



Tuberculosis, sufrimiento y vida cotidiana en barrios marginales y vulnerables del Área Metropolitana de Buenos Aires

Tuberculosis, suffering, and everyday life in vulnerable and slums neighborhoods in Metropolitan Area of Buenos Aires

Tuberculose, sofrimento e vida diária nos bairros marginalizados e vulneráveis da Grande Buenos Aires

María Victoria CASTILLA*



Ver licencia <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

RESUMEN

Basada en los resultados preliminares de una investigación etnográfica desarrollada desde inicios del 2010 y que se desprende de otras investigaciones previas, en este texto se analizan y discuten las lógicas de cuidar, padecer y sufrir de tuberculosis en sujetos que habitan en barrios marginales y vulnerables, considerando el juego de relaciones que se establecen entre cuerpos, Estado y las dinámicas de poder imbricadas en las vidas cotidianas de estos barrios. La estrategia metodológica utilizada en la investigación es el método etnográfico que incluye entrevistas en profundidad y observación participante en diversos barrios del AMBA, muchos de los cuales compartían el no poseer un trazado urbano específico, característico de los asentamientos denominados localmente “villas”.

Palabras clave: tuberculosis, vida cotidiana, marginalidad, vulnerabilidad, poder

ABSTRACT

Based on the preliminary results of an ethnographic research have gone through since early 2010 and it is clear from other previous research, this paper analyzes and discusses the logic of care, suffer and suffer from tuberculosis in subjects living in slums and vulnerable, given the set of

* Dra. en Antropología, Investigadora CONICET-FLACSO. E-mail: vickycastilla@yahoo.com.ar

relations established between bodies, State and the power dynamics embedded in the daily lives of these neighborhoods. The methodological approach used in the research is the ethnographic method including in-depth interviews and participant observation in various neighborhoods of AMBA, many of whom have not shared the specific urban design characteristic settlement locally called "villas".

Key words: tuberculosis, everyday life, marginalization, vulnerability, power

RESUMO

Com base nos resultados preliminares de uma pesquisa etnográfica desenvolvida desde o início de 2010, e que se manifesta de outras pesquisas anteriores, neste texto, são analisados e discutidos a lógica do cuidar, sofrer e serem de tuberculose em indivíduos que vivem em favelas e vulneráveis, considerando que o jogo de relações que se desenvolvem entre os corpos, o estado e a dinâmica do poder aninhado no cotidiano desses bairros. A estratégia metodológica utilizada na pesquisa é o método etnográfico que inclui entrevistas semi-estruturadas e observação participante em diversos bairros da AMBA, muitas das quais partilha a não ter um determinado traçado urbano, característica dos povoados chamados localmente "villas".

Palavras-chave: tuberculose, a vida quotidiana, a marginalização, vulnerabilidade, alimentação

Sumario: 1 Introducción; 2 Estado, política y tuberculosis; 3 El Programa Nacional de Control de TBC y los barrios; 4 Tuberculosis, líderes barriales y trabajo; 5 Conclusiones; 6 Bibliografía

Introducción

La tuberculosis (en adelante, TBC) es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón pudiendo afectar otros órganos. Su transmisión se efectúa de persona a persona a través de la inhalación de aerosoles contaminados por los bacilos eliminados mediante tos, estornudo o habla por individuos enfermos (MINSAL 2014:5). Si bien la presencia del bacilo es una condición necesaria para que una persona se infecte, no siempre es suficiente, pudiendo estar en latencia durante una gran cantidad de años y luego activarse, sobre todo si las condiciones de vida de la población son desfavorables (Creswell et al 2011; Palmero et al 2008). El hacinamiento, las condiciones nutricionales e inmunitarias y la escasa ventilación e higiene son factores que incrementan las probabilidades de infección (Murray, Oxlade y Lin 2011) y dificultan el tratamiento (Arrossi et al. 2012)

En la actualidad, se dispone de un tratamiento efectivo, largo y con tomas diarias de mucha medicación. Los programas de control de TBC en los distintos países son similares y cuentan con las mismas dificultades: deficiente implementación de los programas, persistencia de poblaciones maginares y vulnerables, altos índices de prevalencia e incidencia de HIV/SIDA y la aparición de formas multirresistentes. En Argentina, en el año 2011 se notificaron al Programa Nacional de Control de TBC (en adelante, PNCTB) 9.657 casos nuevos los que representaron una tasa de 23,6 casos por cada 100.000 habitantes. Asimismo, el programa registró 703 defunciones por TBC que equivalen a casi dos muertes por día. El número de casos notificados ese año fue 2,8% superior al del año anterior (9.393), aunque la tasa de notificación por mil habitantes se incrementó sólo 1,7% respecto del año 2010 debido al aumento del número total de habitantes (ANLIS 2014) Si bien la

enfermedad se distribuye por todo el país, se observan diferencias en la cantidad de casos notificados según las condiciones de vida, entre las cuales destacan: la precarización del trabajo; el desempleo; la pobreza; las irregularidades administrativas-migratorias; las represiones; las estigmatizaciones y las discriminaciones sociales (Goldberg 2010).

De esta manera, la TBC se articula con otros procesos sociales, económicos y políticos como: la vulnerabilidad social; la implementación de las políticas públicas de salud y; la politización de la vida cotidiana en la cual se juega la ejecución y puesta en marcha de las políticas de salud vinculadas a la tuberculosis. Esta última, hace referencia a los procesos de politización de lo barrial desarrollados a través de redes informales como estrategia para procurar ciertos recursos en territorios específicos, cada uno con sus lógicas de poder, convivencia y límites, problemática analizada en la literatura antropológica desde hace más de tres décadas (De Certeau, 1988; Taussig, 1987; Auyero, 2001; Merklen, 2000; Isla, 2009).

En este trabajo, se abordan estas las tres dimensiones mencionadas se analizan a la luz de los aportes de los aportes teóricos y metodológicos provenientes de la Antropología Política y de la Antropología Crítica de la Salud para el análisis de las formas de enfermar, padecer, sufrir, cuidar y morir, sobre todo en contextos sociales marginales y vulnerables los encontramos en los trabajos de Grimberg (2009) o Fassin (2004), los cuales tienen en común el considerar tanto el conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida que se corporifican en una diversidad de padecimientos y modos de sufrimiento social.

Basada en los resultados de una investigación etnográfica¹ que implicó un trabajo de campo desarrollado durante los años 2010-2013, en este trabajo analizo las características y tipos de relaciones que se establecen entre los malestares, deterioros, padecimientos y peligros relacionados con la tuberculosis y los procesos de politización de las cotidianidades barriales. Para la realización de la investigación se utilizó una metodología etnográfica dentro de la cual se desarrollaron técnicas de investigación cualitativas y estuvo basada en el trabajo de campo. Este último, se realizó durante el período anteriormente mencionado en diversos barrios del AMBA, los cuales carecían de un trazado urbano específico y presentaban características típicas de los asentamientos denominados localmente “barrios” o “villas”². Las técnicas de investigación cualitativas utilizadas se diferenciaron de acuerdo a las etapas de investigación. Durante la primera etapa, se llevó a cabo la aproximación e identificación de los sujetos diagnosticados con TBC, de las redes afectivas y del personal de salud perteneciente a 3 centros de atención primaria de la salud y a 2 Hospitales donde las personas contactadas y entrevistadas se atendían³. En esta instancia se

¹ La investigación contó con el apoyo institucional y el financiamiento de la Universidad Nacional de La Matanza (C2DER- 001).

² Si bien las expresiones “villa” y “barrio” suelen presentar diferencias en lo que refiere a los entornos sociales y económicos de cada una, en este texto se emplearán indistintamente una y otra debido a que la mayoría de las personas que habitan las denominadas “villas”, suelen referir a sus entornos urbanos como “barrios” debido a la carga estigmatizante que la expresión “villa” conlleva.

³ El objetivo general de la investigación que dio origen a este texto consistió en identificar, describir y analizar las nociones, acciones y prácticas de cuidado, autocuidado y dependencia vinculadas directa o indirectamente con el deterioro, sufrimiento y muerte por TBC, realizadas tanto por personas diagnosticadas con TBC que residen en barrios marginales, pobres y vulnerables del AMBA como por sus redes afectivas y vinculares. De modo coherente con este objetivo, se definieron dos tipos de unidades de análisis: 1) Sujetos individuales: a) personas, varones y mujeres mayores de 18 años que padezcan de TBC y que pertenezcan a poblaciones vulnerables de la ciudad de Buenos Aires; b) personas, varones y mujeres que trabajan en instituciones de salud (centros de atención primaria de la salud y Hospitales) vinculadas directa o indirectamente con los padecimientos asociados a la TBC. 2) Redes de vínculos próximos (basados en el parentesco, vecindad o afinidad): varones y mujeres que participen de las actividades de cuidado de la persona con TBC y pertenezcan a las redes sociales de vínculos próximos de las personas diagnosticadas, ya sea por parentesco, vecindad o afinidad.

realizaron 20 entrevistas abiertas y se combinaron las técnicas del informante clave con la técnica de bola de nieve⁴.

Durante la segunda etapa, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas confeccionadas ad hoc a los fines de la investigación al personal de salud que atendía en las instituciones de salud contactadas, a las personas diagnosticadas con TBC y a sus familiares y allegados que participaban de las actividades de cuidado. Las entrevistas tuvieron como índices temáticos las categorías e indicadores que operacionalizaron los objetivos de la investigación⁶. En esta etapa, se realizaron 67 entrevistas semi-estructuradas: 45 a pacientes diagnosticados con TBC; 12 a familiares o allegados y 10 a profesionales de salud que asisten a personas con TBC (7 médicos, 2 trabajadoras sociales y 1 enfermera).

En todas las entrevistas se contó con el consentimiento informado en el cual se explicitaban los objetivos de la investigación y la metodología utilizada aclarando el carácter anónimo, voluntario y confidencial de las mismas. Por tal motivo, a lo largo del texto los nombres de los entrevistados se han cambiado por otros de fantasía y se ha borrado todo rasgo que pueda identificarlos directa o indirectamente, entre ellos, el nombre del barrio y de los centros de salud u Hospitales. Las entrevistas fueron grabadas y en aquellos casos que no fue posible el registro por grabador los datos fueron registrados en notas de campo, así como también los resultantes de las observaciones. Los textos obtenidos de las entrevistas y las notas de campo fueron analizados de acuerdo a las técnicas de análisis de contenidos por categorías e indicadores.

Tuberculosis, estado y desigualdad

La tuberculosis es una enfermedad inhabilitante, de larga duración, con grandes complicaciones para la persona que la padece y su entorno, que se transmite de una persona enferma a una sana por vía respiratoria y cuyo tratamiento es largo y, según hemos registrado durante el trabajo de campo, comprende la toma diaria de entre 3 y 7 pastillas durante 6 meses. Es definida como “una enfermedad de la pobreza y de las privaciones; de vestimentas ralas, cuerpos flacos, habitaciones frías, mala higiene y comida insuficiente” (Sontag 1998:6) y es considerada una enfermedad de la segregación y de la marginación social al estar estrechamente vinculada a las condiciones de vida, entre las que destacan: la calidad y cantidad de alimentación, el tipo de trabajo, el hacinamiento y el tipo de vivienda (Farmer 2003; Goldberg 2010).

Desde la perspectiva de los propios sujetos entrevistados, los síntomas asociados a la TBC son: a) extrema delgadez; b) tos constante que puede provocar “escupir” sangre; c) altas temperaturas corporales; d) dificultades para caminar o hacerlo “encorvados”, es decir con el torso inclinado hacia adelante; e) dolor de pecho y espalda, sobre todo debajo de las costillas; f) dolor de cabeza constante; g) cansancio extremo; h) dificultades para dormir por la tos y la “falta de aire”, teniendo que hacerlo sentados para aliviarlo; i) falta de apetito; j) depresión, poco ánimo o “ganas” para hacer las actividades diarias.

Por ejemplo, Clara comentaba lo síntomas que tenía cuando aún no estaba en tratamiento de la TBC. Ella tenía al momento de las entrevistas 29 años, es migrante peruana, madre de una niña de 1 año y que trabaja junto con su marido y dos parientes cosiendo y armando corpiños en la vivienda en la que alquilan la cual consta de dos habitaciones y un baño compartido para todo el piso.

⁴ Se contactaron personas que habiendo sido diagnosticadas con TBC permitieron contactar a otros infectados, familiares o allegados ⁶ Las categorías e indicadores para la documentación y análisis de los datos fueron: 1) Ejecución de políticas y atención en los centros de salud; 2) Vulnerabilidad social y condiciones generales de vida; 3) Redes Sociales y de Vínculos Próximos; 5) Procesos relativos a la vulnerabilidad en salud; 6) Prácticas y Actividades orientadas al cuidado, reparación de daños y supervivencia en general.

“Estaba tosiendo todo el día... primero me resfrié y... casi tres semanas me resfrié. Un mes pasé paré y seguí tosiendo. Era mucha tos y calentura [fiebre]. Náuseas me daba y mareos y sueño, mucho sueño. Estaba débil. Pensé que estaba mal de la cabeza, como me daban mareos y náuseas, pensé que era de la cabeza. No tenía ganas de comer, me cansaba de caminar, tenía dolor en el estómago y no quería comer. Un día fui al centro de salud porque me sentía mal y había bajado de peso bastante. No podía dormir. La tos que tenía era dura y con sangre. Me mandó a hacer el esputo, la orina, de todo y salió positivo. ‘Tenés tuberculosis’, me dijo.”

A las malas condiciones de vida, la pobreza y la segregación, algunos estudios añaden como causa de la morbilidad y mortalidad por TBC, las dificultades en el acceso a la atención médica de los pacientes y a la organización y prestación de los servicios de salud (Penna et al, 2003). En relación con ello, en 1993 la Organización Mundial de la Salud declaró a la tuberculosis una emergencia mundial en salud pública y diseñó el tratamiento que hoy conocemos con el nombre de Directly Observed Therapy Shortcourse o (DOTS) o Tratamiento Acortado Directamente Observado (TDO). En ese momento, la OMS estimaba 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). Se trata de la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo (después del VIH que causó 1,8 millones de muertes en 2008).

En Argentina, entre los años 2009 y 2010, el 20% de la población que habitaba los departamentos con mayor tasa de NBI tuvo casi 5 veces más cantidad de casos notificados que el 20% de la población que habitaba los departamentos con menor tasa, siendo el coeficiente de Gini de 0,39. Los 212 departamentos con mayor cantidad de hogares con NBI (correspondiente al 20% de la población total), presentaron un promedio de tasa de 29 casos por 100.000 habitantes, casi el doble de la que presentaron los 114 departamentos con menor proporción de hogares con NBI con un promedio de 14,4 casos por 100.000 habitantes (ANLIS, 2014). Es decir, las características y tipos de cuidados, sufrimientos, padecimientos y muertes por TBC en las personas que habitan en los barrios marginales, pobres y vulnerables, se entretajan con procesos macro-estructurales políticos, económicos y sociales (Farmer, 2004; Grimberg, 2004; Bourgois y Bruneau, 2000).

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (en adelante, PNCTB) es el organismo, bajo la dependencia del Ministerio de Salud de la Nación, que tiene a su cargo la programación, gestión y administración de los recursos y las actividades que se disponen con el fin de instrumentar los medios más idóneos para el control del problema. En este sentido, en el ámbito del programa junto con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad de Buenos Aires, se seleccionan las estrategias para el control de la TBC. El PNCTB se propone los objetivos de: reducir la morbi-mortalidad por TB; reducir la transmisión de la infección tuberculosa; reducir la resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* a los medicamentos antituberculosos.

Argentina ha adherido a la estrategia propuesta por la OMS y el conjunto de los países del mundo para el control de la TBC, denominada “Estrategia Alto a la Tuberculosis” y que cuenta con una serie de componentes entre los que se destaca el desarrollo y fortalecimiento del Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES) de la TBC como estrategia de cura con el fin, asimismo, de reducir la carga de fuentes de contagio en la sociedad. Éste consiste en la supervisión estricta u observación directa de la toma de todas las dosis de medicamentos, es decir, que un agente de salud (médico, enfermero o agente sanitario) debe suministrar y observar que el paciente diagnosticado con TBC tome los medicamentos día tras día durante los seis meses que dura el tratamiento.

El programa, de carácter nacional⁵, contempla instancias provinciales con un responsable encargado de gerenciar la ejecución de medidas de control en la provincia. Asimismo, una instancia intermedia relativa a las Regiones Sanitarias y una local. En estas últimas, se lleva a cabo el desarrollo del Programa Nacional de Control de la TBC (PNCTB) e involucra la puesta en marcha sobre el terreno de las actividades concretas definidas dentro del mismo. En esta etapa se pasa del plano de la discusión y planificación al plano de la acción en un territorio determinado incluyendo la ejecución, gestión y administración de los recursos disponibles para lograr los objetivos planteados. Ahora bien, y siguiendo el organigrama del PNCTB, el nivel municipal comprende los hospitales, los centros de salud y las unidades penitenciarias, siendo que las responsabilidades por la ejecución del mismo recaen en los directores de dichas instituciones.

Ahora bien, a continuación analizaré las lógicas presentes en los propios centros de salud que procuran adecuar los requisitos del PNCTB a las realidades con las que trabajan diariamente, considerando los procesos de toma de decisión y de las preferencias, así como también de los conflictos, disputas, enfrentamientos y desacuerdos que se producen en el marco de la vida cotidiana de los miembros que trabajan en los centros de salud y de la población que asiste –o no– a los mismos. Todo ello, entendiendo que es justamente en esta dinámica cotidiana en la que se juegan la ejecución y puesta en marcha de todas las políticas sociales en general y del PNCTB en particular.

Para adentrarme en el análisis de la información recogida durante el trabajo de campo, comenzaré señalando algunas particularidades que adoptan las políticas de salud vinculadas a la TBC en relación con los procesos de toma de decisión, las preferencias, los conflictos, disputas, enfrentamientos y desacuerdos que se producen en el marco de la vida cotidiana de los centros de salud y el barrio. Así, por ejemplo, en diversos barrios del conurbano bonaerense, se han entrevistado directores de centros de salud, alguno de ellos cercanos entre sí y cuyas áreas de incumbencia eran limítrofes. De estos encuentros, surgió una diferencia en las formas de concebir y presentar la problemática de la tuberculosis en el marco de los barrios donde residen las personas que asisten a dichas unidades sanitarias.

Un ejemplo de lo anterior fue lo expuesto por el ex-director de un centro de salud que atendían cerca de 45 casos de TBC por mes (entre nuevos y los que están en tratamiento). En particular, señalaba que mucha de la población a la que asisten es migrantes y que los constantes viajes que éstos realizan a sus países de origen complican el seguimiento del tratamiento. Por tal motivo, habían desarrollado con el médico encargado del programa y con la trabajadora social un sistema de comunicación con los centros de salud de destino para anunciar el viaje del paciente con el fin de ser contactado y continuar el tratamiento. Asimismo, los residentes de medicina general que asistían al centro desarrollaban diversos programas y actividades con la meta de dar a conocer las medidas de prevención de la TBC. Ahora bien, en otro centro de salud ubicado a unas 10 cuadras –ambos en la periferia de un barrio marginal con las características típicas de las denominadas “villas”–, el director del mismo refería que no tenían registros de casos de tuberculosis, ni personal dedicado a atender este padecimiento.

⁵ El PNCTB realiza anualmente un plan operativo para el control de la TBC, el que resume no sólo los aspectos administrativos y de gestión que se proponen para el control del problema sino también el plan específico de acción, las prioridades previstas, los responsables, cronogramas, presupuestos y fuentes de financiamiento propuestas, para llevar adelante el control de la TBC en Argentina. El mismo, tiene sede en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”, localizado en la ciudad de Santa Fe donde se registran todos los casos notificados en el país, se realiza el correspondiente pedido de medicamentos y se llevan adelante la vigilancia y seguimiento tanto de la situación y comportamiento epidemiológico de la TBC como de las acciones llevadas a cabo para evaluar su calidad y pertinencia.

“Director: Acá no hay tuberculosis, no atendemos... no tenemos un programa de tuberculosis...”

E: Ahhh... pero acá cerca, en la otra unidad sanitaria tienen muchos...”

Director: Si, pero acá no hay, tenemos muchas enfermedades respiratorias sobre todo cuando comienza el frío... a ver... si uno se pone a buscar por todos lados,... si los médicos buscan... seguro que van a encontrar... si uno se empeña en buscar, seguro encuentra... acá no hemos registrado más que alguno que otro caso que se ha derivado.”

Cabe señalar la particularidad que ambos centros de salud habían sido construidos en la misma época, hacia mediados de los años 1970 y compartían las mismas características edilicias. Estos directores, en tanto actores sociales dentro del proceso de implementación de la política pública se ubican, como señala Restrepo (2010) en contextos de poder específicos, con intereses, objetivos, prejuicios e ideologías propias también específicos que moldean la política pública. La expresión “*se pone a buscar*” para “*encontrar*” da cuenta de un modelo de salud con una mirada asistencialista “*puertas adentro*”. Así, el proceso de implementación del programa (PNCTB) no es ajeno a diversos problemas institucionales, políticos o de infraestructura del nivel local del sistema de salud, como tampoco del *habitus* del personal de salud –en este caso el director que considera que no hay que buscar-. Es decir, se encuentra estrechamente vinculado a los mecanismos de poder que subyacen a la política pública y que no son voluntariamente impuestos por una sola persona en particular (Restrepo, 2010).

En cuanto a las limitaciones estructurales, por ejemplo, uno de los municipios en los que se trabajó contaba con un sólo móvil disponible (había cuatro en reparación) para el traslado de las muestras -entre ellas las de esputo que posibilitan corroborar o rechazar el diagnóstico clínico de TBC realizado por el médico-. Debido a las extensiones territoriales del municipio, sólo los viernes pasaba a buscar las muestras por dicho centro de salud para llevarlas al laboratorio, siempre y cuando no surgieran contratiempos entre los que hemos registrado: que la ambulancia no funcionara, cortes de ruta, falta de combustible, licencias o ausencias del chofer, paros, feriados o que la ambulancia fuera enviada a cubrir alguna situación particular. Si no sucedía ningún contratiempo, en un lapso de tiempo que oscilaba entre 15 y 30 días llegaban los resultados al centro de salud. Según comentaba uno de los médicos encargados del programa, esta situación -compartida por varios otros centros- genera complicaciones no sólo en el tratamiento de la persona que padece sino que es una fuente de constante contagio de TBC, sobre todo, hacia sus familiares, allegados y compañeros de trabajo.

“...es muy complicado que sea así, porque en todo ese tiempo que tarda en venir el resultado y vuelvo a ver a la persona, muchas veces pasan tres semanas o un mes cuando pasa algo con la ambulancia y en todo ese tiempo la persona si tiene TBC... que la mayoría de los casos lo tienen... contagia.” (Médico, centro de salud)

Asimismo, Javier, de 32 años, padre de 5 hijos y trabajador de la construcción, mencionaba que su diagnóstico de TBC se demoró debido a las complicaciones que tuvo para poder acceder a la placa radiográfica que le confirmara la TBC.

“Acá en la salita me atendieron muy bien esa gente. Y bueno... el que me atendió me miró y me dijo ‘vos tenés algo muy grave. Yo ahora no te puedo

hacer radiografía'. No tenía justo para hacer radiografía para el pecho para ver qué es lo que tengo. Me dijo: 'tenés que irte a una hospital urgente porque vos tenés algo muy pesado'. Me preguntó si tenía SIDA, me preguntó de todo. Bueno... me mandaba al hospital y yo fui. Al otro día fui. Y pasa que me dieron turno para la radiografía para dos meses. A los dos meses me la hicieron y cuando fui y me vio el médico me dijo: '¿vos viste lo que tenés?, tenés TBC. 'Y qué es eso', pregunté. Me temblaron las piernas.' (Javier, 32 años, en tratamiento por TBC).

Durante ese lapso de tiempo, las personas con TBC pueden contagiar y, al no recibir tratamiento, los síntomas, malestares, sufrimientos, dolores y padecimientos persisten y se intensifican. Desde la perspectiva de las propias personas entrevistadas, hasta que comienza a “*hacer efecto*” la medicación les cuesta caminar, dormir, trabajar, atender a los hijos, la casa o ir a hacer las compras. En ese tiempo, también el centro de salud espera una respuesta que si bien trata al bacilo, no modifica las condiciones de vida, marginalidad, violencia, sufrimiento y pobreza asociadas a dicho padecimiento.

Todo ello, puede entenderse con la expresión de “violencia estructural” plateada por Farmer (2003), ya que son los procesos y las fuerzas históricas las que conspiran para delimitar la acción individual, las que sientan las bases de la infelicidad humana y frente a las cuales a las personas afectadas les resulta difícil desarrollar la autonomía tanto individual como colectiva. La pobreza, la exclusión, los tiempos del sistema de salud y el tipo de tratamiento medicamentoso asociados a la tuberculosis dan cuenta de ello, así como también de las formas en que la vida cotidiana de los sujetos se ve atravesada por las tramas de poder presentes en lógicas de las políticas públicas.

Por ejemplo, uno de los centros de salud donde se realizó el trabajo de campo, contaba con un laboratorio con un bioquímico experimentado que analizaba las muestras y obtenía los resultados en 24 horas e incluso menos cuando la situación lo requería. No obstante, las presiones del municipio vinculadas a la reducción del personal, tendieron a ir desmantelándolo lentamente y permanecía funcionando en latencia hasta la cercana jubilación del bioquímico. De esta manera, los médicos se enfrentan a una contradicción entre: a) el objetivo del PNCTB de instrumentar los medios disponibles para controlar y erradicar la TBC considerando al director de los centros de salud como responsables locales de la ejecución del mismo; b) el desmantelamiento del laboratorio y la reducción del personal. Es decir, la ambigüedad y flexibilidad de las disposiciones del PNCTB extienden el juego político hasta el ejecutor (Meny y Thoening, 1992) y, a la vez, afectan las formas de padecer, enfermar y sufrir de TBC de los sujetos y sus familias.

En los relatos de los médicos y personas de salud entrevistados se pone de manifiesto la presencia de una brecha entre las decisiones de quienes son los responsables municipales y provinciales del programa y quienes se encuentran “*en terreno*”, es decir, trabajando con la gente destinataria de los programas sociales. Así, un director de un centro de salud ubicado dentro de un barrio marginal y vulnerable del Área Metropolitana de Buenos Aires, hacía referencia a los conflictos que le generaban el entrecruce de la “*realidad que le tocaba atender*” y las exigencias de los responsables municipales.

D: Lo que más me molesta es que a fin de mes tengo que entregar las planillas a la secretaría de salud (del municipio) y decime vos cómo hago para poner en esos casilleros de cada planilla de cada programa o que tengo que presentar al municipio todas estas situaciones, como la que te acabo de mostrar (joven gritando y dañando sillas del pasillo de espera). Tengo que tomar decisiones que pueden comprometerme. Si le digo que no cierren con llave la puerta de la guardia y se muere una

persona en la puerta... y si un día apuñalan a la médica de la guardia de los sábados... yo soy responsable también por mis médicos... eso no entra en una planilla.... Y a fin de mes te están llamando para que las mandes...

E: ¿Y hay forma de hablar con la secretaria de salud?

D: Yo fui a hablar con él, pero es gente que sólo le preocupa tener las planillas para presentar sus estadísticas y decir que se están haciendo las cosas, no importa cómo... Nunca estuvo en un centro de salud en barrios como este, no tiene idea... “

Debido a diversas situaciones de violencia gestadas por personas que asistían al centro y que comprometieron la integridad física del personal y de otros pacientes, el director se enfrenta a un dilema de responsabilidades. En lo que respecta al tema específico de esta investigación, las decisiones acerca de soluciones pensadas y puestas en marcha *ad hoc* según las realidades de cada centro de salud, también se encuentran presentes. El ejemplo más claro recogido durante el trabajo de campo, fue la recurrencia de los diversos efectores de salud de modificar el programa de tuberculosis el cual indica que la medicación tiene que ser entregada al paciente todos los días y estar directamente observada por un agente de salud (el tratamiento TAES propuesto por la OMS), entregando medicación según las particularidades de cada caso (para 15 o 30 días).

Por ejemplo, el médico encargado de programa perteneciente al servicio de neumonología de un hospital provincial que tiene más de 130 personas diagnosticadas con TBC, señalaban que debido a las complicaciones que tienen los pacientes para acercarse al servicio habían tomado la decisión de entregar los medicamentos para un mes, tanto para el paciente como para sus familiares.

“M: A veces sabemos que tenemos que darle la medicación para toda la familia, tanto a los que están en tratamiento como los que toman medicación para evitar el contagio. En general, solemos darle para una semana o dos, pero hay veces que sabemos que no pueden venir y les damos para todo el mes. Preferimos eso a que dejen el tratamiento y después regresen ya multirresistentes.”

A partir de las narraciones del personal de salud entrevistado es posible señalar que los arreglos institucionales elaborados emergen como soluciones formuladas individualmente –en este caso en particular, por el directivo del servicio- con el objetivo de ir modelando de forma particular las estructuras de los programas. Todo ello, contemplando las posibilidades no sólo de carácter administrativo y financiero, sino también con la gente de los propios barrios. Así, los gobiernos locales, entendidos como instancias en las cuales se gestiona todo lo relacionado con el uso y la apropiación del espacio urbano, el suministro de los servicios públicos y en donde se instalan las relaciones más próximas entre el gobierno y la ciudadanía (Ziccardi, 1996), llevan adelante el programa de control de TBC no sólo a través de sus tomadores de decisiones (como lo secretarios de salud y los intendentes) sino también de los diversos actores sociales involucrados, sus intereses políticos y económicos y sus preferencias.

Ahora bien, dilucidar sobre las capacidades de los gobiernos locales en el proceso de implementación del PNCTB en los barrios marginales y vulnerables implica comprender: a) el complejo andamiaje de relaciones inter-institucionales; b) la vida cotidiana de los barrios; c) las lógicas de poder presentes en los mismos. Todo ello, contemplando al conjunto de valores, actitudes, expectativas, normas y prácticas sociales desarrolladas en un espacio social específico en un momento determinado. Así, por ejemplo, un ex-secretario de salud de uno de los municipios del conurbano bonaerenses, mencionaba que el acceso por parte de agentes de salud (para diferenciarlos

de los médicos, enfermeras y personal de salud que trabaja diariamente en los centro de salud) a los barrios del municipio estaba supeditada a los vínculos políticos del propio intendente.

“S: Antes de ir a los barrios, por ejemplo para realizar una campaña de vacunación o cualquiera otra, nos juntábamos con el cuñado del intendente, le comentábamos qué programa teníamos pensado hacer, él sacaba el mapa del municipio y con una lapicera me indicaba los sectores y barrios donde podíamos bajar con la ambulancia, por ejemplo, y dónde no. Dónde podíamos ir.

E: ¿Y qué pasaba si iban a esos barrios que no les marcaba?

S: Nos sacaban a piedrazos, tiros o no dejaban pasar a la ambulancia... El cuñado nos indicaba dónde podíamos entrar y con quién teníamos que contactarnos cuando llegábamos a cada barrio. Con quiénes estaban en el barrio.

E: ¿Eran referente de salud o algo por el estilo?

S: No, era gente que tenía conexión con la gente del intendente... no tenían cargo municipal, en salud seguro que no...”

La expresión “*poder bajar*”, da cuenta de una concepción de política pública como procesos lineales, de arriba hacia abajo y que, aplicado a las políticas públicas, comienzan con la formulación en un texto y terminan con la implementación en el marco de una secuencia lógica de eventos que se desenvuelve por una cadena de mando de varios niveles administrativos, desde funcionarios del Estado y burócratas de a pie (Lipsky, 1980) hasta llegar a su eventual recepción por parte de la gente. Aquí, se puede identificar el segundo aspecto señalado párrafos arriba respecto de las capacidades de los gobiernos locales en el proceso de implementación de las políticas públicas: la vida cotidiana en los barrios, en caso de esta investigación, de los barrios pobres, marginales y vulnerables. En particular, me detendré a continuación en las redes vinculares y comunitarias que moldean y a la vez son moldeadas por las políticas sociales.

Por ejemplo, Josefina, una mujer de 49 años, migrante y madre de 3 hijos que nacieron en ese mismo barrio donde hoy habitan señalaba que presenta dificultades para el acceso al centro de salud más cercano para ir a buscar la medicación de la TBC, la cual le fue diagnosticada hacía un mes. Según su perspectiva, tanto su pareja como sus tres hijos dieron negativos, no obstante, estaban recibiendo la medicación correspondiente al tratamiento preventivo la cual consiste en la toma diaria de tres pastillas durante tres meses.

“J: Acá yo me atiendo en el centro de salud por la enfermedad...lo que me pasa que a veces es difícil porque no siempre tengo para el colectivo y ir caminando es lejos, sobre todo cuando hace frío o llueve yo no puedo ir.

E: ¿Pero ese te queda más lejos, por qué no vas al de acá?

J: No... lo que pasa es que mi hijo anduvo con mala junta y tuvo problemas con unas personas que viven justo por donde tengo que pasar para ir ahí (al centro de salud cercano)... no quiero problemas porque es gente muy pesada... por eso me doy toda la vuelta, salgo por el otro lado y me tomo el colectivo... A veces mando a mi hija o mis hermanas me ayudan si van por la zona y me retiran la medicación...”

A modo de síntesis, en este apartado se describieron y analizaron las diversas dificultades que presenta el proceso de implementación del PNCTB considerando la perspectiva de los propios actores sociales involucrados en dicha cadena hasta llegar a las dificultades de acceso que pueden

presentar los habitantes de un determinado barrio. Las particularidades que adoptan las políticas de salud en los barrios marginales y vulnerables del AMBA en relación con las dinámicas barriales a las que me refiero en este texto, dan cuenta de las lógicas de poder desarrolladas en los barrios, de los procesos de toma de decisión y de las preferencias, así como también de la violencia, conflictos, disputas, enfrentamientos y desacuerdos que se producen en el marco de la vida cotidiana barrial.

En nuestro recorrido, desde el diseño del PNCTB hasta las dificultades personales de los sujetos para el acceso a los centros de salud donde se llevan a cabo las acciones vinculadas al mismo, considero importante detenerme a analizar en el próximo apartado las lógicas de poder y dinámicas de la vida cotidiana presentes en los barrios, los cuales constituyen un factor indisociable de las prácticas políticas locales que permiten comprender y analizar la complejidad de los procesos de implementación de políticas de salud en contextos de marginalidad y vulnerabilidad.

Tuberculosis, líderes barriales y trabajo

“Nos juntamos con Claudia (la enfermera del centro de salud del barrio) en la esquina que siempre lo solíamos hacer y comenzamos a recorrer el barrio pegando carteles que anunciaban una campaña de vacunación para el siguiente sábado por la mañana. Mientras caminábamos por las calles sin veredas del barrio me llama la atención una parte del mismo en la cual las calles estaban delimitadas por cordones muy prolijamente confeccionados y una capa asfáltica en perfecto estado. Asimismo, mientras daba cuenta de ello y le preguntaba si sabía a qué se debía esa diferencia entre estas cuadras y el resto del barrio, comienzo a notar con cierta intranquilidad que nos seguían.

Miro de reojo varias veces y percibo que un hombre delgado, bien vestido con pantalones de jean, campera de cuero ceñida al cuerpo y hasta la cintura, botas, sombrero y guantes; efectivamente nos seguía dejando entre él y nosotras alrededor de 50 metros. Le pregunto a Claudia por él y respondió que le decían Tito. Como teníamos que regresar por donde habíamos caminado y pasar frente a él, decidí presentarme y comentarle qué estaba haciendo en el barrio. Lo hago.

Él me escucha atentamente y comenta a modo de respuesta que él es el presidente de ese barrio, el cual se había organizado debido a que entre un grupo de hombres (entre los que se encontraba él) habían comprado todo el predio donde se emplazaba el barrio, lo habían loteado y vendido en cómodas cuotas a las familias que consideraban emprendedoras, trabajadoras y con ánimo para progresar. Le pregunto por el cordón de la vereda y la calle tan prolija que tanto me habían llamado la atención y me responde que eso lo hace una cooperativa en la que participan los frentistas de cada cuadra y que dirige él mismo. Asimismo y continuando con dicha respuesta, nos cuenta que tiene pendiente “poner” un centro de salud (y nos señala la ubicación).

Le pregunto: ‘Acá cerca hay uno, ¿por qué otro, no van ese?’.

Me responde: ‘No, en ese la gente se queja que la tratan mal. Un tiempo funcionó ahí donde te digo un consultorio con un médico que atendía bien a la gente del barrio, pero lo sacaron la gente de la municipalidad...’

Luego continúa diciendo que también tiene pensado poner una comisaría (también señalando su pensada ubicación) porque la que le corresponde está muy lejos y mal comunicada y agrega que él como presidente del barrio en el que casi todo se hace a través de cooperativas de trabajo, tiene la responsabilidad de negociar con las autoridades municipales y provinciales,

con los inversionistas y con la propia gente del barrio para que todo “marche bien”.” (nota de campo, entrevista con Tito, abril 2012).

En este apartado, me detendré en el análisis de los procesos de territorialización de la política desarrollados a través de redes informales como estrategias para procurar recursos en territorios específicos. Estos procesos, desarrollados a través de las redes informales presentes en la creciente politización de las cotidaneidades barriales tuvo como protagonistas durante los años 1990 a los grandes sindicatos industriales, el gobierno provincial y los municipios (Auyero, 2001; Merklen, 2005) que consolidaron prácticas y sentidos respecto del acceso a determinados recursos brindados por los distintos niveles de gobierno.

En Antropología como en otras ciencias sociales, este tema de las políticas barriales (bajo los formatos de protestas sociales, asambleas barriales, toma de fábricas, brokers, piquetes, entre otros) ha sido ampliamente documentado, principalmente desde la antropología política (Cafassi 2002; Ouviña 2002; Auyero 2002). Los análisis de estas políticas barriales divergen en cuanto a su causalidad, sentidos y relación con el estado, no obstante, existe cierto consenso en torno a ser consideradas espacios de reinserción de la ciudadanía, así como también de producción y reflexión acerca del poder de los sectores populares (Cafassi 2002). Otras investigaciones las consideran como formas de impugnación del Estado y de la política burguesa (Ouviña 2002); o como formas de protesta social asociadas a la pobreza y el desempleo y atravesadas por la desproletarización, la retirada y desmantelamiento del Estado de bienestar (Auyero, 2002).

Estos referentes barriales poseen un gran apoyo por parte de la población porque pueden proveer de recursos a los miembros de las comunidades debido a los contactos con los gobiernos locales, provinciales o nacionales y con diversos grupos políticos. Asimismo, muchas veces –como en el caso de Tito– son ellos los que “*ponen las reglas*” de las lógicas, características y formas de producción, de urbanización y de sociabilidad dentro de barrio. Cuando le pregunté a la gente sobre Tito, los comentarios acerca del mismo fueron diversos, dispares e incluso contradictorios. No obstante, en la mayoría de los relatos se da cuenta de su autoridad al mencionarlo como “*el presidente del barrio*”. Continué indagando en terreno acerca de cómo fueron los orígenes de este liderazgo de Tito y cuáles y cómo eran las relaciones con el Estado, el sistema político y la propia comunidad. En particular, procurando comprender las relaciones con el sistema de salud.

Las características del barrio del cual Tito era presidente es que se trataba de una “villa”, con predominio de población migrante peruana y boliviana, construido hace 10 años aproximadamente según refieren tanto sus habitantes como el persona del salud del centro cercano. Es lindante a dos barrios, uno una “villa” en la cual habitan mayoritariamente argentinos y de la cual lo separa un alambrado instalado por la propia gente de Tito. El otro es lo que ha quedado de un barrio de viviendas sociales construido en la década de 1960.

En general, las respuestas que recibía daban cuenta que esos terrenos hoy densamente poblados por viviendas de dos o tres pisos hace unos 10 años era una pastizal. Sin conocer las lógicas locales y a los ojos de una extraña en el mismo, el barrio no parece diferenciarse de otros barrios. No obstante, ese alambrado puesto por “*la gente de Tito*” separa los barrios que datan de unos treinta años donde “*viven los argentinos*” de otro, del cual Tito es el presidente, donde mucha de la población es migrante o descendientes directos de migrantes, mucha de ella boliviana. Los conflictos entre ambos lados del alambrado son frecuentes e incluso, en ocasiones, involucran hechos violentos que remiten en las justificaciones por parte de los sujetos vinculadas a la xenofobia, la discriminación, la disputa por recursos o conflictos personales. En consecuencia, el fenómeno de la territorialización de la política no sólo incide en las lógicas, prácticas y sentidos atribuidos a los recursos que brindan los distintos niveles de gobierno, sino que también en otras ocasiones indica que se politizan conflictos que tienen otro origen.

El liderazgo de Tito en el barrio, se asocia a la distribución de esas tierras, las cuales habían sido loteadas y vendidas. Ahora bien, no sólo fueron las tierras lo que brindó Tito sino también la posibilidad de formar parte de las cooperativas que brindan trabajo a muchos de los habitantes. Particularmente, es en este punto del análisis donde la presencia de Tito se vincula con nuestra investigación. Muchas de las cooperativas de trabajo que funcionaban en el barrio, eran textiles.

Esto último tiene relevancia debido a que en Argentina, una de las dimensiones que ha sido abordada por la Antropología en el análisis de la TBC es la relativa a las condiciones de trabajo, muchas veces vinculadas a las condiciones de migración. Así, por ejemplo Goldberg (2010 y 214) señala para el caso específico de los bolivianos que en éstos se presenta una predominancia de su condición de clandestinidad (irregularidad administrativa-migratoria), están sometidos a un importante proceso de estigmatización por parte de sectores de la población local y se insertan en puestos de trabajo precarizados que en algunos casos rozan las condiciones de esclavitud. Estos trabajos a los que se refiere en su investigación conforman modos de vida/trabajo/vivienda en los talleres textiles clandestinos, lo cual constituye un alto riesgo para la salud, sobre todo en lo que respecta al contagio de tuberculosis entre inmigrantes y sus familiares. Muchos de estos puestos de trabajo precarizados, eran en talleres textiles donde el hacinamiento, la mala alimentación, las condiciones de trabajo y el polvillo resultado del proceso de corte y costura de las prendas era un nicho propicio para el contagio de la TBC.

Durante el trabajo de campo en el barrio fue posible registrar -además de los grandes talleres textiles clandestinos y no- nuevas formas producción textil caracterizadas por desagregar la producción en distintas unidades domésticas que funcionan como pequeños talleres que cumplen las funciones diferenciales de corte de las prendas, costura recta, costura overlock, remallado, y terminaciones. Es decir, adopta el formato de trabajo familiar, con las posibilidades -siempre en ventaja para el contratista- de poder emplear a menores a partir de los 14 años⁶ y de no tener empleados no registrados. Frente a una inspección de los organismos de control, las unidades de producción estarían en falta con el pago del monotributo a cargo de cada grupo doméstico.

No obstante estos cambios en las formas de producción textil, la precariedad laboral, el hacinamiento y la exposición a los polvillos residuales de los cortes y costuras no han dejado de estar presentes y de afectar las condiciones de salud de estos trabajadores, propiciando también la presencia y contagio de TBC -y de la salud en general-. Un ejemplo de lo anteriormente expuesto, se evidencia en el relato de Ana, una joven de 26 años, casada y con un hijo de 4 años que vive en un departamento con baño compartido. Ella trabaja en su casa con la costura de overlock junto con su marido y un primo de su marido (de quien cree haberse contagiado TBC).

“A: Yo trabajo en una cooperativa de construcción... ahora estamos acá arreglando este jardín y lo queremos dejar bien para los chicos que vienen. También estoy con la costura, sólo hago el overlock...”

E: ¿Cómo es eso de la costura?

A: Trabajo en mi casa con mi marido y un primo de mi marido... ese que le conté que creo que me pegó la tuberculosis... nos dieron una máquina del overlock y nos traen las piezas cortadas y nosotros la cosemos... es por semana...”

E: ¿Y cómo cobran?

6 La Ley Introdujo un nuevo artículo (189 bis) referido a la empresa de familia: los mayores de 14 y menores de 15 años podrán ser ocupados en empresas cuyo titular sea su padre, madre o tutor: pero por no más de 3 horas diarias y 15 semanales, siempre que no se trate de tareas penosas, peligrosas o insalubres y cumpla con la asistencia escolar. Pero la empresa de familia deberá gestionar para ello un permiso otorgado por la autoridad administrativa laboral. Dicha autorización no será otorgada si la empresa está subordinada económicamente, es contratista o proveedora de otra empresa.

A: *Por semana, al mes serán unos 1300 pesos cada uno que sacamos y de ahí nos sacan para la máquina, porque estamos en una cooperativa y así pudimos comprar la máquina en cuotas y pagamos todos los meses...*

E: *¿A quién le pagan?*

A: *Al de la cooperativa, lo conocimos por mi cuñado... es el que maneja todo, a veces manda a otras personas a cobrar... también si una pieza queda mal nos la descuentan."*

Estas nuevas formas de producción textil bajo ningún aspecto, les quita la condición de vulnerabilidad a los trabajadores. Algunas de estos trabajos familiares realizados en las unidades domésticas forman parte de cooperativas de trabajo, muchas de las cuales y, según lo recogido en los relatos de los entrevistados, tienen como referente a diversos líderes barriales, como el caso de Tito.

Conclusiones

En el texto se indagó acerca de las lógicas de cuidar, padecer y sufrir de tuberculosis en los sujetos que habitan en barrios marginales y vulnerables, considerando su emplazamiento territorial, el barrio, en el cual convergen en relación con la tuberculosis: a) los procesos de implementación de las políticas de salud vinculadas directa o indirectamente a la enfermedad y; b) la dimensión política de la vida barrial. Para ello, se describió y analizó las lógicas presentes en las prácticas asociadas al proceso de implementación del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

Se presentaron las diversas dificultades que presenta el proceso de implementación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, considerando la perspectiva de los propios actores sociales involucrados en dicha cadena hasta llegar a las dificultades de acceso que pueden presentar los habitantes de un determinado barrio. En virtud de ello, se identificó y describió la cadena de subjetividades, poderes, contradicciones, intereses, conflictos, representaciones y prácticas vinculadas con la tuberculosis. Posteriormente, se analizaron los procesos de implementación vinculados con padecimientos asociados a las condiciones de marginalidad y vulnerabilidad, focalizando en poderes y dinámicas barriales, considerados como factores indisociables de las prácticas políticas locales y, a la vez, como partes insolubles de la política e institucionales del poder local.

De esta manera, en el texto se presentó un escenario que procuró unir los procesos de implementación de las políticas de salud asociadas a las TBC tanto con las dinámicas de convivencia barriales como con las lógicas de poder y políticas presentes en los barrios. Es decir, tratar de encontrar el punto en que las luchas políticas bajo formas específicas en los gobiernos locales e instituciones de salud (esto es la ejecución del PNCTB) se entrecruzan con las luchas políticas ocurridas en el marco de los procesos políticos en su dimensión barrial y cotidiana.

Bibliografía

- ANLIS, (2011), Situación de la tuberculosis en Argentina [http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2014/05/Situaci%C3%B3nTb_2012_Web.pdf]
- Arrossi, Silvina; Herrero, María Belén; Greco, Adriana y Ramos, Silvina. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Salud colectiva* [online]. Vol.8, suppl.1. 2012, pp. 65-76.
- Auyero, Javier (2002), *La protesta. Retratos de la beligerancia popular en la Argentina democrática*, Buenos Aires, Libros del Rojas.
- Auyero, Javier, (2001), *La política de los pobres*, Buenos Aires, Manantial.

- Bourgois, Philippe y Julie Bruneau (2000), "Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: Confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation", *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 18:4, 325-350.
- Cafassi, Emilio (2002), "La revocación sonora", *Estudios Sociológicos*, vol. XX, núm. 3, septiembre-diciembre, 2002, pp. 677-694, El Colegio de México, México
- Creswell J, Jaramillo E, Lonroth K, Weil D, Raviglione M. "Tuberculosis and poverty: what is being done". *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. Vol.15(4). 2011, pp. 431-432.
- D'Amico, MV (2009): "Todo por los chicos" o las disputas en torno de los sentidos de la política: Nociones legitimadoras, planes de empleo y proyecto colectivo en un espacio de sociabilidad local. *Cuestiones de Sociología* (5-6), 55-78. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4051/pr.4051.pdf
- Farmer, Paul (2003), "The Consumption of the Poor: Tuberculosis in the 21st Century", *Ethnography*, December 2000 1: 183-216.
- Farmer, Paul. (2004) *An Anthropology of Structural Violence*, *Current Anthropology*, 45 (3): 305–325.
- Fassin, D. (2004): Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. *Hacia una antropología de la salud*, *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 40, enero-diciembre 2004.
- Goldberg Alejandro. "Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la Tuberculosis en inmigrantes Bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires". Buenos Aires: *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*. Vol. 1. N°3, 2010.
- Goldberg, Alejandro. "Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud:tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres clandestinos de Buenos Aires". Buenos Aires: *Cuadernos de Antropología Social*. N°39. 2014, pp. 229-232.
- Grimberg Mabel (2004), "Prácticas sexuales y prevención al VIH-Sida en jóvenes de sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. Un análisis antropológico de género", *Revista de Trabajo Social y Salud*, 2004; 47:21-44.
- Grimberg, Mabel (2009), "Poder, políticas y vida cotidiana. Un estudio antropológico sobre protesta y resistencia social en el área metropolitana de Buenos Aires", *Revista Sociología Política*, Curitiba, vol. 17, num. 22.
- Grimson, Alejandro *et al.* (2003), "La vida organizacional de zonas populares de Buenos Aires", informe etnográfico para *The New Comparative Study on Urbanization and Models of Development in Latin America*, agosto
- Lipsky, Michael (1980), *Street Level Bureaucracy, Dilemmas of the Individual in Public Services*, Nueva York, Russell Sage Foundation.
- Mény, Ives y Jean Claude Thoenig, (1992), *Las políticas públicas*, Barcelona, Editorial Ariel.
- Merklen, Denis (2005), *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática argentina, 1983-2003*, Buenos Aires, Editorial Gorla.
- Murray Megan, Oxlade Olivia, Lin Hsien-Ho. "Modeling social, environmental and biological determinants of tuberculosis". *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. N°15(Suppl2). 2011, pp. 64-70.
- OMS (2013): *Informe mundial sobre la tuberculosis*, OMS, Ginebra
- Ouviña, Hernán (2002), *Las asambleas barriales y la construcción de lo "público no estatal": la experiencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Informe final del concurso: Movimientos sociales y nuevos conflictos en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO.

- Palmero DJ, Laniado-Laborin R, Caminero-Luna JA. “Latin American guidelines for the diagnosis and management of drug-resistant tuberculosis”. *Archivos de Bronconeumología*. N° 44 (10). 2008,pp. 578-580.
- Pena, J. A. Caminero, M. I. Campos-Herrero et al. (2003): “Epidemiology of tuberculosis on Gran Canaria: a 4 year population study using traditional and molecular approaches,” *Thorax*, vol. 58, no. 7, pp. 618–622, 2003.
- Restrepo, A.M. (2010): “Las políticas públicas como mecanismo de reproducción del estado: Una mirada desde la política pública de juventud de Bogotá, en *Antípodas*, N°10, Junio, pp. 85-106.
- Ziccardi, Alicia (1996). *La tarea de gobernar: gobiernos locales y demandas ciudadanas*. México, Miguel Ángel Porrúa, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.