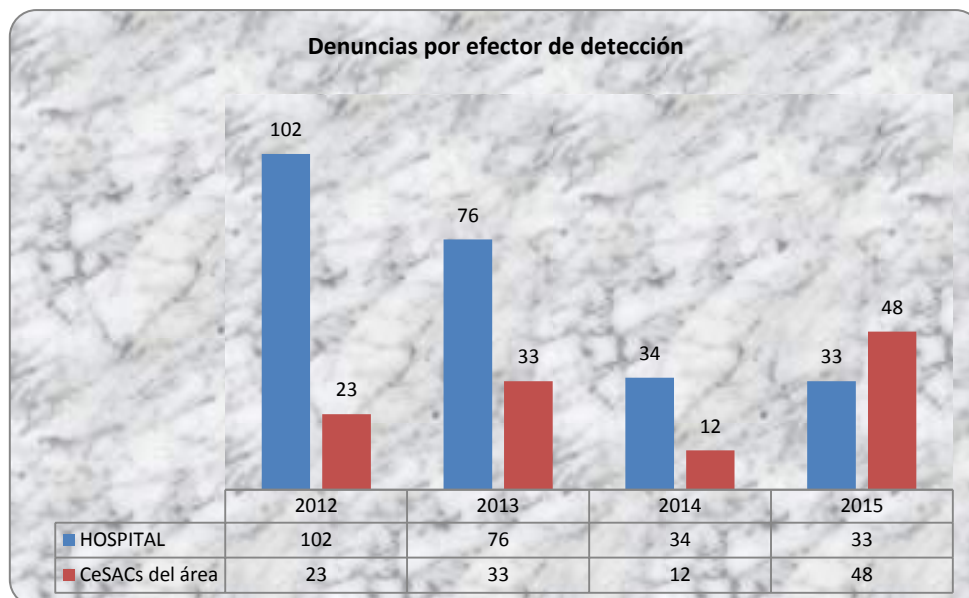


Gráfico 15: Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por el Grupo de TBC Pediatría-Neumonología del Hospital Dr. Parmenio Piñero, base de datos Epi6

AÑO	quimioprofilaxis indicadas
2014	44
2015	57

Tabla 19 Elaboración propia con datos del grupo de trabajo de TBC en pediatría. En 2014 se indicó quimioprofilaxis al 96% de los pacientes detectados. En 2015 esta relación fue del 70%

	CESAC 6	CESAC 13	CESAC 14	CESAC 18	CESAC 19	CESAC 20	CESAC 24	CESAC 31	CESAC 40	CESAC 44	TOTAL
2012	0	5	5	6	0	1	0	0	4	0	123
2013	0	0	19	3	0	2	6	1	2	0	109
2014	1	0	0	1	0	1	4	0	5	0	46
2015	0	0	0	34	2	2	0	1	9	0	81
TOTAL	1	5	24	44	2	6	10	2	20	0	359

Gráfico 16: Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por el Grupo de TBC Pediatría-Neumonología del Hospital Dr. Parmenio Piñero.

Los integrantes del Grupo de Trabajo TBC no reciben capacitación específica sobre TBC y consideran que es necesaria. No asistieron a cursos o talleres en el año 2014.

A.5. Departamento Área Programática



La División Programas y Centros de Salud es responsable de 10 Centros de Salud y Acción Comunitaria y el centro LOBE (La Otra Base del Encuentro) que se ocupa de prevención y asistencia de adicciones con profesionales de Salud Mental.

Las acciones de promoción y protección de la salud y la asistencia se implementan a través de programas, entre ellos Tuberculosis.

El Jefe de División se encuentra designado de manera informal, su cargo no ha sido concursado.

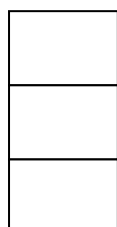
Los CeSACs del Área realizan acciones de coordinación de actividades con el nivel superior inmediato (Área Programática) y con el nivel central (Red de Tuberculosis). Entre las actividades, se realiza asesoramiento, capacitación y trabajo en vigilancia epidemiológica de la enfermedad.

En el Departamento reciben las notificaciones de TBC de los CeSACs, en las planillas obligatorias y a través de la carga realizada en la gestión y consolidada mensualmente en formato TXT. Se notifica al nivel nacional mensualmente a través de la plataforma on- line del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) y a la Red de TBC de CABA, de forma cuatrimestral y en formato papel (a partir de enero 2016 informatizado).

La vigilancia de la salud recopila sistemática y oportunamente los datos de morbi-mortalidad de las poblaciones. Tiene como propósito identificar hechos que afectan la salud de la población con la finalidad de intervenir en el control, así como también en la planificación y ejecución de medidas de prevención. En el período 2014 funcionaba el sistema de planillas en papel y notificaban a la CABA los servicios de Pediatría (menores de 15 años) y Neumotisiología (adultos).

La notificación de Tuberculosis es individual y obligatoria y se realiza ante la sospecha clínica.

El Área Programática es nodo intermedio de carga del SNVS (Los nodos son unidades de análisis de salud donde se registra, se resume, se analiza y difunde



la información notificada dentro de un área geográfica de incumbencia). El sistema está pensado para que los datos puedan ser cargados desde el nivel local alcanzando los CeSAC categoría de nodo local de carga. Actualmente el Área cuenta con dos nodos locales, el CeSAC N° 40 y el N° 24, el resto de la carga se realiza desde el usuario del Área.

Según la evaluación de las autoridades del área, las tasas de morbimortalidad por TBC no disminuyen, aunque el Programa funciona sin dificultades de profesionales, ni de provisión de medicamentos ni de insumos. Se atienden pacientes de CABA y del conurbano bonaerense, lo que hace difícil el seguimiento de los pacientes y contacto con el foco de la enfermedad de algunos casos.

La capacitación es intra y extra muros:

- Curso anual de TBC realizado en el Hospital Muñiz y organizado por la Red de T.B.C.
- Curso anual de TBC realizado por el Área Programática del Hospital Piñero 2013/2014
- Curso anual de TBC organizado por Neumotisiología del Hospital Piñero y Departamento Área Programática.
- Asociación de Médicos Municipales efectúa Jornadas anuales en noviembre de cada año donde participan todos los hospitales y los Centros de Salud.

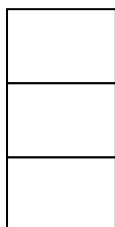
El control del seguimiento de pacientes, la medicación y su administración, se efectúa a través de las Tarjetas Amarillas de la CABA, se archivan en los CeSAC (entregan fotocopia de las fichas).

Los CeSAC cuentan con los insumos necesarios para la toma de muestras de laboratorio tanto para adultos como para niños.

Han tenido casos de poblaciones relocalizadas (barrios que han sido mudados a viviendas que entrega la Ciudad), casos de pacientes con TBC que debieron continuar el tratamiento en un nuevo CeSAC y/u Hospital. Para lo cual, el personal se comunica con los lugares de derivación, envían resumen de HC.

En el área han evaluado como una debilidad del sistema la falta de centralización de la entrega de medicación para los CeSAC en el Área Programática; que permitiría llevar un registro y seguimiento más adecuado de los pacientes y su entorno familiar, y mejoraría la tasa de completud de tratamiento (75% para el área del Hospital Piñero, según Beca Carrillo 2015).

Consideran que los CeSAC con programa local tienen muy buenos resultados en la captación y finalización del tratamiento pero existen abandonos y pacientes sin seguimiento que no han sido cuantificados pero explican que se deben a diversas causas, principalmente médicas (efectos adversos, falta de medicación el día de la consulta, sobre todo al inicio del tratamiento) y sociales (migraciones, familiares enfermos a ser cuidados, estigmatización respecto de padecer este evento).



A.6. CeSAC N° 40

El equipo de TBC del CeSAC N° 40 funciona desde el año 2008. Está integrado por dos médicas generalistas, una pediatra, un psicólogo y una trabajadora social.

El equipo realiza una reunión semanal para discutir los casos y tratamientos. Si bien las acciones del equipo son conjuntas, a los fines administrativos se designó una médica generalista como referente.

El tratamiento ambulatorio se basa en la administración de drogas de régimen continuo diario, autoadministrado, con retiro semanal de la medicación. Sólo se indica DOT (tratamiento directamente observado, con toma diaria) en casos seleccionados (situación de calle, sobre ingesta de medicamentos).

Al menos un integrante del equipo de TBC se encuentra presente cada día de la semana en el CeSAC para entregar la medicación, que se realiza sin turno, a demanda. El profesional registra la entrega en una ficha.

En el Centro de Salud se toman las muestras para estudios de laboratorio. La farmacia de Hospital provee los frascos estériles y el laboratorio central del hospital realiza las baciloscopías de esputo y cultivo / sensibilidad según indicación.

En Administración se registran los turnos para pacientes sospechosos o diagnosticados con TBC en un Libro de Turnos exclusivo, que permite darle prioridad a estos casos. Todos los trabajadores del CeSAC lo tienen a disposición.

Se trabaja con fichas que envía el programa de TBC de la ciudad, y además el equipo cuenta con una herramienta de diseño propio que consiste en una HC abreviada ordenada alfabéticamente, donde se registra el seguimiento de los pacientes en tratamiento y en quimioprofilaxis. Además se cuenta con la historia clínica general del CeSAC de todos los pacientes, independientemente del Programa al que pertenezcan. Cuando finaliza el tratamiento de TBC, se adosa a la HC la ficha de control de tratamiento, con detalle de la medicación entregada y tomada.

Si bien los pacientes consultan por demanda espontánea, a medida que se incorporan al Programa de TBC se programan los controles para los días jueves (asignado para la atención de TBC). No hay demora en la asignación de estos turnos.

El momento de la entrega de medicación se utiliza para detectar fallas de adherencia, y conformar así una relación de confianza con el paciente.

La mayoría de los pacientes son vecinos de los Barrios Rivadavia I y II³⁵ y de la Villa 1.11.14. En algunos casos acuden con los primeros síntomas a los Hospitales Muñiz, Penna ó Santojanni, y luego con el diagnóstico de TBC, son derivados al CeSAC por la proximidad.

La jefa del CeSAC realiza las denuncias obligatorias al SNVS y el equipo notifica al Área Programática a través de una planilla Excel.

³⁵ El Barrio Municipal Presidente Rivadavia I y II es un conjunto habitacional que se encuentra en la zona conocida como Bajo Flores.

El equipo médico considera que sería conveniente que se incluyera la formulación pediátrica de medicamentos (en la actualidad sólo existen en esta forma la Rifampicina), ya que facilitaría la administración del tratamiento a niños y lactantes y mejoraría la adherencia debido a las dificultades que presenta la administración diaria de múltiples comprimidos.

Tampoco se dispone de las formulaciones combinadas que también mejorarían la adherencia al tratamiento de pacientes en general ya que reduciría la cantidad de comprimidos a ingerir que puede llegar hasta 12 diarios.

El equipo de TBC no tiene designado enfermero, lo que facilitaría la realización de tratamientos directamente observados, el seguimiento de los pacientes y la entrega periódica de la medicación.

Si bien el equipo del CeSAC integra el grupo de trabajo de TBC del Hospital Piñero, consideran que serían de utilidad implementar espacios de discusión de casos complejos con el resto de los efectores del área que trabajan con TBC, así como otras instancias de capacitación.

Falta folletería para divulgar información sobre TBC en la población

El CeSAC cuenta con una farmacéutica desde el año 2012. Se encarga de realizar el pedido mensual de drogas, tomando la información de las fichas de tratamiento; registra el consumo estimado de cada paciente en planilla de Excel y eleva el pedido de medicación al área programática.

B) Hospital F. Santojanni

B.1. Neumonología

La Sección de Neumonología tiene dependencia directa del Departamento de Medicina Interna. El Jefe ejerce dicha función desde el año 1994.

El jefe del servicio es responsable la dirección ejecutiva de la Sección, tiene a su cargo la supervisión de los profesionales que la integran y cumple tareas asistenciales, tratando los casos de mayor complejidad relacionados con su especialidad.

En los inicios y durante mucho tiempo el servicio estuvo dedicado casi exclusivamente a pacientes con tuberculosis. El servicio era "Tisiología" y se realizaban broncoscopías. En el año 1994 se cerró la Sección luego de que los profesionales del área fueron solicitando retiros voluntarios, jubilaciones y licencias médicas prolongadas.

En ese mismo año los actuales jefes refieren haber trabajado para ampliar la estructura restante, casi inexistente, y adecuarla a la realidad de la medicina moderna con discernimientos funcionales y amplitud de criterios.

El recurso humano del área se compone de cuatro médicos neumonólogos, incluido el jefe. No se forman residentes ni concurrentes.

Desde 2013 hasta la actualidad, no cuentan con personal de enfermería ni administrativo.

El servicio no recibe pacientes por demanda espontánea. En general son derivados por la Guardia o los consultorios externos de Clínica Médica. En

general concurren al servicio con la placa de tórax que le fue indicada por el derivante, en la que se hallaron imágenes radiológicas compatibles con TBC.

En el servicio refieren dificultades con los pacientes derivados de la Guardia, ya que habitualmente no registran correctamente los datos que permiten contactar al paciente.

En cuanto a la articulación con los servicios de diagnóstico, tienen muy buena respuesta del servicio de bacteriología que entrega los resultados de baciloscopías dentro de las 24 hs.

También es buena la relación con el Servicio Social, con quienes se vinculan desde el momento del diagnóstico y colaboran en contactar a los pacientes que no concurren a las consultas programadas. Lo hacen a través de llamados telefónicos o dirigiéndose al domicilio. Además intervienen en la derivación de pacientes de otras jurisdicciones o áreas programáticas.

Otros servicios como pediatría e infectología tratan pacientes con TBC; neumotisiología no recibe esas notificaciones e ignoran cómo y a quién envían la información.

Los pacientes con diagnóstico de multi-resistencia se derivan para su tratamiento al Hospital Muñiz

Los Centros de Salud notifican nuevos casos de TBC a través del Hospital al cual pertenecen. Desde hace unos años el centro de salud N° 5 perteneciente al Hospital Santojanni, lo hace de manera independiente por decisión de la Red de Tuberculosis.

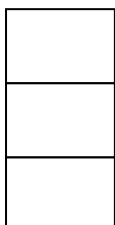
El Servicio de Neumonología tiene por regla extender una orden indicando el cultivo de muestras de todos los pacientes que son testeados. En el Laboratorio se define según criterios normativos emanados de la Red, en qué casos se debería cultivar y en cuáles casos no. El jefe de servicio no coincide con esta normativa y desde su perspectiva son muchos los beneficios que traería el cultivo de todas las muestras.

El servicio solicita la medicación mensualmente. Farmacia hace dos pedidos: uno con la cantidad que estiman van a necesitar para un mes de tratamiento de los pacientes bajo programa y para nuevos casos. Otro pedido es para los pacientes que están internados y otras áreas del hospital. Lo realizan por correo interno y un móvil lo retira del Hospital Muñiz.

Los pacientes bajo programa de TBC asisten al servicio cada 10 o 15 días. Retiran la medicación, reciben control médico, de laboratorio, radiológico y bacteriológico, según corresponda. Las drogas se encuentran acopiadas en el servicio y allí se las dispensan.

En la Farmacia del hospital existe un libro de TBC que tiene normas escritas pero que actualmente se encuentra en desuso debido a que el servicio no cuenta desde 2013 con la enfermera responsable de completarlo. En ese libro registraban todos los pacientes en tratamiento diagnosticados con TBC, a los efectos de controlar la entrega de medicación y que se realizara la notificación del caso a los organismos responsables.

Desde el año 1998 no disponen de tarjetas de tratamiento provistas por el Programa de Control Tuberculosis. En su lugar, utilizan fotocopias de la que



históricamente se utilizaba y desconocen si se ha modificado o actualizado. La que están usando, entienden, les es de mucha utilidad, completa y práctica.

También cuentan con un registro propio en donde toman nota del nombre y apellido del paciente, edad, localidad, número de HC interno del servicio, lugar de derivación y tipo de alta.

Adicionalmente a la notificación mensual a la Red de TBC, el Servicio informa al área de Promoción y Protección de la Salud del hospital, ya que son los encargados de informar al Ministerio de Salud la Nación.

En el año 2014 participaron en dos reuniones de la Red ya que han tenido que privilegiar la consulta y no cuentan con recurso humano suficiente para atender ambas cuestiones.

El espacio físico del servicio es insuficiente. Cuentan con dos consultorios, uno de ellos tabicado, para asistir a toda la población neumonológica que puede ir desde un paciente bacilífero a una mujer asmática embarazada.

Frecuentemente no funciona la aspiración y recambio de aire de los consultorios, obligatorio para la atención de patologías como la TBC. Esta situación incrementa el riesgo de contagio de los profesionales que trabajan en este espacio.

Falta de personal administrativo y de enfermería.

Indican que frecuentemente otras áreas del hospital reportan los datos filiatorios de los casos sospechosos con errores, lo que determina que sea imposible el contacto.

B.2. Laboratorio

El Laboratorio del Hospital Santojanni constituye una División, de la que dependen tres secciones. Las pruebas diagnósticas para detección de TBC se efectúan en la Sección de Microbiología.

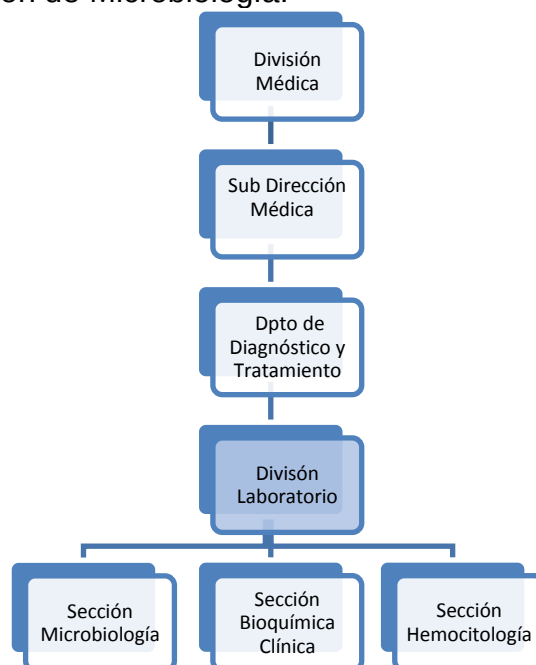
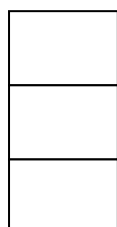


Gráfico 17 Organigrama del Laboratorio Hospital Santojanni



- Microbiología, que incluye a los sectores de: Bacteriología de Gérmenes Comunes, Bacteriología TBC, Parasitología, Micología, Virología y Área Serología Infecciosa.
- Bioquímica Clínica que incluye Química Clínica, Proteínas, Endocrinología y Autoinmunidad.
- Hemocitología que incluye Hemostasia y Hematología.

Todos los sectores descriptos no constituyen Unidades formalizadas.

Cuentan con el equipamiento necesario para realizar con eficiencia su tarea. Si bien los equipos no tienen mantenimiento preventivo, el correctivo funciona de manera eficaz, sin producirse demoras cuando se requiere una reparación.

La sección Microbiología está a cargo de una bioquímica de planta designada por concurso interno desde el año 2009.

El horario de atención de Bacteriología es de 7 a 19 hs. Las muestras se reciben de lunes a viernes hasta las 17 hs. Los sábados cuentan con un bioquímico de guardia de 12 hs. y las muestras se reciben de 8 a 18 hs. Con esta oferta se pueden satisfacer las necesidades de todas las áreas del hospital y los centros periféricos.

El recurso humano se compone de cinco bioquímicas de planta, de las cuales dos están asignadas al trabajo diario de bacteriología TBC.

En Microbiología no cuentan con personal administrativo, por lo que los técnicos realizan esa tarea después de finalizado el horario de extracciones que se extiende hasta las 10 hs.

Seis técnicos en laboratorio se abocan a distintas funciones del área y una de ellas brinda apoyo al bioquímico de guardia de los sábados. También se comparte una técnica con el Hospital Cecilia Grierson.

Los siete técnicos se encargan y están capacitados de todas las tareas de bacteriología.

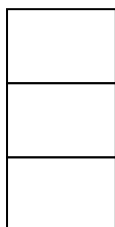
La recepción de muestras de bacteriología es por demanda espontánea. Se reciben muestras de Internación, de Guardia, de Consultorios Externos y de Centros de Salud. Los CeSACs del área son siete: N°3, N°4, N°5, N°7, N°28, N°29, N°3. También reciben material del Centro Integral Cecilia Grierson.

Los CeSACs envían las muestras tres veces por semana, por medio de la empresa concesionaria del servicio (RH+). El Centro Integral Cecilia Grierson puede enviar muestras todos los días porque lo hace a través del SAME.

En casos de urgencia, los pacientes de los CeSACs deben acudir al laboratorio del hospital.

Las baciloscopías se efectúan en el día en que se reciben las muestras, se informan los resultados a partir de las 11:30 hs. en el hall del laboratorio y, se entregan informes parciales a los profesionales del hospital de todas las muestras que están en proceso. Para cubrir las necesidades de algunos profesionales se envían resultados por teléfono, correo electrónico o sistema informático Nextlab (CeSACs)

Si el paciente es de Consultorios Externos, el resultado de la baciloscopía se retira al día siguiente o el día de la próxima consulta médica, según su conveniencia.



En la solicitud de estudios constan los datos personales del paciente lo que permite contactarlo en casos en que se produzca algún inconveniente o no se presente a retirar el resultado cuando es positivo. Un agente del Laboratorio contacta al paciente, al Servicio solicitante o recurre a las asistentes sociales del hospital.

Los informes se imprimen a demanda cuando los solicita el paciente.

Los registros se consignan en una carpeta de TBC las solicitudes de baciloscopías, resultados parciales y totales de los estudios y en otra las órdenes y resultados de Cultivos Respiratorios que se enviaron al laboratorio de referencia (Hospital Piñero).

El laboratorio del hospital Piñero envía por correo interno los resultados de los cultivos, lo que enlentece las posibilidades de respuesta. Se está trabajando para implementarlo a través de un PDF, pero eso está en proceso. Por el momento, lo urgente se lo solicita por teléfono o por mail.

Las profesionales de Bacteriología dedicados a TBC participan de los ateneos propuestos por los servicios de Neumotisiología e Infectología. Existe buena relación entre los tres servicios, y se definen metodologías de trabajo con el objetivo de mejorar el proceso asistencial.

Desde 2009 referentes de laboratorio de los hospitales se reúnen en el Hospital Piñero, porque se trata de un centro de referencia y derivación de muestras, conformando la Red de Atención de la TBC.

La primera acción encarada por este grupo fue la generación de una planilla para solicitud de exámenes bacteriológicos en la que constan los datos del paciente, la solicitud de baciloscopía, la solicitud de cultivo y la solicitud de prueba de sensibilidad y además, las indicaciones precisas en que caso efectuar los distintos estudios.

Se distribuyen estas planillas entre los médicos y se informa la importancia de que la completen correctamente para remitir su estudio de cultivo al laboratorio del hospital Piñero.

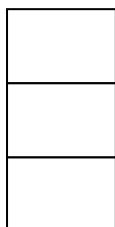
El laboratorio de bacteriología recibe la planilla que remite el médico; fotocopia y acompaña el material que envía al laboratorio del hospital Piñero con ella. Archiva el original al que adhiere copia del resultado del cultivo que envía el hospital Piñero.

Desde el año 2014, se cuenta con el sistema de gestión de laboratorio omega y se ingresan todos los datos de las planillas en el Epicenter, y la notificación al Programa Nacional se hace a través del SIVILA y al Programa de la Red de la CABA mensualmente.

En lo referente a capacitación específica, todos los meses comparten información específica en la reunión de la Red de TBC. Se tratan actualizaciones, problemáticas de cada hospital y se proyectan trabajos en conjunto. La bioquímica de planta asignada a bacteriología TBC es la encargada de suministrar esa información.

En marzo el servicio asiste a la Jornada por el día mundial de la Tuberculosis organizada por Instituto Vacarezza, Hospital Muñiz.

En septiembre se realizan las Jornadas Científicas de Programa de TBC organizadas por la CABA.



B.3. Servicio Social

Esta área conforma una División, cuya jefatura se encuentra a cargo de una profesional sin designación formal, que reemplaza a la anterior jefa desde marzo de 2016 momento en que se jubiló. A la fecha de las tareas de campo el cargo no había sido concursado.

El recurso humano se completa con dos jefas de sección y 17 profesionales, 2 de las cuales además de efectuar las tareas habituales del servicio, se encuentran afectadas al programa de Tuberculosis desde el año 2011.

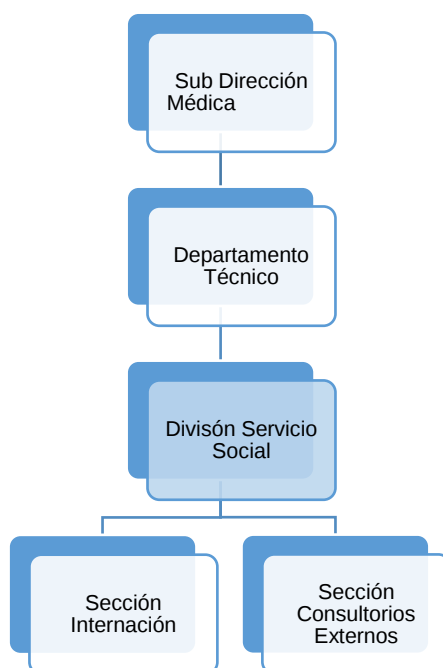


Gráfico 18 Organigrama de la División Servicio Social del Hospital Santojanni

Cuentan con la expresión formal de sus misiones y funciones del área:

- Desarrollar acciones de salud en la comunidad en articulación con los Centros de Salud del Área Programática del hospital base. Durante el 2014 se realizaron acciones de referencia y contra referencia por la situación de distintos pacientes con los efectores.
- Propiciar reuniones técnicas en el hospital en el que participen los representantes de los centros de salud y los distintos servicios involucrados del establecimiento. Las trabajadoras sociales concurren al servicio de neumología, o se reúnen con distintos profesionales del hospital cuando la problemática del paciente lo amerita.
- Coordinar estrategias de intervención intrahospitalarias.
- Promover la capacitación e investigación en el tema
- Articular acciones con el Programa de TBC a nivel central, por lo cual participan en las reuniones de la Red de TBC de trabajadoras sociales.

- Participar en redes de trabajo interinstitucionales.

En cuanto a pacientes con TBC, se reciben solicitudes de intervención por requerimientos médicos (de Internación y de Consultorios Externos) por demanda espontánea y por derivaciones de otros hospitales y CeSACs.

En general las interconsultas con pacientes internados demandan asesoramiento para continuar el tratamiento después del alta, por estudios de contacto o por derivación. En este último caso, se intenta que el paciente concurra al lugar más próximo a su domicilio, debido a las características de frecuencia del tratamiento.

Las trabajadoras sociales se ocupan de gestionar el turno y se confirma en forma telefónica que se haya concretado la primera entrevista. Luego de la derivación a otro efector, no se continúa en contacto con el paciente, salvo que se acerque espontáneamente. Esta modalidad de derivaciones asistidas, en ocasiones presenta dificultades debido a que frecuentemente el paciente llega al servicio al momento del egreso (alta de internación) y no se cuenta con tiempo suficiente para gestionar los turnos en el efector de destino.

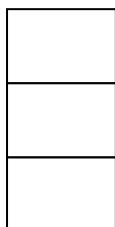
Por cada paciente bajo programa se elaboran una historia social (donde se consignan datos personales, laborales, de seguridad social, del grupo familiar y/o conviviente y de vivienda) y un informe social (instrumento documental que elabora y firma el profesional, cuyo contenido se deriva de la entrevista, donde queda reflejada la situación socio- económica, familiar y sanitaria del paciente). En el 2015 se comenzó a elaborar una Historia Social específica para el tratamiento de TBC, en la cual se incluyen los estudios de contacto.

En la primera entrevista (de orientación) se informa acerca de la enfermedad y la importancia del tratamiento. Cuentan con un rotafolio³⁶ y material gráfico de soporte, para facilitar la comprensión del paciente. Contiene los siguientes temas explicativos: Tuberculosis, Agente causal, Transmisión de la enfermedad, Infectado/ enfermo, factores que aumentan el riesgo de enfermar, síntomas, diagnóstico, tratamiento, controles que se realizan durante el tratamiento, importancia de cumplir con el tratamiento, contagio, medidas preventivas, vacuna BCG, cura de la tuberculosis. El objetivo es fortalecer la adherencia al tratamiento. El paciente concurre al servicio social al comienzo del tratamiento y luego una vez por mes, o cuando lo demande; actualizándose las distintas intervenciones en la historia social. El Servicio de Neumonología se ocupa del seguimiento del paciente pero en caso de que no concurra a la consulta, se comunica con las trabajadoras sociales para que retomen el contacto.

Las historias sociales se archivan por grupo etéreo (adultos y pediátrico). En el archivo de adultos se conservan las de los que se encuentran en tratamiento y los que fueron derivados.

Estadísticas: las profesionales afectadas a TBC confeccionan una planilla anual de carácter interno de todos los pacientes asistidos bajo programa. Las prácticas individuales se llevan en el registro de prestaciones diarias de Servicio Social al paciente. Las actividades grupales se vuelcan en el registro confeccionado para

³⁶ Un rotafolio, o papelógrafo, es un instrumento usado para la presentación de información en hojas grandes de papel, típicamente del formato A1. Consiste normalmente de un pizarrón blanco montado en un caballete, y sobre el cual se fija un bloc de papel, sujeto al caballete/pizarrón con argollas, cintas o tachuelas.



tal fin. Las jefas del servicio llevan a cabo el registro general de todas las prestaciones individuales y grupales, en la planilla que confecciona dicho servicio; sin diferenciarse las intervenciones sociales por TBC, de las del resto de los programas. En el Departamento de Estadística informatizan esos datos y los elevan al Ministerio de Salud.

Existe una red de trabajo social (de carácter informal) afectada a TBC, cuyo objetivo es generar un espacio de encuentro de trabajadoras sociales de los distintos efectores del Ministerio de Salud del GCBA relacionados con la promoción, prevención atención y tratamiento de tuberculosis a fin de repensar la práctica cotidiana y unificar criterios de intervención para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por TBC.

Los agentes se reúnen una vez por mes en el Hospital Muñiz o en el Instituto Vacarezza y la participación es voluntaria. Realizan un diagnóstico de situación y puesta en común de las distintas modalidades de trabajo y abordaje. Las reuniones son documentadas en un libro de actas, el cual se encuentra bajo responsabilidad de la profesional que participa en representación del Hospital Vacarezza.

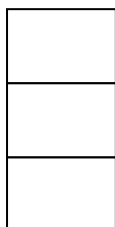
Por las características de la enfermedad y su tratamiento algunos pacientes están impedidos de trabajar; esta situación incide negativamente en la adherencia al tratamiento. Por ese motivo, las trabajadoras sociales de la Red presentaron un proyecto de ley TBC a la Legislatura CABA en abril 2013, destinado a asegurar la protección socio-económica del paciente afectado de tuberculosis, la continuidad de su tratamiento y cualquier otro tipo de riesgo proveniente de dicha enfermedad. Este proyecto fue presentado al Presidente de la Comisión de Salud, a fin de ser aceptado para su tratamiento, pero no fue aprobado.

En el Servicio Social han tenido lugar ateneos internos desde el año 2009 a la actualidad, en los cuales las trabajadoras sociales del Programa de TBC han socializado actualizaciones, prácticas de prevención y estrategias de intervención del equipo de salud, aunque durante el 2014 ninguno ha sido específico sobre esta temática.

A nivel interinstitucional, el día 20 de Octubre de 2014 participaron del “Segundo Encuentro de la Red de Trabajador@s Sociales en Tuberculosis (sic). Reflexiones de la Intersectorialidad en torno a la Tuberculosis” en el Hospital Piñero. El producto de esta reflexión conjunta fue expuesto por la referente del Programa de Tuberculosis del hospital en el marco del Curso “Construyendo redes para el trabajo en salud”, organizado por el Área de Humanidades del Hospital Santojanni, con fecha 29 de Octubre de 2014.

Las profesionales del área indican que la capacitación es voluntaria consideran que serían necesarias más instancias de ese tipo.

Desde el Servicio Social tienen como proyecto generar ateneos regulares con todos los profesionales que intervienen en la derivación y diagnóstico de TBC, tanto de la sala de internación como de consultorios externos, a fin de elaborar un protocolo de intervención de carácter interno. Esta herramienta favorecería la detección oportuna, adherencia al tratamiento y comunicación al interior del



equipo y con el resto de los profesionales involucrados, y por lo tanto, la calidad en la atención de la población destinataria.

B.4. Unidad de Infectología

En el año 2014 la especialidad de Infectología se desarrollaba como grupo de trabajo dentro del Departamento de Medicina Interna, en 2015 se concursó la Jefatura de Unidad actual.

Esta Unidad atiende únicamente a pacientes internados con TBC, si es que están bajo Programa de HIV. La notificación del caso al Ministerio de Salud de la Ciudad se efectúa a través del servicio de Neumotisiología, al que se le envían los datos por medio de un formulario. Si un paciente internado presenta sospecha de TBC lo atiende Infectología. Se testea y si se confirma, se lo deriva a Neumonología que lo ingresa como paciente bajo Programa.

También se registran los pacientes detectados en la página web del Ministerio de Salud de la Nación en donde se deja constancia el tipo de tratamiento y de medicamentos asignado.

Los pacientes de la Unidad retiran la medicación para HIV y TBC con la receta médica y la indicación del infectólogo en la farmacia del hospital.

La Infectología en pacientes pediátricos es coordinada informalmente por una infectóloga pediatra en el sector Materno Infantil. Atiende a pacientes hasta los 15 años, exclusivamente con sospecha o diagnóstico de TBC. Los días de atención son los miércoles a la mañana en el Hospital de Día de Pediatría. Cualquier paciente menor que acuda a la consulta, se le brinda asistencia, sin turno.

Los menores con TBC pueden ser derivados desde Internación, Neumotisiología (con padres o familiares convivientes con TBC), Consultorios Externos de Pediatría, de los CeSAC y del Hospital Grierson.

En el área intervienen 2 trabajadoras sociales.

Desde el año 2000 la farmacia dispensa la medicación con la orden médica firmada por cualquier pediatra infectólogo.

En el período auditado el pedido de medicación se realizaba a través de Neumotisiología. Desde Mayo de 2016 la Unidad de Infectología presenta el pedido de medicación a Farmacia. Se lleva registro de pacientes en planilla de Excel con cálculo del tratamiento requerido en unidades de drogas/ jarabe.

Al inicio del tratamiento se entrega medicación para cubrir 15 días, luego para un mes. Sólo en situaciones especiales (fallas en la adherencia al tratamiento) se utiliza el dispositivo de hospital de día, para entrega diaria. No es habitual la internación de menores. El tratamiento es fácil, gratuito y accesible. En pediatría no han ocurrido casos de multirresistencia desde el año 2000.

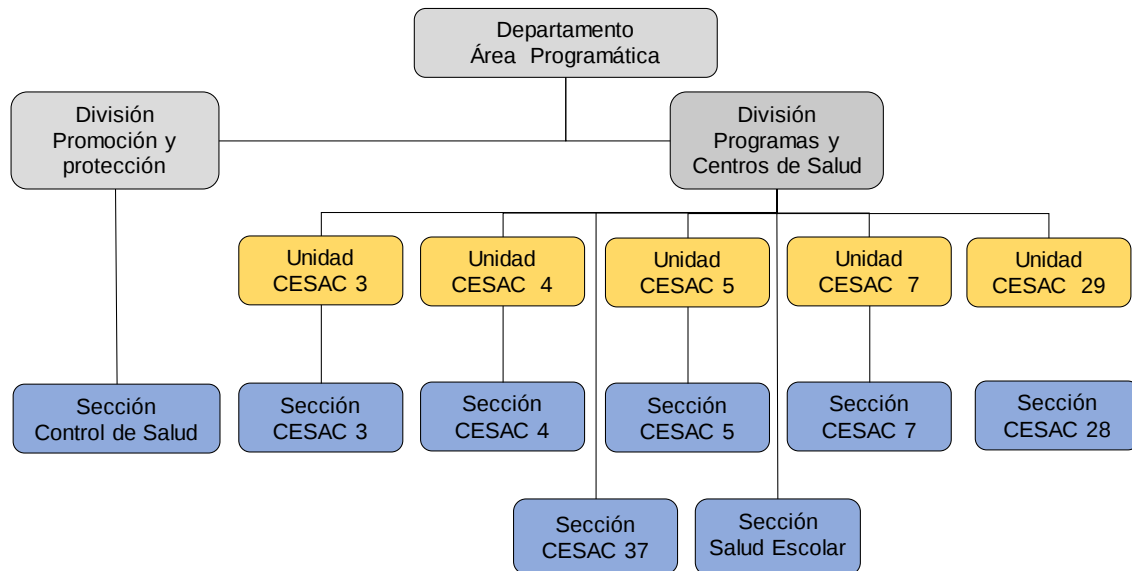
No pueden poner a disposición registros del 2014 porque el área sufrió una mudanza, ordenada por la Dirección del hospital en mayo del 2016. Debido a este cambio tienen también dificultades con el espacio físico de los consultorios y no cuentan con lugar de archivo de la documentación. Tampoco tienen acceso a Internet ni cuentan con una línea telefónica directa.

SNVS: hasta junio del 2016 se elevaba la ficha completa a Neumotisiología. A partir de dicha fecha la ficha se entrega en Promoción y Protección de la Salud y

a Neumotisiología se le envían los datos filiatorios del paciente (nombre y apellido, documento y domicilio) para la carga a la planilla de Excel a la Red.

B.5. Departamento de Área Programática. División Promoción y Protección de la Salud.

El Jefe de Departamento del Área Programática se encuentra en su cargo desde el año 2008.



De los siete CeSACs que dependen del Departamento, dos que están abocados a Salud Escolar (los Centros N° 28 y 37). Cuando se detecta de un caso de TBC en un establecimiento escolar del área, se inicia un estudio de foco, es decir, concurren profesionales a dar una charla instructiva en el colegio; prescribir estudios (que se efectúan en los diferentes efectores del área) y solicitar por nota la medicación a farmacia, que se entrega en el CeSAC.

El Área Programática posee un móvil que una vez por mes retira la medicación de la Red y lo distribuye al hospital y centros de salud.

Los datos de los centros de salud son recopilados la referente de la Red de TBC del CeSAC N°5.

No existen instancias de capacitación obligatoria. Una vez al año los profesionales asisten a una jornada en la Red de TBC.

División Promoción y Protección de la Salud

El área depende del Departamento Área Programática y tiene definidas sus funciones:

- Otorgar la libreta sanitaria laboral
- Prenupciales
- Denuncias Epidemiológicas (entre ellas la TBC).

El sector recibe las fotocopias de las denuncias que el servicio de Neumonología envía a la Red de TBC, y lo eleva al SVNS.

No se efectúan controles sobre las denuncias recibidas, ni queda registrado el recibido de las copias. Conservan en una carpeta una fotocopia y otra se envía mensualmente con el resto de las denuncias epidemiológicas al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación (además de la carga on line al SNVS)

El servicio de Neumonología se encarga de los estudios de foco de pacientes detectados en el hospital, a excepción de los casos detectados en escuelas, de los que se encarga el Programa de Salud Escolar.

No se realizan controles periódicos de Salud al personal que se desempeña en el hospital. Solo se realizan controles periódicos de vacunación.

Si se detecta la enfermedad en personal de salud del hospital, se solicita la nómina de contactos laborales y se realiza el control desde esta sección. El protocolo indica la cita individual de todos los contactos laborales, examen clínico, radiografía de tórax y PPD.

B.6. División Farmacia

En la División Farmacia se desempeña una farmacéutica encargada del pedido y la recepción de medicación de TBC, y su provisión al servicio de Neumotisiología y a la Guardia.

La medicación de TBC se solicita a la Red mensualmente vía mail. Para efectuar el pedido, el área de Neumotisiología envía una planilla con detalle de nombre y apellido de los pacientes ambulatorios que reciben tratamiento y se estiman los requeridos para los pacientes atendidos por Infectología adultos y niños, a través de datos de mes anterior. Con el mismo método se realiza el pedido para pacientes internados.

El Programa HIV SIDA suministra la medicación de TBC sólo en casos de multirresistencia; los pacientes coinfectados reciben medicación de la red TBC.

Una vez recibida de la Red la medicación, se entrega el pedido mensual al Servicio de Neumotisiología, el resto se acopia en el sector de comprimidos y se dispensa a pacientes con receta (que ser archiva) de los servicios de Infectología de adultos y pediátricos.

Para pacientes internados, la medicación se solicita en las planillas de medicación de la Sala, con firma del jefe del servicio.

En Farmacia se encuentra un Libro iniciado en el año 1999 donde el servicio de Neumotisiología registraba el nombre de los pacientes internados. Desde el año 2012 por falta de la persona que se encargaba de dicha tarea se reemplazó por una notificación telefónica, hasta que al poco tiempo se discontinuó.

El Libro foliado se inicia³⁷ con un instructivo escrito por los responsables de Neumotisiología y Farmacia de ese momento, en donde se indica que se registrarán los pacientes denunciados como enfermos de TBC y por lo tanto en tratamiento y que sólo se deberá dispensar medicación a esos pacientes, con receta confeccionada y firmada por alguno de los profesionales detallados (dos de Clínica Médica, tres de Infectología y tres de Pediatría).

³⁷ De fecha 07-06-1999

Además indica que en casos de urgencia, días y horarios no laborables, y hasta tanto no se efectúe la correspondiente denuncia, se podrá entregar medicación TBC, con receta firmada de médico interno y que todas las recetas deberán ser archivadas y posteriormente ser entregadas al Servicio de Neumotisiología. Finaliza con la rúbrica de los dos jefes de área.

B.7. CeSAC N°5

El Centro de Salud N°5 se encuentra ubicado en la Av. Piedrabuena 3150 en el límite entre los barrios de Mataderos y Lugano, que pertenece al Área Programática del Hospital Santojanni. El horario de atención es de 8 a 16 hs. Se ha designado una profesional como Coordinadora del Programa de TBC del CeSAC N° 5 y referente del CeSAC N° 29.

La Red de TBC tiene una Coordinación (con sede en el Hospital Muñiz). Del jefe de la Red dependen los jefes de Neumotisiología de cada hospital, a su vez los responsables del Programa de TBC de los Centros de Salud están subordinados a los jefes de Neumotisiología del hospital al cual pertenece cada centro. La coordinadora del grupo de TBC manifiesta que en el Cesac N° 5 la situación es atípica debido a que durante muchos años el jefe del servicio de Neumotisiología del Hospital Santojanni, no concurrió a las reuniones de la Red, hasta el inicio de esta auditoría de la AGCBA, por lo tanto no contaban con referente para el CeSAC. Esto también fue informado por el coordinador de la Red

En el año 1985 (a partir de un caso de meningitis tuberculosa en la Villa 15) se pusieron en marcha actividades de control de TBC, dado que desde la epidemiología, la aparición de casos de meningitis tuberculosa indica la existencia de casos bacilíferos en la comunidad. Al año siguiente, se puso en funcionamiento en el CeSAC N° 5 el Programa de Control de TBC.

La tuberculosis es una enfermedad de poblaciones urbanas en situación de hacinamiento con necesidades básicas insatisfechas en las periferias pobres de la ciudad. El Hospital Santojanni con su área programática y seis centros de salud, abarca poblaciones con esas características (Villa 15, Barrio Piedra Buena, Villa Inta, Barrio Carlos Mugica, Barrio Pirelli). Los profesionales del equipo de TBC del Cesac N° 5 han mantenido reuniones oficiales con los responsables del Área Programática para informarles que el Hospital Santojanni derivaba a los pacientes con diagnóstico presuntivo de TBC a los hospitales Muñiz o Piñero.

El equipo de TBC está conformado por dos médicas clínicas y una médica pediatra. No cuentan con enfermera destinada al Programa ni trabajadora social. Sería necesario contar con una enfermera exclusiva para TBC, para establecer una relación personal con cada paciente, lo que favorecería la adherencia al tratamiento además de detectar efectos adversos y disminuir el número de abandonos.

El tratamiento se extiende como mínimo de 6 a 8 meses, la medicación se toma a diario y en este centro médico se favorecen los tratamientos supervisados (los pacientes concurren sin turno, de lunes a viernes en el horario de atención del Centro, a tomar la medicación que le administra la enfermera). Los sábados,

domingos y feriados el paciente toma la medicación en su casa, que retira el día anterior, comprometiendo algún familiar para la supervisión.

Los pacientes pueden ingresar al Programa derivados por otro efector (con diagnóstico y formulario de derivación), por ser pacientes que demandan atención en clínica médica, medicina familiar o pediatría, por detección de las trabajadoras sociales que hacen trabajos comunitarios en los barrios o pueden ser detectados incluso en el área de administración de turnos por el personal administrativo o de seguridad (que conocen la sintomatología que presentan los pacientes con TBC).

En este centro médico los profesionales se encuentran alertas y la búsqueda de casos es activa, aprovechando cualquier punto de contacto con el paciente. En pediatría, por ejemplo, se ha estandarizado un cuestionario que se aplica en todas las consultas y apunta a la detección de nuevos casos en pacientes que ignoran la posibilidad de estar infectados.

Reciben información de los hospitales Álvarez y Piñero cuando un paciente del área es detectado y no concurre a recibir atención; los profesionales del CeSAC realizan visitas domiciliarias en esos casos.

Existe un protocolo establecido para el diagnóstico de adultos (examen clínico, placa de tórax y entrega frascos para recolección de esputo) y de niños (se aplica la PPD, se efectúa la placa de tórax y en caso de requerir lavados gástricos se realizan en hospitales pediátricos).

Si un paciente de pediatría requiere internación por TBC, se lo deriva al Hospital Elizalde, por un acuerdo entre la coordinadora y la jefa de la Unidad CEM 3. La medicación es provista por la Red, la coordinadora efectúa el pedido por correo electrónico (para los CeSAC N°5 y N°29) y en forma personal retira del Hospital Muñiz.

La notificación, hasta el año 2015, se realizaba vía mail o personalmente en las reuniones de la Red. A partir del 2016, la Red elaboró un programa de notificación en planilla Excel.

En el CeSAC llevan una Carpeta ordenada alfabéticamente de todos los pacientes en tratamiento.

En el año 2014 se atendieron en el CeSAC N°5, 16 pacientes con TBC: 5 notificados en el centro médico y 11 derivados de otros efectores³⁸.

³⁸ Derivante	Cantidad de pacientes
Hospital Piñero	1
Hospital Santojanni	1
Hospital Muñiz	6
Sanatorio Güemes	1
Hospital Álvarez	1
Hospital Ramos Mejía	1

VI PROCEDIMIENTOS

1) **Sobre traslado de muestras de laboratorio**

- 2) Se elaboró un cuestionario, con el objetivo de verificar si la empresa encargada del retiro y distribución de muestras de laboratorio cumplía con las condiciones exigidas por las normas de conservación de material biológico.

Desde el año 2014 efectúa la recolección de muestras para TBC un medio tercerizado, por licitación central.

La firma RH+ es la adjudicataria de la zona sur de la Ciudad considerando la Av. Rivadavia como límite norte-sur.

La empresa recoge las muestras de dos Centros de Salud por día (total 10 para el Hospital Piñero y 5 del hospital Santojanni). Las urgencias se derivan a los laboratorios de los hospitales.

El cuestionario se aplicó en el hospital que deriva muestras y en un Centro de Salud de cada área:

1. Laboratorio Central de Hospital Piñero- Bacteriología
2. Laboratorio Central de Hospital Santojanni
3. CeSAC N° 5 de área programática de Hospital Santojanni
4. CeSAC N° 40 de área programática de Hospital Piñero

La Sección de Bacteriología del Laboratorio Central de Hospital Piñero, recibe muestras para cultivos y pruebas de sensibilidad para TBC de los laboratorios centrales de los hospitales Santojanni, Penna, Ramos Mejía, Ferrer, Udaondo y Maternidad Sardá, debido a que es el referente en TBC de la zona.

Las muestras trasladadas por la empresa RH+ Se reciben correctamente, en tiempo y forma.

Las órdenes médicas se archivan en una carpeta todos los formularios de solicitud de traslado de las muestras en forma cronológica.

El Laboratorio Central de Hospital Santojanni recibe muestras para las baciloscopías de los CeSAC de su Área Programática, y envía muestras para cultivo y pruebas de sensibilidad de TBC al Laboratorio Central de Hospital Piñero.

Las muestras que se remiten al Laboratorio del Hospital Piñero se envían en frasco o tubo estéril dentro de una bolsa plástica con fotocopia de orden de laboratorio de cada muestra individual, y a su vez todas las muestras en una bolsa grande. Son colocadas en caja de transporte (de protección) que provee la empresa RH+, con hoja de ruta (muestras identificadas por N° de orden). RH+ retira los martes las muestras, que se conservan en heladera en condiciones óptimas de almacenamiento.

El CeSAC N° 5 envía al Laboratorio Central de Hospital Santojanni las muestras en dos frascos plásticos estériles por paciente, con su respectiva orden médica,

que a su vez se ubican en cajas compartimentalizadas en la heladera de transporte provista por RH+. La empresa retira muestras los días lunes, miércoles y viernes. El centro de salud cuenta con una heladera para la conservación de las muestras.

El CeSAC N° 40, no remite muestras ya que se encuentra ubicado a 6 cuadras del hospital Piñero, por lo que deriva a los pacientes a la guardia de bacteriología (que funciona las 24 hs).

Sin observaciones que efectuar, la Empresa RH+ cumple con las normas establecidas para el traslado de muestras de laboratorio.

3) Sobre detección, notificación y tratamiento de casos

Descripción

El procedimiento fue diseñado para evaluar dos aspectos, uno de eficacia y otro de efectividad en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con TBC en los hospitales Piñero y Santojanni (y sus Áreas Programáticas).

El primero (eficacia) consiste en verificar que cada paciente que obtuvo un resultado de laboratorio positivo para TBC fuera notificado a la Red, en cumplimiento de la normativa que la incluye como enfermedad de notificación obligatoria. Para hacerlo, se cruzaron:

- 1- listado entregado por laboratorio (total de pacientes TBC positivos por baciloscopía y cultivo de 2014)
- 2- listado entregado por la Red de TBC (total de pacientes detectados en la Ciudad en 2014)

El segundo (efectividad) consiste en verificar que todos los pacientes detectados hubieran recibido tratamiento. Para esto se relevaron las fichas que se inician de manera obligatoria para registrar cada tratamiento desde el comienzo hasta el alta (en cualquiera de sus formas: curación, abandono, derivación o fallecimiento).

Si un paciente con resultado positivo hubiese sido detectado en el laboratorio del hospital pero su domicilio no correspondiese al área programática, debería ser derivado, por lo que no existiría ficha de tratamiento pero sí, una orden de derivación y el registro de la intervención del Servicio Social.

Conformación de las bases de datos

Para verificar la eficacia en las notificaciones, se utilizó el listado de resultados positivos registrados por los laboratorios de ambos hospitales y se verificó que coincidieran con las notificaciones recibidas por la Red de TBC. Para ello, se seleccionó en la base de datos de la Red, los nuevos casos ocurridos en 2014 en los hospitales Piñero y Santojanni.

Para verificar la efectividad en los tratamientos, se solicitaron las fichas de los pacientes bajo Programa.

En cuanto a la intervención del Servicio Social, se solicitaron historias sociales de pacientes que fueron derivados, abandonaron el tratamiento o presentaron alguna característica que requiriera la intervención de dicho Servicio.

Resultados por hospital

A- Hospital Piñero

Se compararon de los 186 pacientes **del listado de la Red de TBC** del Hospital Piñero con distinta información entregada por el efector.

a. Notificaciones a la Red de TBC, según origen de la muestra

Hospital Piñero casos totales según Red de TBC		186
Detección en hospital		119
Detección en CeSAC		67

Tabla 20 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

El 64% de las muestras provenían de Servicios del Hospital, el resto fue atendido en efectores descentralizados del Área Programática.

b. Laboratorio

Se solicitó al **Laboratorio Central** que entregara el listado de pacientes a los que se les había detectado TBC, por método directo (baciloscopía) y por cultivo. Entregó una lista con **156** pacientes en esa condición.

Los pacientes con resultado positivo a TBC, según la información de Laboratorio fueron:

Casos positivos según Laboratorio Hospital Piñero	156	%
Notificados a la Red por el hospital Piñero	141	90%
Notificados a la Red por otro hospital	6	4%
No notificados a la Red	9	6%

Tabla 21 Cruce de datos del Laboratorio con la Red de TBC. Elaboración propia

El Laboratorio informa solamente un paciente pediátrico, mientras que el Servicio de Pediatría informa haber atendido 46 pacientes. Esta diferencia puede deberse a que todos esos niños fuesen contactos de pacientes adultos en tratamiento a los que se le diagnosticó la enfermedad por método clínico o bien puede tratarse de un error en la recuperación del registro por parte del Laboratorio. No obstante,

estas diferencias no constituyen una observación porque todos esos pacientes fueron debidamente notificados a la Red.

En cambio, el dato observable es el 10% de pacientes que fueron notificados por otro efector o no lo fueron por ninguno.

La mayoría de los pacientes que fueron notificados por otro efector (4%), lo hicieron con fecha posterior a ser detectados en el Laboratorio del Hospital, por lo que, habiendo tenido un dato de paciente con la enfermedad, no se realizaron las acciones necesarias para tratarlo o derivarlo formalmente.

En cuanto al 6% de los pacientes positivos que no fueron notificados, no hay datos sobre su estado de salud y no hay constancia de que haya iniciado tratamiento.

Los registros de Servicio Social existentes, no dan cuenta de su intervención en estos casos.

Casos positivos notificados por otro hospital	6
Muñiz	2
Santojanni	1
Tornú	1
Penna	1
Ramos Mejía	1

Tabla 22 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

Detalle de los casos notificados por otro efector

- ✓ Los 2 pacientes que fueron notificados por el **Hospital Muñiz**: uno inició su tratamiento 2 días después y el otro 20 días después de haber sido detectados en el Laboratorio del Hospital Piñero. El primero de ellos no reside en la CABA y del segundo no consta ese dato.
- ✓ El paciente notificado por el **Hospital Santojanni** inició el tratamiento el mismo día, pero entre los pacientes atendidos por ese efector no ha sido informado a esta auditoría.
- ✓ El paciente del **Hospital Tornú**, inició el tratamiento 18 días después de haber sido detectado, es un paciente que no tiene residencia en la CABA.
- ✓ El paciente del **Hospital Penna** inició el tratamiento 15 días después, y ese efector es el correspondiente a su residencia.
- ✓ El paciente del hospital **Ramos Mejía** fue notificado a la Red 12 días antes de ser detectado por el Laboratorio del hospital Piñero.

Origen de la orden de Laboratorio, según resultado de la notificación (no hubo notificación o lo notificó otro efector)

No hubo notificación a la Red	9
CeSAC 18	3
CeSAC 20	2
Consultorio Externo	4

Origen de la orden de Laboratorio, según resultado de la notificación (no hubo notificación o lo notificó otro efector)	
Notificado por el hospital Penna	1
Consultorio Externo	1
Notificado por el hospital Santojanni	1
Consultorio Externo	1
Notificado por el hospital Muñiz	2
Consultorio Externo	1
Guardia	1
Notificado por el hospital Tornú	1
Consultorio Externo	1
Notificado por el hospital Ramos Mejía	1
Sin especificar	1
Total general de pacientes no notificados por el Hospital Piñero y detectados por su Laboratorio	15

Tabla 23 Servicio que emitió la orden de laboratorio y efector que notificó el caso. Elaboración propia con datos de la Red de TBC

Ningún caso con error en la notificación tuvo inicio en los servicios de Neumotisiología o Pediatría del hospital. Estos servicios tienen 100% de eficacia en la notificación de pacientes al Programa.

c. Servicios de Neumotisiología y de Pediatría

En el hospital Piñero, la atención de pacientes con TBC se realiza en estos servicios o en los CeSACs. Todas las otras áreas que detectan casos, una vez que se produce el diagnóstico, derivan al paciente.

El hospital entregó dos listados: uno de adolescentes y adultos (140 pacientes) y otro de pacientes pediátricos (46 pacientes). Es decir que información de la Red de TBC y los Servicios resultó coincidente.

Pacientes por grupo etáreo	186
Adolescentes y adultos (atiende NTS)	140
Niños (atiende grupo de trabajo TBC en pediatría)	46

Tabla 24 Elaboración propia. Datos entregados por el Hospital

Notificaciones a la Red	186
Casos atendidos en el hospital por NTS	119
Casos atendidos en efectores desconcentrados (CeSAC)	67

Tabla 25 Elaboración propia. Notificaciones de pacientes positivos a TBC efectuados por el Hospital, según lugar de atención. Datos entregados por el Hospital

Casos hospital	Adultos	Pediátricos	Total
Casos hospital	85	34	119
Casos CeSAC	55	12	67
Total	140	46	186

Tabla 26 Elaboración propia. Notificaciones de pacientes positivos a TBC efectuados por el Hospital, según grupo etáreo y lugar de atención. Datos entregados por el Hospital

Tratamientos

La siguiente etapa consistió en requerir las fichas de tratamiento de todos los pacientes, comenzando por los 140 adolescentes y adultos. Se verificaron la existencia de las fichas, la condición de alta de los pacientes, la constancia de derivación (de los casos que así lo hicieron) y la intervención del Servicio Social.

En el hospital se hallaron

Hospital Piñero	Adultos	Pediátricos	Total
Fichas de tratamiento requeridas	85	34	119
Fichas de tratamiento puestas a disposición	79	30	109

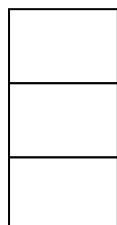
Tabla 27 Elaboración propia con datos relevados en campo

No fueron puestos a disposición por los Servicios de Neumotisiología y Pediatría el 7 y el 12% de las fichas de tratamiento, respectivamente.

A partir de estos datos se conforma la nueva base de datos de pacientes con **109 fichas** relevadas en el Hospital Piñero.

Todas las fichas de tratamiento fueron detectadas por el Laboratorio del Hospital y notificadas a la Red.

En cuanto a los pacientes de los Centros de Salud, se definió relevar las fichas de tratamiento de los pacientes del CeSAC N°40 porque es el de mayor ocurrencia de casos positivos. En ese efector se atendieron en 2014, 18 pacientes: 5 pediátricos y 13 adultos. Se solicitaron los documentos y los pusieron a disposición en su totalidad.



Análisis de las fichas de tratamiento del Hospital³⁹ Residencia

Residencia	Adultos	Pediátricos	Total general
Reside en la CABA	63	30	93
No reside en la CABA	16		16
Total general	79	30	109

Tabla 28 Elaboración propia con datos relevados en campo

Hacinamiento⁴⁰

Condición de hacinamiento del paciente con TBC	Adultos	Pediátricos	Total general
Sí	60	25	85
No	18	5	23
Sin dato	1		1
Total general	79	30	109

Tabla 29 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

El 15% (16) de los pacientes no tienen residencia en la CABA, el detalle de domicilio es el siguiente:

	Cantidad de pacientes
Hurlingham	1
Lomas de Zamora	1
La Matanza	11
Lanús	2
Merlo	1

Tabla 30 Elaboración propia con datos relevados en campo

Pacientes por área programática de residencia

Hospital de referencia del paciente por domicilio	Adultos	Pediátricos	Total general
Piñero	59	30	89
Alvarez	1		1
Ramos Mejía	1		1
Santojanni	2		2
No residentes en la CABA	16		16
Total general	79	30	109

Tabla 31 Elaboración propia con datos relevados en campo

El 18% (20) de los pacientes adultos atendidos por el efector no tienen residencia en la CABA o la tienen en otra área programática.

³⁹ sin CeSAC

⁴⁰ Dato obtenido de los registros de la Red de TBC

Nacionalidad

	Adultos	Pediátricos	Total general
Argentina	36	25	61
Boliviana	38	3	41
Paraguay	3		3
Peruana	2	1	3
Sin dato		1	1
Total general	79	30	109

Tabla 32 Elaboración propia con datos relevados en campo

Rangos etáreos

Edad de los pacientes	F	%	M	%
De 0 a 4 años	3	6%	2	3%
De 5 a 9 años	4	8%	8	13%
De 10 a 14 años	8	16%	5	8%
De 15 a 19 años	2	4%	8	13%
De 20 a 24 años	7	14%	6	10%
De 25 a 29 años	3	6%	6	10%
De 30 a 34 años	7	14%	4	7%
De 35 a 44 años	8	16%	8	13%
De 45 a 54 años	2	4%	5	8%
De 55 a 64 años	3	6%	5	8%
De 65 a 74 años	2	4%	3	5%
Total general	49		60	

Tabla 33 Elaboración propia con datos relevados en campo.

Nivel de instrucción

Mayor nivel de escolaridad alcanzado	Adultos	Pediátricos	Total general
Primaria incompleta	10	23	33
Primaria completa	32	1	33
Secundaria incompleta	16	3	19
Secundaria completa	16		16
Terciaria completa	2		2
Universitaria incompleta	1		1
Universitaria completa	1		1
Ninguna	1	3	4

Mayor nivel de escolaridad alcanzado	Adultos	Pediátricos	Total general
Total general	79	30	109

Tabla 34 Elaboración propia con datos relevados en campo

Localización

Localización de la TBC	Cantidad de pacientes
Pulmonar	75
Extra pulmonar	33
Sin dato	1
Total general	109

Tabla 35 Elaboración propia con datos relevados en campo

Motivo de consulta

	Adultos	Pediátricos	Total general
Sintomático	49	1	50
Contacto	1	28	29
Examen de salud		1	1
No Figura	29		29
Total general	79	30	109

Tabla 36 Elaboración propia con datos relevados en campo

Clasificación del caso por tipo de tratamiento

	Adultos	Pediátricos	Total general
Autoadministrado	6	11	17
Supervisado	1		1
No Figura	72	19	91
Total general	79	30	109

Tabla 37 Elaboración propia con datos relevados en campo

Clasificación del caso por tipo de finalización de tratamiento

Finalización del tratamiento	Adultos		Pediátricos		Total general
Alta	42	53%	23	77%	65
Abandono	16	20%	1	3%	17
Derivado	9	11%	3	10%	12
Fallecido	8	10%			8

Finalización del tratamiento	Adultos		Pediátricos		Total general
No Figura	4	5%	3	10%	7
Total general	79		30		109

Tabla 38 Elaboración propia con datos relevados en campo

En la tabla precedente, el 11% de los adultos y el 10% de los pacientes pediátricos fueron derivados ya que, perteneciendo al área programática del hospital Piñero, tenían domicilio en las cercanías de un CeSAC, por lo que realizaron su tratamiento en esos efectores descentralizados. Los residentes en otras áreas programáticas o fuera de la CABA no han sido derivados.

Inicio del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de diagnóstico y la de inicio de tratamiento. Para realizar el procedimiento no se tuvieron en cuenta los 12 casos derivados. De las 97 fichas relevadas, en 26 de los 30 casos en que se contó con ambos datos, se obtuvo que los pacientes demoraban entre 0 y 1 día entre que se diagnosticó e inició el tratamiento. Los valores máximos fueron 4 pacientes que demoraron 20, 28, 215 y 960 días para incorporarse al Programa. En 67 casos no se encontraban ambos registros en las fichas de tratamiento.

Finalización del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de finalización. Los pacientes que no han sido derivados o abandonado el tratamiento tienen completa esa información. Con un total de 67 pacientes con el dato completo, el promedio de duración de los tratamientos ha sido 9 meses con máximo de 18 y mínimo de 6.

Intervención del Servicio Social

Se solicitaron 29 Historias Sociales, de las cuales se encontraron 6; es decir que fue analizado el 20%

3 pacientes que se atendieron en el hospital, ninguno contaba con intervenciones adicionales a la entrevista inicial.

3 pacientes derivados a efectores de atención primaria (CeSACs N°14 y 20). En ninguno de los documentos consta seguimiento del paciente ni evolución.

La Jefa de Servicio Social aclara que en 2014 no se discriminaban del resto del trabajo del área, las intervenciones en el Programa de TBC. De este modo, no figuran en las estadísticas generales del hospital ni en la Red de TBC de la CABA.

a. CeSACs del Área Programática

De los 186 casos notificados por el hospital, 67 corresponden a pacientes atendidos en efectores descentralizados, según el siguiente detalle:

Efeotor	Cantidad de pacientes
CeSAC N°6	2
CeSAC N°13	2
CeSAC N°14	1
CeSAC N°18	14
CeSAC N°19	8
CeSAC N°20	6
CeSAC N°24	13
CeSAC N°40	18
CeSAC N°44	3
Total	67

Tabla 39 Elaboración propia con datos relevados en campo

Se definió relevar las fichas de tratamiento del CeSAC N°40, debido a que fue el de mayor cantidad de pacientes con TBC atendidos en el año 2014.

En el CeSAC N° 40

CeSAC N°40	Adultos	Pediátricos	Total
Fichas de tratamiento requeridas	13	5	18
Fichas de tratamiento puestas a disposición	13	5	18

Tabla 40 Elaboración propia con datos relevados en campo

El CeSAC puso a disposición la totalidad de las fichas de tratamiento requeridas.

Residencia

Todos los pacientes tratados, 5 pediátricos y 13 adultos residían en la CABA, en el Área Programática del CeSAC⁴¹.

⁴¹ 2 pacientes adultos estaban en situación de calle

Hacinamiento⁴²

Condición de hacinamiento del paciente con TBC	Adultos	Pediátricos	Total general
Sí	13		13
No			0
Sin dato		5	5
Total general	13	5	18

Tabla 41 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

Nacionalidad

Nacionalidad	Adultos	Pediátricos	Total general
Argentina	6	4	10
Boliviana	6		6
Peruana	1		1
Sin dato		1	1
Total general	13	5	18

Tabla 42 Elaboración propia con datos relevados en campo

Rangos etáreos

	F	%	M	%
De 0 a 4 años	1	17%	1	8%
De 5 a 9 años		0%	2	17%
De 10 a 14 años	1	17%		0%
De 15 a 19 años	1	17%	4	33%
De 20 a 24 años	2	33%		
De 25 a 29 años			2	17%
De 30 a 34 años			1	8%
De 35 a 44 años			2	17%
De 55 a 64 años	1	17%		
	6		12	

Tabla 43 Elaboración propia con datos relevados en campo

⁴² Dato obtenido de los registros de la Red de TBC

Nivel de instrucción

Mayor nivel de escolaridad alcanzado	Adultos	Pediátricos	Total general
Primaria incompleta		2	
Primaria completa	4		
Secundaria incompleta	5		
Secundaria completa	3		
Terciaria completa	1		
Ninguna		3	
Total general	13	5	18

Tabla 44 Elaboración propia con datos relevados en campo

Localización

Localización de la TBC	Cantidad de pacientes
Pulmonar	15
Extra pulmonar	3
Total general	18

Tabla 45 Elaboración propia con datos relevados en campo

Motivo de consulta

	Adultos	Pediátricos	Total general
Sintomático	9		9
Contacto		3	3
No Figura	4	2	6
Total general	13	5	18

Tabla 46 Elaboración propia con datos relevados en campo

Clasificación del caso por tipo de finalización de tratamiento

	Adultos		Pediátricos		Total general
Alta	8	62%	3	60%	11
Abandono	4	31%	1	20%	5
Derivado	1	8%		0%	1
No Figura		0%	1	20%	1
Total general	13		5		18

Tabla 47 Elaboración propia con datos relevados en campo

En ninguna de las fichas figura el dato de tipo de tratamiento (autoadministrado o DOT).

Ninguna de las fichas consignaba el dato de ocupación del paciente o los padres (para pacientes pediátricos)

Inicio del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de diagnóstico y la de inicio de tratamiento. En 4 casos se contó con ambos datos, se obtuvo que los pacientes demoraban entre 0 y 2 días entre que se diagnosticó e inició el tratamiento.

Finalización del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de finalización. Los pacientes que no han sido derivados o abandonado el tratamiento tienen completa esa información. Con un total de 10 pacientes con el dato completo, el promedio de duración de los tratamientos ha sido 9 meses con máximo de 11 y mínimo de 7.

Intervención del Servicio Social

Se solicitaron 3 Historias Sociales⁴³ que fueron puestas a disposición y se analizaron.

1 paciente pediátrico finalizó el tratamiento en el Cesac

1 paciente adulto en situación de calle, finalizó el tratamiento con la colaboración de las profesionales de Trabajo Social, que concurrían suministrarle la medicación.

1 caso abandonó el tratamiento. Constan los registros de visitas al domicilio.

B- Hospital Santojanni

a. Notificaciones a la Red de TBC según origen de la muestra

Hospital Santojanni casos totales según Red de TBC		30
Detección en hospital		29
Detección en CeSAC ⁴⁴		1

Tabla 48 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

El cuadro precedente muestra los datos contenidos en la base de la Red de TBC. Según este listado, sólo un paciente provino del CeSAC N°5, mientras que se verificó en campo que existían 7 pacientes y todos ellos tenían ficha de tratamiento. Es decir que la información contenida en ambas fuentes no coincide tanto en lo cuantitativo como en los datos cualitativos que aporta.

⁴³ Según la información de la Red de TBC

⁴⁴ CeSAC N°5

b. Laboratorio

El Laboratorio del hospital entregó un listado con 73 estudios con resultado positivo a TBC. Partiendo de esa base, se identificó la cantidad de personas que estaban contenidas, que resultaron ser 47. Estas personas tenían entre 1 y 4 órdenes de estudio que dieron resultado positivo.

El siguiente cuadro muestra la cantidad de órdenes emitidas con resultado positivo, por servicio derivante.

Servicio	Cantidad de órdenes emitidas con resultado positivo a TBC
Clínica Médica	35
Guardia General	11
CeSAC N° 5	8
Neumotisiología	5
CeSAC N°29	3
Cirugía General	3
Reumatología	3
Sin dato	2
Terapia Intensiva	1
Unidad Coronaria	1
Infectología	1
Total general	73

Tabla 49 Elaboración propia con datos relevados en campo

En el cuadro que sigue, se muestran la cantidad de pacientes que tuvieron laboratorios positivos una o más veces.

Total de laboratorios +	Cantidad de pacientes
1	28
2	13
3	5
4	1
Total general	47

Tabla 50 Elaboración propia con datos relevados en campo

En síntesis: el laboratorio detectó 47 pacientes a los que les dio resultado positivo, para los que se realizaron 73 estudios.

c- Servicios de Neumotisiología y Pediatría

Para verificar los tratamientos de las personas a las cuales les había dado resultado positivo por TBC en laboratorio, se solicitó al Servicio de Neumotisiología el listado de los pacientes atendidos en 2014. Entregó un registro que contenía 27 pacientes. El registro es manual, cuenta con un número de historia clínica, el nombre del paciente, la localización de la lesión, sexo y edad y la evolución del caso.

Se realizó un cruce de información entre este listado, el de Laboratorio, el de la Red y el de Servicio Social.

El Servicio de Pediatría informó que no tiene acceso al registro de pacientes de 2014 por haber recibido la orden de mudar el Servicio.

Cruce Laboratorio/ Red de TBC

Como se ha indicado más arriba, es posible que un paciente haya recibido más de una orden y más de un resultado positivo a TBC. Estas órdenes fueron emitidas por uno o varios servicios. Para cruzar los datos del laboratorio con la Red se buscó la notificación del caso por DNI del paciente, es decir, se buscaron 47 pacientes.

Se halló la notificación de 20 y no estaban en el registro de la Red 27 pacientes detectados por Laboratorio.

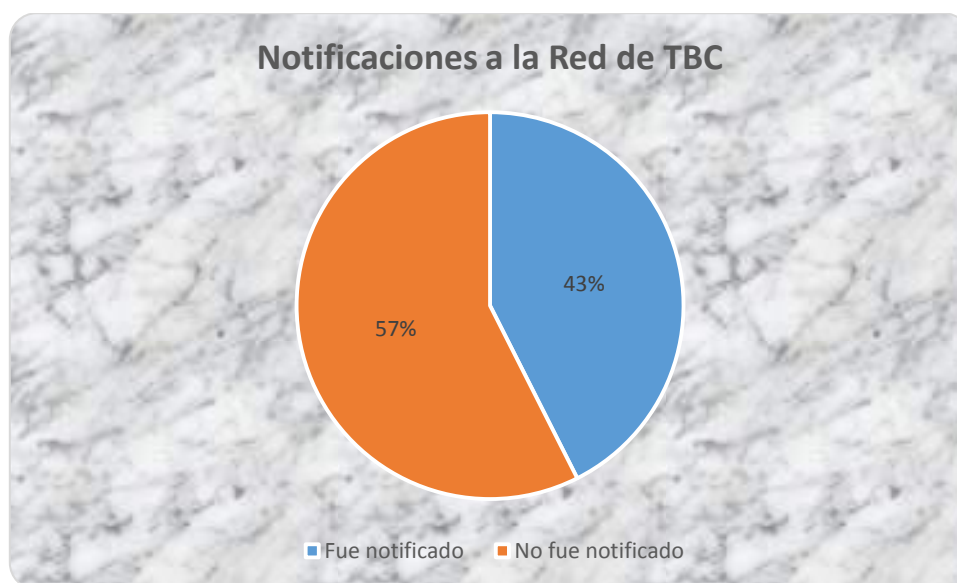


Gráfico 19 Elaboración propia con datos relevados en campo

El 57% de los pacientes detectados por el Laboratorio del Hospital Santojanni no fue informado a la Red de TBC, como indica la normativa. No hay constancia de que hayan recibido en 2014 tratamiento para su enfermedad.

Si esos pacientes hubiesen sido derivados, se ha hecho informalmente (con la consecuente demora para el inicio del tratamiento). Los registros de Servicio Social existentes, no dan cuenta de su intervención en estos casos.

Cruce Laboratorio / Neumotisiología

Para realizar este cruce de datos, fue necesario identificar cada paciente en el listado de laboratorio y eliminar los registros repetidos, es decir, cuando un paciente había recibido más de un positivo en Laboratorio, se conservó el primero y eliminó el resto⁴⁵. Una vez que se obtuvo un listado de 47 pacientes, se verificó si había sido atendido en el Servicio de Neumotisiología.

Servicio derivante	Pacientes con resultado positivo	Pacientes con resultado positivo, registrados en NTS	
Clínica Médica	24	11	46%
Guardia General	7	5	71%
CeSAC N° 5	7		
Cirugía General	3	1	33%
Reumatología	3	1	33%
CeSAC N° 29	2		
Unidad Coronaria	1		
No figura en Laboratorio		9	
Total general	47	27	

Tabla 51 En la fila “servicio derivante” / “no figura en Laboratorio” se encuentran pacientes que no estaban registrados en el listado de Laboratorio pero que fueron tratados por Neumotisiología. Puede deberse a casos de pacientes detectados en otro hospital o a los que se les aplica el tratamiento por diagnóstico clínico.

Como se evidencia en la tabla precedente, el 46% de los pacientes que recibieron orden de laboratorio en Clínica Médica, fueron captados luego por el Servicio de Neumotisiología. Lo mismo ocurrió con el 71% de los pacientes de Guardia y el 33% de Cirugía y Reumatología.

Cruce Laboratorio/Neumotisiología y Red

Los 47 pacientes que recibieron orden de laboratorio por parte de alguno de los servicios del hospital deberían estar registrados en la Red. Alguno de ellos ha sido tratado en el Servicio de Neumotisiología y allí debían estar las fichas de tratamiento.

A continuación muestra el detalle de notificaciones, fichas existentes y tratamientos iniciados en NTS:

⁴⁵ En la columna “servicio derivante” entonoces, se indica la primera orden de laboratorio y el primer resultado positivo del paciente.

1- Con orden de laboratorio del Departamento Clínica Médica (24 pacientes)

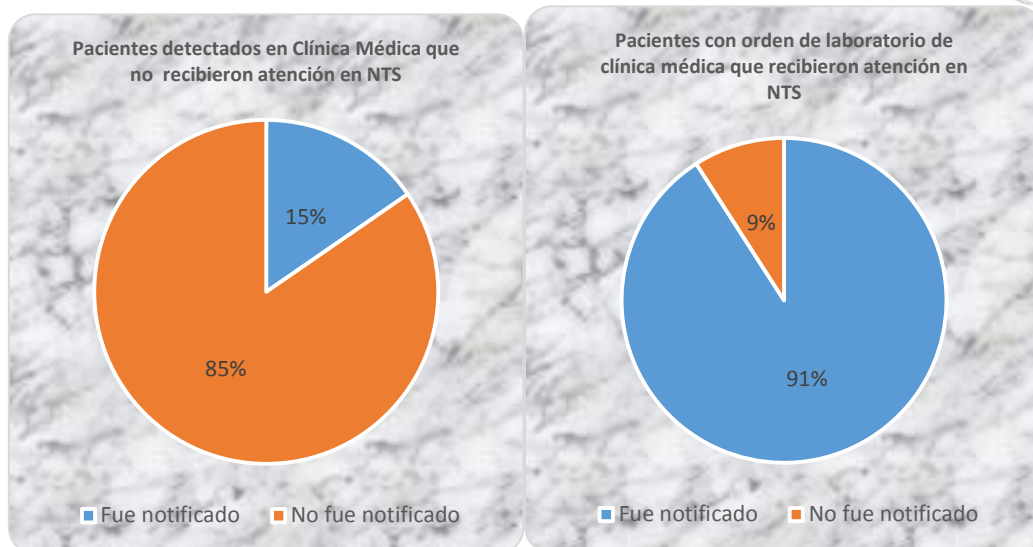


Gráfico 20 y Gráfico 21 Elaboración propia con datos relevados en campo

De los 11 pacientes que fueron derivados a Laboratorio por Clínica Médica y recibieron atención en Neumotisiología, 10 fueron notificados a la Red (91%). El equipo solicitó las fichas de tratamiento de todos los pacientes y el área puso a disposición 6 de ellas (55%).

De los 13 pacientes que **no recibieron** atención en Neumotisiología, 2 fueron notificados a la Red y el resto no ha sido parte de la estadística 2014 de casos positivos de TBC. Se desconoce también si iniciaron sus tratamientos y ninguno de ellos tiene historia social. El 85% (2/13) de los pacientes con resultado positivo de TBC con orden de Laboratorio de Clínica Médica, no fue informado a la Red por este u otro efector en 2014.

2- Con orden de laboratorio del Departamento de Guardia (7 pacientes)

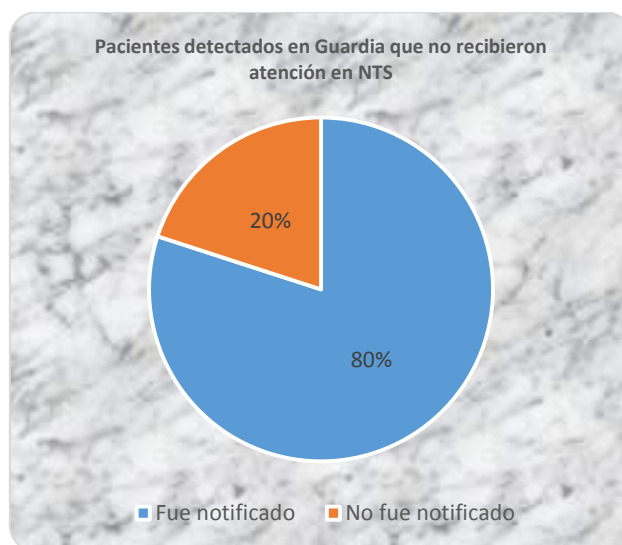


Gráfico 22 Elaboración propia con datos relevados en campo

7 pacientes con resultado positivo pertenecían a la Guardia; 5 de ellos recibieron atención en Neumotisiología y 4 fueron notificados a la Red. El equipo solicitó las fichas de tratamiento de todos los pacientes y el área puso a disposición ⁴⁶. Los 2 pacientes que no recibieron atención en Neumotisiología, no han sido parte de la estadística 2014 de casos positivos de TBC, ya que no constaban en los registros de la Red. Se desconoce también si iniciaron sus tratamientos y ninguno de ellos tiene historia social.

El 67% (3/7) de los pacientes con resultado positivo de TBC con orden de Laboratorio del Departamento de Guardia no fue informado a la Red por este u otro efector en 2014.

3- Con orden de laboratorio del Departamento de Cirugía (3 pacientes)

1 paciente que fue derivado a Laboratorio por Cirugía General y recibió atención en Neumotisiología, fue notificado a la Red. El equipo solicitó la ficha de tratamiento y el área la puso a disposición.

2 pacientes con orden en Cirugía pero que no recibieron atención en Neumotisiología no fueron notificados a la Red ni tienen historia social.

El 67% (2/3) de los pacientes con resultado positivo de TBC con orden de Laboratorio del Departamento de Cirugía no fue informado a la Red por este u otro efector en 2014.

4- Con orden de laboratorio del Servicio de Reumatología (3 pacientes)

El paciente que fue derivado a Laboratorio por Reumatología y recibió atención en Neumotisiología, fue notificado a la Red. El equipo solicitó la ficha de tratamiento y el área la puso a disposición. 1 de los 2 que no recibió atención en Neumotisiología fue notificado a la Red y el otro no, y tampoco tiene historia social.

El 67% (2/3) de los pacientes con resultado positivo de TBC con orden de Laboratorio de Reumatología, no fue informado a la Red por este u otro efector en 2014.

5- Con orden de laboratorio de la Unidad Coronaria (1 paciente)

El paciente derivado por Unidad Coronaria no fue notificado a la Red, tampoco tiene historia social y no fue notificado por otro efector en 2014.

6- Sin resultado de laboratorio, con tratamiento en el Servicio de NTS (9 pacientes)

9 pacientes no fueron detectados por Laboratorio pero tenían ficha de tratamiento en el Servicio de Neumotisiología. Se efectuó el cruce de esos datos con las notificaciones a la Red. Resultó que:

⁴⁶ Una ficha era de uno de los pacientes no notificados. El área de promoción y protección tenía la ficha de vigilancia confeccionada. No se puede determinar si no fue elevada a la Red o ésta no incluyó el dato en la estadística.

	Fue notificado	No fue notificado	Total de casos detectados por Laboratorio
Tratado en Neumotisiología que no figura en Laboratorio	6	3	9

Tabla 52 Elaboración propia con datos relevados en campo

El 33% de los pacientes tratados en el Servicio de Neumotisiología que no fue detectado por el Laboratorio del hospital Santojanni, no fue informado a la Red. El equipo solicitó las fichas de tratamiento de todos los pacientes, el Servicio de Neumotisiología puso a disposición 5 de ellas (56%)⁴⁷

Infectología y Pediatría

En el listado de laboratorio del hospital Santojanni no hay pacientes pediátricos ni de infectología. El Jefe de Neumotisiología refiere no recibir las planillas de notificación de dichos Servicios, y estima que lo harán vía otros Programas (como el de VIH). En cambio, en entrevista con los responsables de los servicios de Pediatría⁴⁸ e Infectología indican que le remiten las planillas al Servicio de Neumotisiología para su notificación a la Red. En la práctica, no se identificaron en la base de datos de la Red de TBC pacientes pediátricos y de Infectología informados por el Hospital Santojanni en 2014, por lo que los pacientes atendidos no forman parte de la estadística epidemiológica.

Cruce Laboratorio del Hospital con Red de TBC

Hospital Santojanni casos totales según Red de TBC	
Detectado por Laboratorio y notificado a la Red	20
Detectado en Laboratorio sin notificar a la Red	27
Total general	47

Tabla 53 Elaboración propia con datos relevados en campo

El 57% (27/47) de los pacientes con laboratorio positivo de TBC no fue notificado a la Red.

47

Neumotisiología	Notificado a la Red de TBC	Sin notificación a la Red de TBC	
Con ficha de tratamiento	3	2	5
Sin ficha de tratamiento	3	1	4
	6	3	9

⁴⁸ Entrevista con el responsable del Servicio de Pediatría "No tienen accesibilidad a registros del 2014 por mudanza, ordenada por la dirección del hospital en mayo del 2016" pero en la base de la red no hay ningún paciente pediátrico reportado por el hospital Santojanni. Si se hubiesen detectados casos, no han sido informados de acuerdo a la normativa (no los informó NTS ni Pediatría)

Cruce Neumotisiología con Red de TBC

El Servicio puso a disposición un listado con 27 pacientes tratados en 2014:

Hospital Santojanni	27
Tratado en Neumotisiología y notificado a la Red de TBC	22
Tratado en Neumotisiología y no notificado a la Red de TBC	5

Tabla 54 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

De los 5 pacientes que no estaban registrados en la Red pero habían sido tratados en el Hospital, 2 tenían confeccionada la ficha para la vigilancia epidemiológica de la TBC (ficha de notificación). Debido a que el Hospital no se queda con constancia de las fichas entregadas a la Red, es imposible determinar si no envió los avisos o fue la Red quien no los registró. De esta manera, el 23% de los pacientes tratados en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Santojanni no forman parte de la estadística epidemiológica de TBC de la Ciudad de Buenos Aires.

Tratamientos

La siguiente etapa consistió en requerir las fichas de tratamiento de todos los pacientes atendidos en el Servicio de Neumotisiología. Se verificaron la existencia de las fichas, la condición de alta de los pacientes, la constancia de derivación (de los casos que así lo hicieron) y la intervención del Servicio Social.

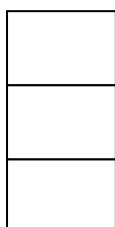
El Servicio de Neumotisiología puso a disposición 15 fichas, no pudo ser analizado el 44% del total.

Casos hospital	27
Con ficha de tratamiento en Neumotisiología	15
Sin ficha de tratamiento	12

Tabla 55 Elaboración propia con datos relevados en campo

Además de las fichas que se encontraban en el Hospital, se definió relevar las de los pacientes tratados en CeSAC N°5 porque es el que cuenta con un equipo dedicado a TBC y en entrevista se indicó como el de mayor cantidad de casos del Área Programática.

En ese efector, **según sus propios registros**, se atendieron en 2014, 5 pacientes de notificación propia y 14 que fueron derivados desde otros efectores (19 pacientes en total). Se solicitaron las fichas, que fueron puestas a disposición en su totalidad.



Análisis de las fichas de tratamiento

En el hospital se hallaron

Hospital Santojanni	Hospital	CeSAC N°5
Fichas de tratamiento requeridas	27	19
Fichas de tratamiento puestas a disposición	15	19

Tabla 56 Elaboración propia con datos relevados en campo

A partir de estos datos se conforma la nueva base de datos de pacientes con **15 fichas** relevadas en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Santojanni y **19** en el CeSAC N°5.

Datos de los pacientes detectados y notificados a la Red

El área de Neumotisiología tenía registrados 27 pacientes en el año 2014. 22 de ellos fueron notificados a la Red de TBC. Con esa base de datos, se produce la siguiente información:

Se destaca que el 19% (5/27) de los pacientes no formó parte de la información epidemiológica de la Ciudad en 2014, ya que no fue notificado por este ni por otro efector a la Red de TBC.

Residencia

Residencia	Cantidad de pacientes
Reside en la CABA	11
No reside en la CABA	4
Total general	15

Tabla 57 Elaboración propia con datos relevados en campo

El 27% de los pacientes no tienen residencia en la CABA, el detalle de domicilio es el siguiente:

	Cantidad de pacientes
La Tablada	1
Monte Grande	1
Villa Celina	1
González Catán	1

Tabla 58 Elaboración propia con datos relevados en campo

Hacinamiento⁴⁹

Condición de hacinamiento del paciente con TBC	cantidad
Sí	2
No	5

⁴⁹ Dato obtenido de los registros de la Red de TBC

Condición de hacinamiento del paciente con TBC	cantidad
Sin dato	8
Total general	15

Tabla 59 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

Pacientes por área programática de residencia

Hospital de referencia del paciente por domicilio	cantidad	Porcentaje
Santojanni	10	67%
Álvarez	1	7%
No residentes en la CABA	4	27%
Total general	15	

Tabla 60 Elaboración propia con datos relevados en campo

El 27% (4) de los pacientes atendidos por el efector no tienen residencia en la CABA.

Nacionalidad

	cantidad	Porcentaje
Argentina	4	27%
Boliviana	6	40%
Paraguay	1	7%
Sin dato	4	27%
Total general	15	

Tabla 61 Elaboración propia con datos relevados en campo

Rangos etáreos

Edad de los pacientes	F	%	M	%
De 15 a 19 años	1	25%	4	36%
De 20 a 24 años		0%	1	9%
De 25 a 29 años	1	25%	2	18%
De 30 a 34 años	1	25%	1	9%
De 35 a 44 años	1	25%	1	9%
De 55 a 64 años		0%	2	18%
Total general	4		11	

Tabla 62 Elaboración propia con datos relevados en campo

Nivel de instrucción

Mayor nivel de escolaridad alcanzado	Cantidad de pacientes
Primaria incompleta	1
Primaria completa	5
Secundaria incompleta	1
Secundaria completa	4
Sin dato	4
Total general	15

Tabla 63 Elaboración propia con datos relevados en campo

Localización

Localización de la TBC	Cantidad de pacientes
Pulmonar	10
Extra pulmonar	4
Total general	15

Tabla 64 Elaboración propia con datos relevados en campo

Clasificación del caso por tipo de finalización de tratamiento

Finalización del tratamiento	Total general	
Alta	9	60%
Abandono	5	33%
Derivado	1	7%
Total general	15	

Tabla 65 Elaboración propia con datos relevados en campo

El 60% de los pacientes fue dado de alta.

Tipo de tratamiento (modo de administración de la medicación)

	Cantidad de pacientes
Autoadministrado	4
Supervisado	0
No Figura	11
Total general	15

Tabla 66 Elaboración propia con datos relevados en campo

En las fichas de tratamiento ningún paciente tenía registrado tratamiento DOT. Si ese dato se releva de la ficha de notificación a la Red, hay un paciente que tiene esa condición, 11 autoadministrado y 1 sin dato.

Inicio del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de diagnóstico y la de inicio de tratamiento. En 11 de las 15 fichas se contó con ambos datos, se obtuvo que los pacientes demoraban entre 0 y 21 días entre que se diagnosticó y se inició el tratamiento. 8 pacientes demoraron 0 días y 3 pacientes demoraron en iniciar el tratamiento 3, 13, y 21 días.

Finalización del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de finalización. Los pacientes que no han sido derivados o abandonado el tratamiento tienen completa esa información. Con un total de 7 pacientes con el dato completo, el promedio de duración de los tratamientos ha sido 7 meses con máximo de 6 y mínimo de 12.

Intervención del Servicio Social

Se solicitaron 21 historias sociales, se hallaron y analizaron 19. De las historias puestas a disposición, 8 cuentan con registro de evolución del paciente y el seguimiento en los casos en que fueron derivados.

a. CeSACs del Área Programática

De los 50 pacientes con resultado positivo a TBC detectados por el Laboratorio del hospital Santojanni, 9 corresponden a pacientes atendidos en efectores descentralizados, según el siguiente detalle:

Efeotor	Cantidad de pacientes
CeSAC N°5	7
CeSAC N°29	2
Total	9

Tabla 67 Elaboración propia con datos relevados en campo

Se definió relevar las fichas de tratamiento del CeSAC N°5, debido a que fue el de mayor cantidad de pacientes con TBC y porque cuenta con un grupo de trabajo dedicado a la temática.

En el trabajo de campo se determinó:

- Que ninguno de los pacientes detectados por el laboratorio (7) había sido notificado a la Red
- La responsable del Programa en el CeSAC informó haber notificado a la Red 5 pacientes y entregó copia de la ficha de vigilancia epidemiológica de la TBC.

Ninguno de esos pacientes se hallaba registrado en la base de datos de la Red. Debido a que no se conserva constancia de envíos y recepciones, no se puede determinar si fue el CeSAC el que no informó o la Red quien no lo registró.

- Había pacientes en tratamiento que no habían sido detectados en el Laboratorio del hospital Santojanni, recibidos por derivación de otros efectores⁵⁰ (14)

Se conformó una base de datos para analizar el resultado de los tratamientos aplicados. Se incluyeron todos los pacientes tratados en el CeSAC durante 2014, independientemente de dónde habían sido diagnosticados y notificados. En esta condición estaban 19 pacientes adultos.

El CeSAC puso a disposición la totalidad de las fichas de tratamiento requeridas.

Residencia

Total general		
CABA	15	79%
Conurbano	4	21%
Total general		

Tabla 68 Elaboración propia con datos relevados en campo

Todos los pacientes que residían en la CABA, pertenecían al Área Programática del CeSAC.

Rangos etáreos

	F	%	M	%
De 15 a 19 años	3	33%		0%
De 20 a 24 años	1	11%	1	10%
De 25 a 29 años	5	56%	2	20%
De 30 a 34 años		0%	3	30%
De 35 a 44 años		0%	2	20%
De 45 a 55 años		0%	2	20%
	9		10	

Tabla 69 Elaboración propia con datos relevados en campo

⁵⁰ Hospitales Muñiz, Ramos Mejía, Piñero, Álvarez y Santojanni

Localización

Localización de la TBC	Cantidad de pacientes
Pulmonar	14
Pulmonar bilateral	1
Ganglionar	1
No indica	3
Total general	19

Tabla 70 Elaboración propia con datos relevados en campo

Tipo de tratamiento y finalización

	Autoadministrado	Diario /supervisado	No indica	Total general
Abandono	1	3		4
Alta	4	7	2	13
Derivado		1		1
No indica		1		1
Total general	5	12	2	19

Tabla 71 Elaboración propia con datos relevados en campo

La mayoría de las fichas de tratamiento (68%) no consignaba el dato de ocupación del paciente.

Registros en la Red de TBC

El CeSAC N° 5 remite de manera independiente del resto de las áreas del hospital las notificaciones a la Red de TBC. Esta modalidad se consensuó con el responsable de la Red pero en 2014 se evidencia que no ha traído los resultados esperados, ya que todos los casos allí detectados no formaron parte de la estadística ni de la información epidemiológica acerca de la enfermedad.

Inicio del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de diagnóstico y la de inicio de tratamiento. En los 12 casos en que se contó con ambos datos, se obtuvo un promedio de 6 días entre que se diagnosticó e inició. Los valores máximos fueron 3 pacientes que demoraron 16, 20 y 31 días para incorporarse al Programa; 2 de esos pacientes continuaron hasta el alta, 1 abandonó.

Finalización del tratamiento

En la ficha de tratamiento existe un campo para registrar la fecha de finalización. Los pacientes que no han sido derivados o abandonado el tratamiento tienen completa esa información. Con un total de 13 pacientes con el dato completo, el promedio de duración de los tratamientos ha sido 11 meses con máximo de 20 y mínimo de 8.

Intervención del Servicio Social

Se solicitaron 19 Historias Sociales y 2 no fueron halladas.

15 Historias Sociales no registraban evolución de los pacientes. De las que contaban con registro de seguimiento, 1 correspondía a un abandono y 1 a una derivación que contaba confirmación de que el paciente continuaba el tratamiento en el efector al que había sido derivado.

3- Relevamiento de información sobre tipo de tratamiento (modo de administración de la medicación)

Tanto en las fichas de notificación como en las de tratamiento existe el campo en donde registrar si se prescribe un esquema autoadministrado o supervisado (DOT) para la toma de medicación. En los efectores analizados no hay una ficha uniforme, mientras que algunos registran dos opciones de tipo de tratamiento (supervisado y autoadministrado)⁵¹ hay quienes registran cuatro opciones, de acuerdo con las que figuran en la planilla de notificación (supervisado, autoadministrado, combinado y diario)

En la base de datos de la Red⁵², de 2622 notificaciones positivas de TBC en el año 2014, se informaron 315 tratamientos supervisados, lo que significa que el 12% de los pacientes de toda la CABA recibe el tipo de tratamiento sugerido por la OMS.

Hospital	Cantidad pacientes con tratamiento DOT
Álvarez	18
Argerich	26
Durand	19
Elizalde	19
Ferrer	3
Gutiérrez	14
Muñiz	4
Penna	98
Piñero	38
Pirovano	1
Ramos Mejía	68
Rivadavia	1
Santojanni	3

⁵¹ Hospitales Piñero y Santojanni

⁵² Que se basa en las fichas de notificación enviada por los efectores

Hospital	Cantidad pacientes con tratamiento DOT
Otro	2
Total general	314

Tabla 72 Elaboración propia con datos de la Red de TBC

Según lo relevado en las tareas de campo en las **fichas de tratamiento** de los pacientes, están registrados los tratamientos:

Hospital Piñero

	Adultos	Pediátricos	Total general
Autoadministrado	6	11	17
Supervisado	1		1
No Figura	72	19	91
Total general	79	30	109

Tabla 73 Elaboración propia con datos relevados en campo

Según la información de las fichas relevadas, un paciente adulto (atendido en el hospital) recibió tratamiento DOT.

CeSAC N°5

	Cantidad de pacientes
Autoadministrado	5
Supervisado	12
No Figura	2
Total general	19

Tabla 74 Elaboración propia con datos relevados en campo

Hospital Santojanni

	Cantidad de pacientes
Autoadministrado	4
Supervisado	0
No Figura	11
Total general	15

Tabla 75 Elaboración propia con datos relevados en campo

CeSAC N°40

En ninguna de las fichas figura el dato de tipo de tratamiento (autoadministrado o DOT).

Las fichas de notificación y las de tratamiento contienen información que no es coincidente respecto del tipo de tratamiento administrado. Este dato resulta de importancia para verificar si se considera la sugerencia de la OMS de administrar tratamientos supervisados

VIII. OBSERVACIONES

1. La Red de TBC recibe información de los efectores con registros manuales, se hallaron diferencias entre fuentes de información.
2. Las campañas de prensa sobre TBC no tienen las características que requiere la población objetivo.
3. Los profesionales de Trabajo Social informan sus acciones de manera global, no hay estadísticas de intervenciones de esa especialidad en el recupero de pacientes que abandonan el tratamiento ni seguimiento de las derivaciones.
4. Los trabajadores que atienden a pacientes con TBC⁵³ no reciben controles periódicos de salud.

Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

5. El ámbito de trabajo de Neumonología no cuenta con las condiciones de bioseguridad que requiere el contacto con pacientes con TBC.
6. El pabellón N° 3 donde se encuentra el Servicio de Neumotisiología no cuenta con matafuegos.
7. El área de internación del grupo de trabajo de TBC de la División Pediatría no cuenta con plazas de aislamiento para pacientes con TBC.

Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni

8. Existen fallas en la notificación de pacientes detectados a la Red de TBC.
9. Los responsables de Neumonología han discontinuado su participación en las reuniones de la Red de TBC.
10. La planta física del servicio de Neumonología no reúne las condiciones necesarias para atender sin riesgo a pacientes con patologías infectocontagiosas.
11. Las comunicaciones entre laboratorios se efectúan por correo tradicional, lo que dificulta el proceso de envío-recepción.

⁵³ Excepto los profesionales del Laboratorio del Hospital Piñero

12. La coordinación de pacientes pediátricos de la Unidad de Infectología no puso a disposición los registros de los pacientes de 2014.
13. La Unidad de Infectología no cuenta con línea telefónica y acceso a Internet, indispensables para la notificación de casos.

Procedimiento 2- Sobre detección, notificación y tratamiento de casos Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

14. De los 156 pacientes con diagnóstico de TBC del laboratorio del hospital, 6 fueron notificados por otro efector.
15. De 156 pacientes con diagnóstico de TBC del laboratorio del hospital hubo 9 que no fueron notificados a la Red de TBC
16. No fueron puestas a disposición por el Servicio de Neumotisiología el 12% (30/34) de las fichas de tratamiento de adultos con TBC.
17. No fueron puestas a disposición por el Servicio de Pediatría el 7% (79/85) de las fichas de tratamiento de niños.
18. No figura el tipo de tratamiento en el 72,4% de las fichas⁵⁴ (79/109)⁵⁵
19. De los casos que efectuaron tratamiento no se encontró el doble registro de fecha de diagnóstico y fecha de inicio de tratamiento en el 69% de los casos ⁵⁶(67/97)⁵⁷

Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni

20. El 42% (20/47) del total de los pacientes detectados por el Laboratorio del Hospital Santojanni no fue informado a la Red de TBC, como indica la normativa. No hay constancia de que hayan recibido en 2014 tratamiento para su enfermedad.
21. El Servicio de Neumotisiología no puso a disposición 12 de las 27 fichas de tratamiento solicitadas.
22. No se puede verificar el registro de notificación del Cesac N° 5 a la Red de TBC.
23. No se pudo determinar el tipo de tratamiento en 11 de los 15 casos.

Procedimiento 3- Relevamiento de información sobre tipo de tratamiento (modo de administración de la medicación)

24. Los datos sobre tipo de tratamiento aplicado que arrojan las fichas de notificación y las de tratamiento no coinciden⁵⁸.

⁵⁴ **Comentario del auditado:** no figura el tipo de tratamiento en muchas de las fichas porque queda explícito (sic) que el tratamiento es Autoadministrado porque en nuestro servicio es el único tipo de tratamiento que se realiza.

⁵⁵ Se excluyeron las fichas que fueron derivadas. Referencia tablas 37, 38.

⁵⁶ **Comentario del auditado:** no se encontró el doble registro de la fecha de diagnóstico y fecha de inicio porque mayoritariamente es el mismo. O sea que el mismo día que se recibe el laboratorio se inicia el tratamiento.

⁵⁷ Referencia tabla 38

IX. RECOMENDACIONES

1. Reemplazar los registros manuales de la Red, para darle confiabilidad a los datos. La información que proviene de las notificaciones tiene valor estadístico y también epidemiológico. Disponer de información confiable y actualizada sobre aparición, frecuencia y distribución de la enfermedad es imprescindible cuando el objetivo es planificar, diseñar y fundamentar las intervenciones adecuadas para detener el avance de la enfermedad.
2. Adecuar a la población objetivo las campañas de prensa que se efectúen sobre aspectos de prevención y promoción de la Salud relativos a TBC. Desarrollar campañas de acuerdo a las necesidades específicas de la comunidad, de modo que los usuarios accedan a información sobre los servicios y prestaciones disponibles, los cuidados que deben practicar y a promover hábitos y costumbres saludables.
3. Individualizar las acciones de Trabajo Social con pacientes del Programa de TBC, con el fin de obtener estadísticas de sus intervenciones en el recupero de pacientes que abandonan el tratamiento y en el seguimiento de las derivaciones; considerando la importancia de esa información en la gestión del Programa, en especial en el seguimiento de pacientes para evitar el abandono de tratamientos.
4. Realizar controles periódicos de salud a los trabajadores que atienden pacientes con TBC.

Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

5. 6 y 7. Adecuar las áreas de atención de TBC, de modo que cuenten con las condiciones de bioseguridad que requieren pacientes y equipo de salud.

Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni

8. Establecer controles para evitar fallas en la notificación de pacientes detectados a la Red de TBC.
9. Promover que los responsables del Programa reanuden su participación en las reuniones de la Red de TBC.
10. Adecuar las áreas de atención de pacientes con TBC, de modo que cuenten con las condiciones de bioseguridad que requieren pacientes y equipo de salud.
11. Reemplazar las comunicaciones actuales entre laboratorios por envíos sistematizados, mejorando el proceso de envío-recepción.

⁵⁸ **Comentario del auditado:** no coinciden las fichas de notificación y de tratamiento porque muchas veces se acorta o se alarga el tratamiento según la evolución y adherencia del paciente y es posterior a la notificación

12. Efectuar la denuncia formal correspondiente por la pérdida o extravío de documentación relativa a pacientes de TBC.
13. Proveer a la Unidad de Infectología de línea telefónica y acceso a Internet, de modo que pueda cumplir sin dificultades con la notificación obligatoria de casos de TBC.

Procedimiento 2- Sobre detección, notificación y tratamiento de casos

Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero

14. a 19. Reemplazar los registros manuales, promover acciones de supervisión en los registros obligatorios y el debido archivo y conservación de los documentos que respaldan las acciones efectuadas por el efector, en el tratamiento de pacientes. De existir faltantes, realizar las denuncias formales correspondientes. Diseñar un circuito administrativo que permita a los actores contar con respaldo de las intervenciones realizadas y la entrega de documentación a otras instancias, a fin de detectar las fallas del sistema y sus responsables.

Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni

20. a 22. Reemplazar los registros manuales, promover acciones de supervisión en los registros obligatorios y el debido archivo y conservación de los documentos que respaldan las acciones efectuadas por el efector, en el tratamiento de pacientes. De existir faltantes, realizar las denuncias formales correspondientes. Diseñar un circuito administrativo que permita a los actores contar con respaldo de las intervenciones realizadas y la entrega de documentación a otras instancias, a fin de detectar las fallas del sistema y sus responsables.
23. Verificar que se completen todos los datos requeridos por los instrumentos de registro.

Procedimiento 3- Relevamiento de información sobre tipo de tratamiento (modo de administración de la medicación)

24. Verificar la consistencia de la información brindada por los profesionales y las estadísticas con las que se guían las acciones de las autoridades.

X. CONCLUSIÓN

El Programa de Tratamiento y Control de la Tuberculosis de la Ciudad de Buenos Aires tiene por propósito desarrollar un conjunto de actividades coordinadas para disminuir el riesgo de infectarse, enfermar y morir por esa causa.

Tiene definidos propósitos, objetivos, organización, actividades, recursos y un sistema de control de gestión. En este informe de auditoría se han evaluado principalmente las actividades y las acciones de control de gestión que se

establecieron para dar cumplimiento a dicho Programa en dos efectores de la CABA, los hospitales Piñero y Santojanni.

Si bien en ambos efectores se observó adecuada respuesta sanitaria a los pacientes que han contraído la enfermedad, llaman la atención las diferencias cuantitativas de pacientes atendidos en cada caso, toda vez que ambos pertenecen a la Región Sanitaria II, es decir, son demo-epidemiológicamente similares.

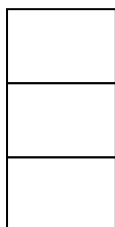
Se han detectado insuficientes acciones respecto de la prevención, divulgación de pautas de alarma y de cuidado de la salud en la población.

No se evidenciaron acciones sistematizadas de seguimiento y reincorporación al Programa de aquellos pacientes que abandonan o no inician sus tratamientos.

Las insuficientes campañas publicitarias y los medios por los que se efectúan son un obstáculo para que más personas conozcan la oferta de atención y la importancia del tratamiento.

El Sistema manual de notificación de casos verificado no permite dar total confiabilidad a los datos; por esta causa concluimos en que en el período auditado la Ciudad no contó con información confiable y actualizada sobre aparición, frecuencia y distribución de casos de TBC, para planificar, diseñar y fundamentar las intervenciones que le permitieran cumplir con el objetivo de detener el avance de la enfermedad. Los registros que producen los efectores de atención, muestran deficiencias que impiden la supervisión, por parte de la Red de TBC, de las acciones en los lugares que se cumplen.

Según el análisis efectuado, algunos de los objetivos del Programa de tratamiento y control de la TBC en la CABA no se están cumpliendo eficientemente, como el de promover la búsqueda activa de casos en la población y el de aplicar tratamiento directamente observado y supervisado en los pacientes. Por último, es necesario destacar que en los hospitales analizados, los espacios físicos para el tratamiento de personas que padecen la enfermedad no están preparados para dar garantías de bioseguridad a pacientes y equipo de salud.



Anexo I Imágenes del Servicio de Neumotisiología HGA P. Piñero

El servicio está ubicado en el pabellón N° 3, no cuenta con salida de emergencia ni matafuegos y es de difícil evacuación.

1- Sala de espera

La sala de espera está compartida con los servicios de psicopatología, gastroenterología, otorrinolaringología y dermatología.



Fotografía 1 Sala de espera Servicio de Neumotisiología hospital Piñero



Fotografía 2 Sala de espera Servicio de Neumotisiología hospital Piñero

La sala de espera para pacientes con TBC debería ser exclusiva y con salida al exterior, para su óptima aireación.

2- Consultorios

El espacio físico del servicio es de aproximadamente de 20 m². Los consultorios no tienen privacidad.



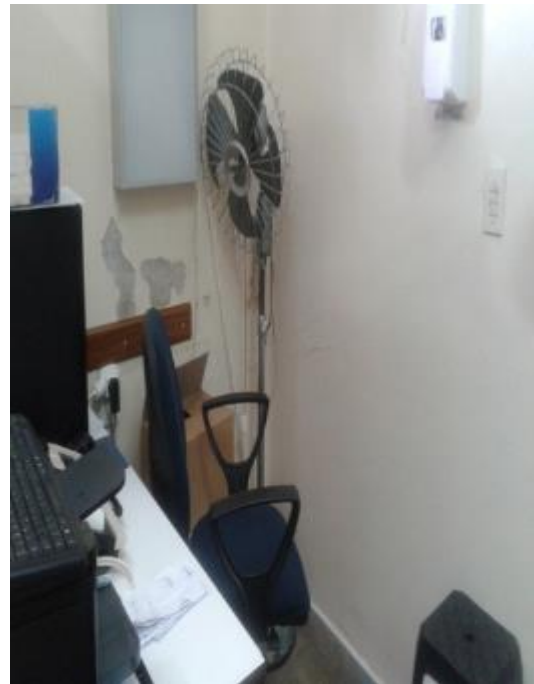
Fotografía 3 Consultorios Neumonología



Fotografía 4 Consultorios Neumonología



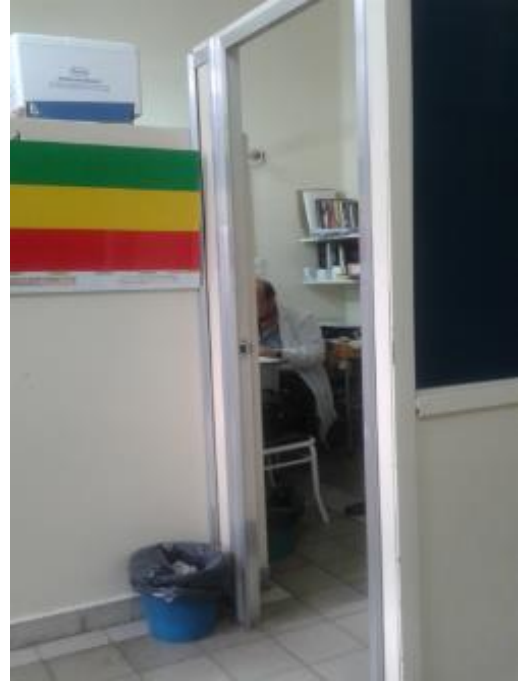
Fotografía 5 Consultorios Neumonología



Fotografía 6 Consultorios Neumonología



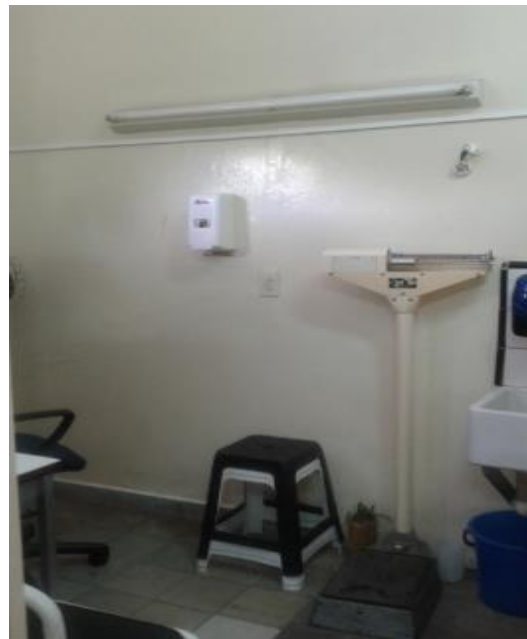
Fotografía 7 Consultorios Neumonología



Fotografía 8 Consultorios Neumonología



Fotografía 9 Consultorios Neumonología



Fotografía 10 Consultorios Neumonología



Fotografía 11 Consultorios Neumonología

Es un espacio totalmente abierto, tabicado con boxes sin techo, hay un box que tiene puerta corrediza.



Fotografía 12 Consultorios Neumonología



Fotografía 13 Consultorios Neumonología

Los ventanales que dan al exterior del pabellón tienen vidrios azules, porque la luz UV inactiva el bacilo de Koch.

No se cuenta con medidas de bioseguridad (los equipos de aire acondicionado no tienen filtro, los profesionales trabajan sin barbijo y guantes descartables).

3- Sector de turnos del servicio



Fotografía 14 Consultorios Neumonología



Fotografía 15 Consultorios Neumonología

El sistema de archivo de fichas de consultorio no cumple con las condiciones necesarias para conservar los documentos ordenados, clasificados y accesibles. Sus características lo hacen propenso a que se produzcan extravíos.
